Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 9, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE ET ADÉNITE INGUINALE PROFONDE; DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT, par MM. Gustave LE FILLIATRE, chirurgien de l'Infirmerie centrale des prisons, et FORGET, interne à l'Infirmerie centrale. — DE L'ACTINOMYCOSE MAMMAIRE, par M. St. MILEFF. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. L'admission des tuberculeux au sanatorium d'Angicourt; — Deux cas de syphilides pigmentaires (M. Danlos); — Méningite purulente à bacille d'Eberth (M. Laignel-Lavastine). — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Le pleuro-typhus et les pleurésies à bacille d'Eberth, par M. REMLINGER, sous-directeur de l'Institut Pasteur à Constantinople; — *Thérapeutique :* Les injections de sérum artificiel dans le traitement général de la fièvre typhoïde, par M. Bosc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES Classement de l'externat. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 2 janvier 1901.

Dans un an, au mois de février 1902, il y aura cent ans que l'internat des hôpitaux de Paris existe. L'Association des anciens internes a pensé qu'il ne convenait pas de laisser passer cet anniversaire sans le fêter d'une façon digne du corps de l'internat. Grâce aux efforts de son dévoué trésorier, M. Georges Thibierge, l'Association vient donc de prendre l'initiative des fêtes du centenaire.

Samedi dernier, dans la salle du conseil de la Faculté, s'est réunie une commission préparatoire d'anciens internes et d'internes en exercice, sous la présidence de M. le professeur Tillaux.

En termes excellents, le vénéré président de l'Association des anciens internes a exposé le but de la réunion. Si l'Association a cru devoir prendre l'initiative de la célébration du centenaire, elle n'a pas eu l'intention de monopoliser ce centenaire, et son rôle se borne à demander à tous les internes et anciens internes, qu'ils fassent ou non partie de l'Association, de s'unir dans ce but.

Cet appel a été entendu, et dès maintenant un comité exécutif est en voie de formation. Ce comité accueillera tous les projets, les examinera, élaborera des plans, recherchera les moyens d'équilibrer le futur budget et recueillera des fonds.

Nous saurons dans quelque temps quels projets auront réuni le plus grand nombre de suffrages, contentons-nous aujourd'hui de signaler le projet des fêtes du centenaire, et de souhaiter que ce centenaire soit célébré dignement comme il doit l'être.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE ET ADÉNITE INGUINALE PROFONDE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par MM. Gustave LE FILLIATRE, chirurgien de l'Infirmerie centrale des prisons, et FORGET, interne à l'Infirmerie centrale.

Nous nous sommes trouvés récemment devant un de ces cas, où le diagnostic différentiel était impossible ; l'intervention seule a mis fin à notre incertitude.

L'orifice supérieur du canal crural est, on le sait, circonscrit en avant par l'arcade de Fallope, en dedans par le ligament de Gimbernat, en arrière par le ligament pubien de Cooper et en dehors par les vaisseaux fémoraux dont la gaine à ce niveau est renforcée par des fibres émanées du fascia propria. De trois côtés au moins, cet orifice est absolument inextensible, ce qui explique la rareté des hernies crurales et la difficulté de leur réduction.

Cet orifice est obturé à l'état normal par le septum crural dépendance du fascia propria péritonéal, il se trouve en rapport du côté de l'abdomen avec le péritoine, dont il est séparé par quelques pelotons adipeux et par le tissu lamelleux du fascia propria. Du côté du membre inférieur, il est en rapport avec le canal crural et les organes qu'il contient : lymphatiques et ganglions.

En général, la lumière de l'orifice est occupée par un gros ganglion lymphatique falciforme, dont le hile est ordinairement tourné vers la partie profonde du membre. Assez souvent il y a deux, rarement trois de ces ganglions profonds.

Ce ou ces ganglions reçoivent, dit Sappey, trois ou quatre gros troncs lymphatiques venus des ganglions poplités profonds, et les lymphatiques profonds du membre inférieur.

Ordinairement ces ganglions sont maintenus dans le canal crural par le septum qui ferme l'anneau ; mais A. Richet qui a décrit minutieusement la région, nous les montre quelquefois enchevêtrés dans les mailles du tissu fibreux du septum crural ; Poirier également les a vus infiltrant ce même septum.

Cette disposition nous rend compte de la facilité avec laquelle leur inflammation peut retentir sur le péritoine, et aussi des phénomènes de pseudo-étranglement causés par l'absence d'élasticité des bords de l'anneau crural, et l'on s'explique combien il est difficile à un examen direct et rapide de différencier une adénite aiguë d'une petite hernie étranglée ; même douleur, même irréductibilité, même mobilité sur un pédicule vrai ou faux, souvent mêmes symptômes péritonéaux.

OBSERVATION. — Mme X..., soixante ans. Grossesse à trente-huit ans ; à la suite de son accouchement, la malade eut une infection puerpérale et resta au lit dix-huit mois, immobilisée par une phlébite du membre inférieur droit.

Depuis, elle s'est maintenue en bonne santé, sauf des céphalalgies fréquentes et une constipation opiniâtre.

Père mort de vieillesse, mère âgée de quatre-vingt-sept ans, bien portante.

La malade raconte que, depuis l'âge de vingt ans, elle a toujours eu dans l'aîne du côté droit une grosseur devenant douloureuse de temps en temps, mais ne l'ayant jamais forcée de garder le lit, et n'ayant jamais provoqué de vomissements.

Le 10 octobre dernier, à la suite d'un violent effort, la malade ressent une vive douleur dans la région de l'aîne, elle est prise, quelques heures après, de vomissements s'accompagnant le 13 octobre de rétention des matières et des gaz.

Nous la voyons le 14, elle a un facies grippé, anxieux, le ventre est légèrement ballonné et douloureux, la tumeur inguinale est également très douloureuse ; pouls à 104 et température 38°4.

La cuisse droite est en flexion sur l'abdomen et son extension est accompagnée de vives douleurs.

Le lendemain et les jours suivants les symptômes persistent sans cependant s'aggraver, les vomissements seuls sont plus fréquents, mais restent toujours bilieux.

Comme le tableau symptomatique ne revêt pas l'intensité tragique de l'étranglement aigu et que la malade recule sans cesse le moment de l'intervention, nous attendons en continuant des applications de glace.

Les tentatives de réduction restent infructueuses ; nous sentons une tumeur marronnée, paraissant lobulée, roulant sous le doigt, réductible en partie, et qui, non maintenue, reprend aussitôt sa position première en basculant sur un axe situé au-dessous de l'arcade, qui n'est autre que le ligament de Gimbernat probablement.

Le 15, les symptômes ne s'améliorant pas, la malade se décide à se faire opérer.

Les téguments incisés, nous ouvrons le canal crural. Nous arrivons sur une sorte de lipome au-dessous duquel nous trouvons un tissu fibreux qui glisse sur la tumeur et ressemble à la tunique fibreuse que le fascia propria forme ordinairement au sac.

Dévidement de l'anneau, incision du revêtement fibreux, le sac est introuvable, nous sentons nettement alors que la tumeur se divise en trois lobes. En disséquant prudemment, nous enlevons un de ces lobes qui n'est autre qu'un ganglion lymphatique de la forme et de la grosseur d'un gros haricot, dont la moitié postérieure est située en arrière du septum crural, la moitié antérieure dans le canal crural et le hile adhérent au ligament de Gimbernat ; ce ganglion mobilisable bascule sur son axe ; remarquons qu'il adhère au péritoine. Les deux autres ganglions situés sous l'arcade et internes au premier sont également enlevés, ils présentent ensemble le volume d'un gros marron.

La dissection de ces ganglions nous a amenés au contact du péritoine qui fait alors une légère hernie dans la plaie ; mais il n'y a pas trace de sac.

Nous terminons l'opération comme une cure de hernie ordinaire, en rapprochant l'arcade de l'aponévrose pectinéale par deux points en U posés l'un en avant de l'autre, et en comblant le plus possible la perte de substance que nous avons faite afin qu'elle ne soit pas un chemin d'a[ppel] pour une hernie à venir.

Suites opératoires excellentes.

Le 2 novembre la malade se lève. Depuis elle n'a res[senti] aucune douleur et sa constipation s'est améliorée.

Avant d'intervenir, nous avions pensé à une adénite [pro]fonde, mais nous avions vainement cherché la porte d'en[trée] de cette infection. D'autre part, le début de cette affec[tion] remontant à près de quarante ans nous faisait pencher [vers] le diagnostic de hernie crurale.

Les différents auteurs qui ont traité cette question [ont] donné comme signes différentiels :

1° La mobilisation de la hernie crurale, en exerçant [une] pression profonde au-dessus de l'arcade ; le péritoine [et] l'intestin tiraillé de ce fait tendraient à faire remonter la [tu]meur herniaire et, d'après Tillaux, on pourrait même se[ntir] une bride en déprimant bien la paroi.

Ce signe nous paraît absolument théorique. Si, en l'[ab]sence de douleur, nous avions pu l'employer, il n'aurait [pu] que nous induire en erreur, puisque le péritoine adhé[rait] intimement à la masse ganglionnaire.

2° Persistance du passage des gaz, absence de vomis[se]ments fécaloïdes dans l'adénite inguinale profonde.

Chez notre malade, il y avait arrêt complet des gaz et [des] matières, et cela pendant quarante-huit heures consécutiv[es]. Les vomissements ne furent pas, il est vrai, fécaloïdes, et [ce] fut une des raisons qui rendirent notre diagnostic hésita[nt].

3° Absence du pédicule et possibilité d'abaisser et d'én[u]cléer, pour ainsi dire, la tumeur dans les doigts.

Là encore la théorie est incompatible avec la pratiq[ue], car le diagnostic est presque toujours à faire sur une femm[e] chez laquelle la tumeur est difficilement accessible et r[e]couverte de tissu adipeux très épais.

Dans le cas que nous présentons, le diagnostic était cli[ni]quement impossible, seule une attente prolongée, mais q[ui] aurait pu être préjudiciable à la malade, nous aurait peu[t-] être éclairés.

Dans les circonstances analogues, le traitement doit êt[re] subordonné aux symptômes ; l'intervention doit être décid[ée] sitôt l'apparition de la réaction péritonéale. C'est là, à not[re] avis, une indication formelle, car ce signe montre que [le] septum crural n'a pu arrêter l'inflammation et la précoci[té] de l'opération est une condition de son asepsie.

Chez notre malade, l'examen histologique nous a dé[-]montré qu'il s'agissait d'une adénite refroidie depuis long[-]temps, et qu'un étranglement brusque dans l'anneau crur[al] avait réveillée.

Les ganglions présentaient une coque fibreuse avec quel[-]ques vestiges de tissu lacunaire à la périphérie, et renfer[-]mant une matière amorphe analogue à du mastic.

C'est là une circonstance qui a pu nous permettre d'at[-]tendre aussi longtemps. Mais, s'il se fût agi d'une infectio[n] récente et purulente, les événements se seraient probable[-]ment précipités, et la suppuration s'étant établie, les suite[s] opératoires auraient été fortement compromises.

Il faut donc procéder rapidement à l'extirpation des gan[-]glions malades. Ces ganglions sont toujours situés dan[s] l'épaisseur ou au-dessus du septum crural, en rapport dire[ct] avec le péritoine.

Pour les atteindre, il faut débrider l'anneau crural et, [si] l'opération se fait aseptiquement, fermer l'orifice, comm[e] dans la cure de la hernie.

Bibliographie. — Cloquet. *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, 1817. — A. Richet. *Anatomie médico-chirurgicale*, t. II, 1857. — Nicaise. Notes sur l'anatomie de la région inguino-crurale. *Arch. de méd.*, 1866. — Sappey. *Traité d'anatomie humaine.* — Poirier. *Traité d'anatomie humaine.* — Tillaux. *Anatomie topographique*, 1895; *Traité de chirurgie clinique.* — Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*, 1900.

DE L'ACTINOMYCOSE MAMMAIRE (1)

Par M. St. Mileff.

Voici une nouvelle thèse sur l'actinomycose, inspirée par M. Poncet. L'auteur a pris pour point de départ de ses intéressantes recherches une observation tout à fait topique, de M. Ch. Nélaton, d'actinomycose du sein (2). Il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'actinomycose, maladie commune à l'homme et aux animaux, dans ses localisations mammaires, est très rare chez le premier, assez commune chez les derniers.

Chez les animaux, elle atteint ordinairement la vache et la truie, très fréquente en Danemark, assez rare en France.

Chez les animaux, l'infection se fait presque exclusivement par les canaux galactophores, opinion prouvée expérimentalement par Johne.

Chez l'homme on distingue : 1° l'actinomycose mammaire primitive; 2° l'actinomycose mammaire secondaire.

L'*actinomycose mammaire primitive* est due, soit à la propagation de grains actinomycosiques aux canaux galactophores, soit à la pénétration de ces grains dans les tissus mammaires, par suite d'une solution de continuité de la peau, occasionnée par un traumatisme ou par une autre affection.

Nous avons pu réunir cinq observations d'actinomycose primitive.

L'*actinomycose mammaire secondaire* est due à la propagation d'une actinomycose localisée primitivement dans un autre organe (plus fréquemment dans le poumon).

Nos observations d'actinomycose mammaire secondaire sont au nombre de 9, y compris l'observation de MM. Nélaton-Poncet, qui a été le point de départ de notre thèse.

L'actinomycose mammaire est difficile à diagnostiquer et peut simuler une mastite interstitielle, une tuberculose mammaire ou un cancer du sein ou bien encore une localisation tertiaire de la syphilis.

L'actinomycose mammaire soupçonnée, pour établir le diagnostic, il faudra faire l'examen microscopique du pus ou d'un morceau pris à la tumeur, au besoin plusieurs fois, si au premier examen on ne découvre rien.

Le pronostic, plus bénin dans le cas d'actinomycose mammaire primitive, devient plus grave dans l'actinomycose mammaire secondaire, et fatal lorsque l'infection primitive a atteint un organe important comme le poumon.

Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Dès qu'on a posé le diagnostic, il faut enlever le foyer morbide, gratter et cautériser les tissus suspects jusqu'à ce qu'on soit certain d'avoir enlevé le tissu malade.

Dans les cas où le traitement chirurgical ne peut pas être appliqué méthodiquement, on se contentera de gratter les fistules et de les badigeonner avec de la teinture d'iode ou avec une solution phéniquée forte. On donnera l'iodure de potassium à l'intérieur.

---

(1) Th. de Lyon, déc. 1900.

(2) Actinomycose mammaire secondaire due à la propagation d'une actinomycose péri-néphrétique, par M. Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, *Lyon méd.*, 6 mai 1900.

Voir également : *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, par MM. A. Poncet et L. Bérard, Paris 1898.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(28 décembre 1900)

Nous avons publié dans notre précédent compte rendu les conclusions du rapport de M. Mosny, fait au nom d'une commission et tendant à réglementer l'**admission des tuberculeux au sanatorium d'Angicourt.** Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité, mais, de la discussion qui a précédé le vote, il y a quelques mots à dire :

Le docteur Plicque, médecin en chef du sanatorium d'Angicourt, invoquant les recherches de Flügge et de ses élèves sur la transmission de la tuberculose par les fines gouttelettes de salive que projette le tuberculeux quand il tousse, éternue ou parle à haute voix, avait insisté sur les dangers qu'il y aurait à admettre au sanatorium d'Angicourt, où tout isolement, même relatif, est impossible, des tuberculeux à lésions ouvertes avec expectoration bacillifère, à côté de tuberculeux atteints de lésions fermées. Il avait proposé de n'admettre dans le sanatorium que les tuberculeux appartenant exclusivement à l'une ou l'autre de ces deux catégories de malades. Puis, estimant que les tuberculeux dont les lésions sont initiales et dont l'expectoration ne contient pas de bacilles sont généralement les plus curables, il avait demandé d'adopter comme *critérium* de l'admissibilité des malades au sanatorium d'Angicourt, le résultat négatif de la recherche des bacilles dans l'expectoration — ce critérium dût-il laisser admettre au sanatorium d'Angicourt des sujets suspects, ultérieurement reconnus indemnes de toute lésion tuberculeuse, sujets débilités ou candidats à la tuberculose auxquels, en tout cas, le séjour au sanatorium pourrait profiter.

La commission n'a pas cru devoir adopter une règle aussi absolue : à l'appui des conclusions qu'elle a présentées, elle a cité l'opinion du docteur Pannwitz, secrétaire général de l'Œuvre allemande des sanatoriums populaires pour les tuberculeux, et celle du docteur Malvoz, directeur de l'Institut bactériologique de l'Université de Liège, dont l'activité infatigable a provoqué chez nos voisins la création de sanatoriums pour les tuberculeux indigents :

« Nous ne croyons pas, dit Pannwitz, que l'admission des tuberculeux curables avec expectoration bacillifère soit un danger pour leurs camarades sans expectoration. La première maxime du traitement dans nos sanatoriums, c'est l'éducation des malades, surtout à l'égard de la prophylaxie du crachat... En général, nous croyons le danger de la contagion extraordinairement restreint, si le sanatorium est bien surveillé... Dans nos sanatoriums pour les tuberculeux pauvres, *personne n'est exclu pour cause d'expectoration bacillaire.* »

L'avis de M. Malvoz n'est pas moins catégorique : « Croyez-vous, dit-il, que dans un sanatorium bien dirigé, la présence d'un tuberculeux à bacilles à côté d'un autre dont les crachats n'en contiennent pas encore, va provoquer chez ce dernier de nouvelles poussées? Mais c'est justement le but principal du sanatorium populaire que l'éducation du malade... et nul tuberculeux placé dans un de ces établissements ne commet plus une seule imprudence; autrement, il est renvoyé chez lui s'il récidive. Chaque malade a son crachoir de poche; quand il tousse, ce qui est très rare (car on arrive, par éducation, à ne tousser presque plus), il protège son voisin contre la projection de la salive. »

Et M. Malvoz, invoquant la curabilité de maints ouvriers tuberculeux dont l'expectoration renferme des bacilles,

insiste sur la gravité des conséquences sociales d'une exclusion de ces malades tout à la fois des ateliers ou des bureaux où ils pourraient contaminer leurs camarades, et des sanatoriums où l'on doit précisément leur apprendre à ne pas les contaminer.

L'opinion émise par MM. Pannwitz et Malvoz a été adoptée par la commission de la Société médicale; la commission a pensé que le sanatorium d'Angicourt ne devait être ni un asile de phtisiques, ni une maison de villégiature pour les débilités ou les candidats présumés à la tuberculose. Elle a pensé qu'il était plus conforme au but que l'on doit poursuivre, d'en faire un établissement de cure et d'enseignement prophylactique de la tuberculose, et c'est pour cela qu'on a voulu en ouvrir largement les portes aux indigents parisiens dûment atteints de tuberculose pulmonaire, à la seule condition que leurs lésions soient présumées curables.

M. Barth pense qu'il faut s'inquiéter non pas tant du degré de la lésion que de son étendue et surtout de l'état général du sujet, et ne pas hésiter à admettre un malade qui présente des râles humides sous la clavicule et des bacilles dans les crachats, pourvu qu'il n'ait pas de fièvre, que son appétit soit bon et la résistance nerveuse intacte.

Quant à l'objection tirée de la possibilité d'une surinfection, elle ne paraît pas justifiée, les recherches de Flügge, de Neisser, de Lastschenko, de Heymann ont bien montré que *certains* tuberculeux projettent des particules de salive bacillifère en parlant ou en toussant, mais elles ont montré aussi que, pour infecter des cobayes par cette voie, il faut instituer un dispositif spécial et se placer dans des conditions fort différentes de la réalité. Ces auteurs ont reconnu qu'en interposant le mouchoir ou la main devant la bouche au moment de la toux, on supprime toute projection dangereuse.

Un règlement d'admission devra donc être établi sur les bases suivantes :

Commission d'admission composée de cinq membres, dont deux médecins des hôpitaux et le médecin en chef du sanatorium;

Observation préalable des malades dans un service hospitalier pendant huit jours au moins, permettant de définir non seulement les lésions locales, mais l'état général du sujet et l'allure de la maladie;

Séance d'admission deux fois par mois, la commission devant se borner à remplir les lits vacants sans prendre d'engagements éventuels;

Admission réservée aux tuberculeux porteurs de lésions limitées avec ou sans ramollissement, mais n'ayant ni fièvre ni troubles digestifs;

Engagement pris par les malades au moment de l'entrée de ne pas quitter le sanatorium contre l'avis du médecin en chef;

Faculté réservée au médecin-chef d'Angicourt de renvoyer à toute époque, dans le service d'où il vient, tout malade qui, par perte de poids ou autrement, montrera qu'il ne bénéficie pas de la cure.

M. Danlos présente deux femmes atteintes toutes deux de syphilide pigmentaire, l'une classique, l'autre consécutive à une éruption papuleuse localisée et s'accompagnant d'atrophie cutanée.

M. Laignel-Lavastine communique une observation de méningite purulente à bacille d'Eberth survenue au cours d'une fièvre typhoïde.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le pleuro-typhus et les pleurésies à bacille d'Eberth. — Les pleurésies typhiques ont fait cette année l'objet de plusieurs communications à la Société des hôpitaux. M. Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, vient de leur consacrer une intéressante étude. Aux observations antérieurement publiées, il apporte la contribution de sept faits personnels, ce qui porte à une trentaine le nombre des cas dont on trouve trace dans la littérature médicale. Tous ces faits peuvent se répartir en quatre groupes.

Premier cas. — La localisation du bacille d'Éberth sur la plèvre est parfois contemporaine du début de la dothiénentérie. Fièvre typhoïde et pleurésie se confondent à l'origine. Parfois même, la pleurésie paraît précéder la dothiénentérie et constituer la première manifestation clinique de la maladie. C'est le « pleuro-typhus » (Fernet), comparable au « pneumo-typhus » classique et aussi au « broncho-typhus », dont M. Remlinger dit avoir observé quelques exemples. Le pronostic du pleuro-typhus est essentiellement bénin. Parfois la fièvre typhoïde est si atténuée qu'elle constitue un simple embarras gastrique. Sans le sérodiagnostic, la nature éberthienne de l'affection serait méconnue et le diagnostic de pleurésie tuberculeuse forcément porté. C'est le « pleuro-embarras gastrique fébrile » à bacilles d'Éberth. Existe-t-il un rapport entre la bénignité de cette forme de fièvre typhoïde et l'existence de l'épanchement pleural? Le bacille d'Éberth ne fabrique-t-il pas dans la plèvre, à l'instar du bacille de Koch, une antitoxine qui, résorbée, serait un facteur d'atténuation de la dothiénentérie? La chose est possible, mais nullement démontrée.

Deuxième cas. — La pleurésie à bacilles d'Éberth apparaît à une époque plus ou moins tardive de la dothiénentérie dont elle constitue une complication redoutable. Ces pleurésies ont une prédilection marquée pour la convalescence. Elles peuvent être séreuses, hémorragiques ou purulentes. Le pronostic, toujours sérieux, dépend surtout de la purulence de l'épanchement et la purulence est elle-même en rapport avec l'époque plus ou moins éloignée de l'apparition du liquide. Les particularités les plus intéressantes de ces pleurésies sont leur prédominance à gauche; la lenteur, la subacuité de leur évolution et la tendance du liquide séreux, purulent ou hémorragique, à devenir stérile par atténuation progressive de la virulence, puis par disparition complète du bacille d'Éberth.

Troisième cas. — Au cours de la fièvre typhoïde, on peut voir apparaître des pleurésies dues, non plus au bacille d'Éberth, mais à un microbe adventice, ou streptocoque, ou staphylocoque principalement. Ces pleurésies sont rares et l'assertion, souvent reproduite, que la plupart des épanchements observés au cours de la dothiénentérie sont le fait d'infections secondaires, est pleinement contredite par les faits.

Enfin, un groupe de faits fort intéressant est constitué par les cas où la pleurésie à bacille d'Éberth résulte elle-même d'une infection secondaire au cours d'une autre affection : tuberculose dans les observations publiées par Charrin et Roger, puis par Kelsch. M. Remlinger n'a recueilli aucun fait rentrant dans cette catégorie. Leur rareté tient peut-être à ce qu'ils sont peu recherchés. Lorsqu'une pleurésie survient à la dernière période de la tuberculose ou d'une affection cachectisante quelconque, on songe peu d'ordinaire à en faire l'examen bactériologique. On suppose *a priori* cet épanchement causé par le microbe même de l'affection ou par un microbe d'association vulgaire : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque. La bactériologie des

pleurésies ultimes des tuberculeux, des cancéreux, des cachectisés de toute nature offrirait peut-être des surprises intéressantes. (*Rev. de méd.*, 10 déc. 1900.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Les injections de sérum artificiel dans le traitement général de la fièvre typhoïde. — M. le professeur Bosc (de Montpellier) vient de consacrer un très intéressant travail à l'étude des grands moyens thérapeutiques employés actuellement : les bains, l'administration de caféine et les injections de sérum artificiel (solution de chlorure de sodium de 7 à 10 p. 1000).

Il s'étend plus longuement sur ces dernières.

Les injections sous-cutanées d'eau salée réunissent les effets des bains et de la caféine, et, en outre, elles modifient de telle sorte l'état général qu'elles peuvent déterminer de véritables *réactions* ayant la plus grande analogie avec des phénomènes critiques.

M. Bosc, qui emploie ces injections depuis 1896, décrit ainsi les effets qu'elles produisent. Ces effets se produisent dans les trois à cinq heures qui suivent l'injection ; on peut les diviser en deux phases :

a. Les *phénomènes réactionnels*, ordinairement peu intenses, et qu'il faut rechercher (élévation de température parfois précédée d'un léger frisson, nausées, sueurs, mictions, etc.);

b. Les *phénomènes post-réactionnels* qui, par leur degré et leur durée, marquent l'amélioration obtenue. La pression sanguine est élevée, par chaque injection, de 11 à 15 centimètres par exemple, et cette élévation peut se maintenir à 13 ou 14 pendant un temps variable. Le pouls, d'abord accéléré, diminue de fréquence, augmente de force : son dicrotisme diminue.

Chaque injection augmente nettement l'énergie du cœur et abaisse la température, de la troisième vers la huitième heure, de 1 à 1,5 et même 2 degrés. Les effets de la première injection peuvent être très faibles : ils s'accusent au bout de quelques injections, et à la cinquième ou à la sixième heure, la température tombe de 40 à 39, 38 degrés. Parfois l'action antithermique est rapide : la température tombe brusquement de 40 à 38 et même à 37 degrés, cette chute s'accompagnant d'une débâcle urinaire.

Les urines des vingt-quatre heures deviennent plus abondantes, et l'on peut même parfois observer des débâcles précoces : la peau devient moite, des sueurs abondantes apparaissent, l'état général se remonte. En somme, les injections salées provoquent dans l'organisme des réactions durables qui agissent sur les principales fonctions, elles sont de plus hémostatiques. Elles peuvent être employées chez tous les malades, à toutes les périodes de la fièvre; elles n'ont pas de contre-indications.

Les indications des trois médications précédentes sont ainsi exposées par M. Bosc :

1° *Dans les formes légères*, les lavages intestinaux froids, les compresses froides sur l'abdomen suffisent. Si, malgré ce traitement, la température s'élève et tend à demeurer à 39 degrés : bains à 30-28 degrés.

2° *Dans les formes moyennes* : bains à 28 degrés, refroidis jusqu'à 24 degrés, et répétés chaque fois que la température atteint 39 degrés dans l'aisselle. Caféine en lavements dès que le premier bruit s'affaiblit. Si, malgré la caféine, les bruits demeurent faibles, on suivra attentivement la marche de la pression sanguine. Dès que celle-ci tombe au-dessous de 12 centimètres, on fera, sous la peau du flanc, une injection d'eau salée de 800 centimètres cubes à 1 litre en une fois chez l'adulte.

3° *Dans les formes graves* : bains froids à 25 degrés, refroidis rapidement à 20 et 22 degrés centigrades. Affusions à 15 degrés. Caféine en injections hypodermiques d'emblée, dès le premier jour, à la dose de 1gr50 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Si, malgré ce traitement, l'état s'aggrave, pratiquer une et même deux injections d'eau salée d'un litre tous les jours. Enfin, dans la convalescence, on utilisera ces injections lorsque apparaîtront des symptômes nets d'asthénie cardio-vasculaire. (*Montpellier méd.*, 25 nov. 1900.) L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix de l'internat (chirurgie). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : M. Iselin, médaille d'or; M. Guibé, médaille d'argent; M. Fresson, accessit.

Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Barbier, Mathieu (Paul), Agasse-Lafont, Garban, Hovelacque, Lemaître, Quinsac, Chartier, Gruget, Krantz.

11. Picquet, Roux, Stévenin, Vincent (Raymond), Abrami, Cotard, Dubois, Giret, Gomand, Perraux.

21. Cerise, Froget, Legroux, Monod, Pottet, Tessier, Verliac, Delaunay, Gernez, Rollin.

31. Vigneron d'Heucqueville, Woimant, Cantonnet, Gahinet, Kahn, Lacroix, Lasnier, Lastic (de), Legrand, Malloizel.

41. Peyron, Pierre, Rolet, Autefage, Gourmand, Saillant, Baudoin (Alphonse), Bureau, Huré, Lamarre.

51. Laplace, Marsan, Péricat, Privat, Racouchot, Thaon, Theulet-Luzié, Courtois, Denis, Devraigne.

61. Léthard, Onfroy, Strœklin, Boulard, de Brunel de Serbonnes, Chochon-Latouche, Filhoulaud, Henry (Robert), Nicolas (Charles), Renaudin.

71. Tillaye, Villaret, Auburtin, Baudoin (Emile), Boisseau, Claude (Octave), Français, Houzel, Laborde (Jules), Lavenant.

81. Menet, Pillet, Quillon, Rouet, Senlecq, Sircoulon, Boudet, Buizard, Burcker, Castex.

91. Doury, Laurence, Lebras, Lemarchal, Lemarignier, Marre, Molimar, Petit (Emile), Sénéchal, Tansard.

101. Trémolières, Vacquerie, Wicart, Bauer, Boidin, Bourguignon, Cointepas, Digne, Dromard, Durey.

111. Gaudeau, Landowski, Lutaud, Perpère, Rodocanachi, Roques, Trouvé, Blanche, Flurin, Foucart.

121. Guerder, Mocquot, Rais, de Saint-Mathieu, Vicq, Bidel, Bouchot, Boudreaux, Braunberger, Claude (Georges).

131. Deglos, Fontanié, Gillot, Gros-Devaud, Grasset, Horteloup, Mathieu (P.-G.-A.), Mlle Maugeret, MM. Nivet, Ripart.

141. Roger, Roland, Abrand, Braun, Brissaud, Chardon, Christescu, Cordier (Henri), Daverne, Decq.

151. Gimbert, Handelsmann, Sempé, Vrain, d'Abbadie, Algret, Barnsby, Beaufumé, Bloch, Bonamy.

161. Brissy, Burgaud, Darré, Delaage, Fabre (Joseph), Georget, Gerst, Fessard, Lardennois, Le Play.

171. Levassort, Lhermitte, Privat de Fortunié, Rabier, Renaud, Rigollot, Simonnot, Rousseau, Sauphar, Valet, Vannier.

181. Bailly, Blain, Caraguel, Chauveau, Duchet-Suchaux, Fernet, Joussemet, Le Berre, Ort, Potelet.

191. Séguin, Tribaudeau, Ambard, Bouchez, Bour (Louis), Choutet, Crouzet, Dennecé, Figuiera, Friedel.

201. Gillet (René), Jamet, Pfister, Préciado, Ricou, Royer, Trocmé, Vautier, Vincent (Pierre), Alazard.

211. Beaufis, Bouygues, Chandesris, Chaudron, Coupé de Lahongrais, Desquiens, Dubus, Duvoir, Fay, Foix.

221. Gandois, Gillet (Georges), Lehmann, Lemoine, Madeleine, de Nevrezé, Nicolas (Michel), Passier, Sagot, André.

231. Billard, Chaix, Dévé, Dramard, Gachet, Glatard, Guérault, Jacquemin, Machoudeau, Mary.

241. Paisseau, Petit (Alphonse), Petit (André), Poupault, Raoult, de Ribier, Augé, Blandamour, Ciuciu, Daversin.

251. Dehergne, Drain, Dubos, Lamorlette, Mlle Lévy, MM. Parturier, Pourteyron, Sailliet, Risacher, Thomin.

261. Tissot, Bordenave, Cottard, Debidour, Fabre (Paul), Patry, Rabant, Auroux, Boucard, Braillon.

271. Chénier, Cocural, Colombel, Daulnoy, Delmas, Desjeux, Duchesne, Ducœurjoly, Frichot, Flamand.

281. Galippe, Gaubert, Gérard (Abel), Joltrain, de la Lande de Vallière, Lassance, Loyer, Mariette, Cacherousset, Pélicier (Alb.).

291. Delamarre, Estéoule, Guilloteau, Jammes, Lamoureux, Muller, Noel, Pichereau, Planson, Verbek.

301. Thévenin, Vast, Abt, Bertrandon, Bonta, Boudol, Cremer, Eyméoud, Fabre (Eugène), Fleig.

311. Huchet, Hue, Josseran, Labouré, Labrevoit, Landolt, Mauxion, Morange, Ouvry, Pillon.

321. Rembert, Torchaussé, Alliot, Beuzart, Haas, Henry (René), Heuzey, Jouanne, Keller, Laguesse.

331. Lépine, Maymou, Menant, Merlin, Portocalis, Séris, Tinel, Voirin, Binet, Bourdenne.

341. Boutin, Caillaud, Dhéry, Duprat, Gras, Légillon, Louvière. Pélissier (André).

Externat. — *Modifications au règlement.* — Les nouveaux règlements dont nous avons parlé dans un de nos derniers numéros seront appliqués aux dates suivantes. Les externes changeront encore de service le 1er mars en 1901; ils changeront le 15 mai à partir de 1902.

Mutations produites par l'ouverture prochaine de nouveaux hôpitaux d'enfants. — MM. Sevestre et Josias passeront à Bretonneau; Netter et Guinon, à Trousseau; Marfan, aux Enfants-Malades; Barbier et Jeanselme, à Hérold.

Faculté de Paris. — Le concours du clinicat chirurgical qui s'est ouvert à la Faculté le 17 décembre 1900, vient de se terminer par la nomination de M. A. Mouchet.

Écoles de médecine. — *Alger.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 8 décembre 1900, un service de clinique est annexé à la chaire des maladies des pays chauds. M. Brault, titulaire de ladite chaire, est chargé de ce service.

Distinctions honorifiques. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Kelsch, médecin-inspecteur, directeur de l'École d'application du service de santé.

Au grade d'officier : MM. les médecins principaux de première classe Millet, Moty, Catteau, Playoust, Bros et Lux.

M. le médecin principal de première classe de réserve Laveran.

M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale Lacassagne.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Rouget, Coindreau, Derouet, Sauce, Duponchel, Goumy, Vogelin, Vielle, Lapeyre, Fribourg, Beaudier et Bouchereau.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Matignon, attaché à la légation de France à Pékin; Martin, Prost-Maréchal, Rouffignac, Sagrandi, Bonnery et Tournier.

MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Bard, Richer, Burlureaux, Salva.

MM. les médecins de première classe Lallour, Kieffer, Séguy, Bailly, Branzon-Bourgogne, Houdart, Caraës, Duclot, Morel.

M. le médecin de deuxième classe Ascornet.

— Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Bourat, médecin principal de la marine; Dufour, médecin de division; Levère, vice-président du conseil d'hygiène; Bégués, Bénard, Guillot, Laskine, Gillet.

Guerre. — Par décision ministérielle du 28 décembre, M. le médecin-inspecteur Gentil, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Boisseau, promu médecin-inspecteur général et appelé à la présidence de ce comité.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Le Strat, du cadre de Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir au 2e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Mesny.

Société de neurologie de Paris. — A dater du mois de janvier 1901, la Société de neurologie de Paris se réunira dans la salle des séances de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 10 janvier, à neuf heures et demie du matin.

Le monument Ollier. — Un comité d'initiative vient de se constituer pour l'érection d'un monument au professeur Ollier.

Il est ainsi composé : Présidents d'honneur : M. Chauveau, membre de l'Institut; M. E. Aynard, vice-président de la Chambre des députés; président : M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; vice-présidents : M. Bondet, professeur à la Faculté de médecine; M. Teissier, professeur à la Faculté de médecine; secrétaires : M. Artaud, docteur; M. Mondan, chef des travaux du professeur Ollier; trésorier : M. Gangolphe.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin commencera ses leçons de clinique thérapeutique, dans l'amphithéâtre des cours, le mercredi 9 janvier à neuf heures et demie du matin, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Sujet des cours : Diagnostic et traitement des maladies organiques de l'estomac.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et gynécologie* (année 1901). — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série commencera le mardi 15 janvier, à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudis, mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours sera fait :

Le mardi, par M. Le Pileur : Syphiligraphie. — Le jeudi, par M. Jullien : Vénéréologie. — Le samedi, par M. Ozenne : Gynécologie. Il sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours : les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de seize inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Beauvais, médecin en chef des prisons de la Seine; Remilly (de Versailles).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de microbiologie générale, par le docteur M. Nicolle, directeur de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople. Un vol. in-18 jésus de 350 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Détermination d'un « alcoolisme congénital », par le docteur Maurice Nicloux, préparateur de la chaire de physiologie générale au Muséum, attaché au laboratoire de chimie de la clinique Tarnier. Un vol. in-8° de 68 p. avec fig. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La constipation habituelle, son traitement, par George Herschell M. D., membre de la Société royale de médecine et de chirurgie, médecin en chef de l'hôpital national des maladies du cœur, ancien médecin du West End Hospital, traduit de la 2e édition anglaise, par Michel Cohendy, médecin aux eaux de Châtel-Guyon, préface de M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. Un vol. in-18 de 100 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — SAMEDI 5 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 5 JANVIER 1901. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les stigmates anatomiques de la dégénérescence, par M. Lucien MAYET, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de quelques complications des varices. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les stigmates anatomiques de la dégénérescence.

Par M. Lucien MAYET,
Interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

> Les questions relatives à la dégénérescence de l'espèce humaine ont toujours vivement captivé les esprits... La dégénérescence est une indéniable vérité clinique qui préoccupe de plus en plus les observateurs.
>
> LEGRAIN.

I

Que faut-il entendre par dégénérescence?

Depuis le moment, pas encore très lointain, où Morel établit sa doctrine des dégénérescences de l'espèce humaine et indiqua la place à faire aux états dégénératifs dans le domaine de la pathologie nerveuse, l'interprétation des termes dégénérescence et dégénérés a été modifiée de façons bien différentes et a subi de profondes variations.

Aujourd'hui, les limites de la dégénérescence ont été reportées si loin que l'on peut presque se demander où commence et où finit le champ qu'elles entourent. La distance est considérable entre le crétin, l'idiot et certains déséquilibrés, excentriques ou toqués, qui sont aux deux extrémités du groupe des dégénérés. On ne saurait, d'ailleurs, prétendre isoler exactement la dégénérescence dans le cadre nosologique. C'est qu'en effet, elle est représentée par un nombre considérable, on pourrait même dire presque infini, d'états particuliers, différents les uns des autres, d'allures cliniques fort diverses, mais unis par les mêmes liens d'une hérédité tarée, viciée, et révélés par les caractères communs, indélébiles, auxquels a été donné le nom de stigmates de la dégénérescence.

L'hérédité morbide avec les dégradations successives que celle-ci entraîne, la stérilité qui en est la terminaison, les stigmates qui la représentent et la révèlent, tel est le caractère fondamental de la dégénérescence.

Morel la définissait dans les termes suivants : « L'idée la plus claire que nous puissions nous former de la dégénérescence humaine est de nous la représenter comme une déviation maladive d'un type primitif. Cette déviation, si simple qu'on la suppose à son origine, renferme néanmoins des éléments de transmissibilité de telle nature, que celui qui en porte le germe devient de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité, et que le progrès intellectuel, déjà enrayé dans sa personne, se trouve encore menacé dans ses descendants. *Dégénérescence et déviation maladive du type normal de l'humanité*, sont donc dans ma pensée une seule et même chose (1). »

Avec MM. Magnan et Legrain (2), on peut faire à cette conception de la dégénérescence les plus sérieuses objections : la difficulté de concevoir scientifiquement un type parfait de l'homme normal à l'origine de notre espèce, la nécessité, imposée par l'anthropologie, d'admettre la marche fatale de l'homme normal, de l'état le moins parfait vers l'état le plus parfait, et de chercher le type idéal, non à l'origine de l'espèce, mais à sa fin... Instinctivement, les efforts de l'homme ont toujours convergé vers ce double but d'assurer le présent, c'est-à-dire le maintien de la vie; d'assurer l'avenir, c'est-à-dire la vie de la descendance.

Dès lors la dégénérescence apparaît comme étant constituée par un mouvement de *régression d'un état plus parfait vers un état moins parfait*, celui-ci étant engendré par toute cause susceptible de contrarier le double mouvement naturel de l'être vers sa conservation propre et vers celle de son espèce. D'où la définition suivante, donnée par MM. Magnan et Legrain : la dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique, et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement, qui se traduit par des stigmates permanents, est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente; quand celle-ci fait défaut, il aboutit, plus ou moins rapidement, à l'anéantissement de l'espèce.

De cette définition de la dégénérescence découle celle du dégénéré que nous pouvons regarder comme « un être qui en présence d'obstacles à son évolution, n'a pu se développer dans les sens du progrès de l'espèce, a dévié vers les formes pathologiques dont l'enchainement conduit à sa disparition ou à celle de sa descendance ».

M. Féré (3) envisage la dégénérescence d'une façon quelque peu différente. « Les familles et les individus qui composent une race, dit-il, transmettent à leurs descendants des caractères de famille et des caractères individuels, se combi-

nant avec une variété infinie pour constituer des personnalités qui ne peuvent cependant différer entre elles que dans une mesure telle que les adaptations au milieu physique et au milieu social ne soient que faiblement modifiées. Lorsque les qualités spécifiques qui caractérisent la race cessent de se transmettre par l'hérédité... et qu'il en résulte un changement dans l'adaptation au milieu physique et social, on dit que la race dégénère. Il faut entendre, en effet, par dégénérescence, la perte des qualités héréditaires qui ont déterminé et fixé les adaptations de la race. La caractéristique de ce qu'on appelle, dans la race humaine, l'hérédité morbide et la dégénérescence, c'est justement la variété de sa descendance qui devient de moins en moins capable de s'adapter, en raison de ses défauts physiques, intellectuels et moraux.

Toutefois, la dégénérescence n'est pas absolument fatale et dans quelques cas, extrêmement rares d'ailleurs, il peut se produire un retour à un type supérieur et une sorte de régénérescence peut venir arrêter l'évolution de la dégénérescence et la dépouiller de son caractère fatal. Témoin le cas rapporté par MM. Garnier et Saintenoise (4).

On pourrait dire plus simplement : *La dégénérescence est un état héréditaire de moindre perfection physique et morale, tendant à la stérilité et à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants.*

Et par STIGMATES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE nous désignerons les signes révélateurs, nous n'osons dire : spécifiques ou pathognomoniques, qui révèlent l'état de déchéance physique et morale de l'individu considéré.

« Les stigmates sont, en dernière analyse, les éléments caractéristiques des dégénérés, ils leur servent de signalement, de pièces d'idendité et de personnification à la fois. Ce sont eux qui attestent, accentuent ou atténuent la prédisposition, dit M. Dallemagne (5), et avec l'éminent professeur de l'Université de Bruxelles, nous accorderons au terme stigmate une signification très étendue.

En pathologie spéciale (par exemple les stigmates de l'hystérie) le stigmate représente un symptôme déterminé et n'intervient que pour affirmer et motiver un diagnostic. Dans le domaine de la dégénérescence, son action plutôt collective portera plus spécialement sur les groupes que sur les individus. Le stigmate cessera de représenter un signe pour résumer une série de caractères; son acception concrète se fondra dans une signification générale abstraite. Et cette signification plus étendue nécessitera une classification plus large. Nous diviserons en effet les stigmates de dégénérescence en stigmates anatomiques, physiologiques, et sociologiques. Le dégénéré peut s'étudier dans ses tares anatomiques, fonctionnelles et sociales. »

Cette conception du stigmate de la dégénérescence nous permettra de ranger sous cette dénomination quelques syndromes morbides, pour la plupart bien définis, isolés, étudiés, en pathologie générale et spéciale. Sans doute dans un grand nombre de cas particuliers, l'interprétation pourra en être délicate et il faudra faire des réserves : dans l'étude de la dégénérescence plus que partout ailleurs, il faut se méfier des généralisations trop étendues; et, s'il faut conclure d'après la majorité des faits, il est de toute nécessité de faire une large part aux enseignements de la minorité de ceux-ci. Nous regarderons donc comme pouvant devenir de véritables stigmates de la dégénérescence certaines maladies révélant une malformation congénitale du système nerveux ou de tout autre appareil, malformation très apparente et facilement décelable (par exemple, maladie bleue) ou non encore découverte (par exemple, névroses), car nous pensons qu'il est quelque peu illogique de regarder comme une tare sérieuse une diminution de longueur de l'annulaire, un peu d'irrégularité dans l'implantation des dents ou encore un léger degré de déséquilibre mental se traduisant par une anomalie psychique à peine appréciable, par un peu d'excentricité dans les idées, et de refuser le nom de stigmate à certaines maladies qui révèlent une puissante action dégénérative s'étant exercée sur un ou plusieurs des plus importants appareils de l'organisme — l'épilepsie, la maladie de Friedreich, le myxœdème en sont des exemples.

Nous diviserons les stigmates de la dégénérescence — signes isolés et syndromes complexes — en quatre groupes :

1° et 2° Les *stigmates anatomiques et les stigmates physiologiques* qui traduisent la tare corporelle — apparente ou cachée — et le défaut d'adaptation au milieu extérieur;

3° Les *stigmates psychologiques* qui révèlent l'anomalie de l'esprit, l'inadaptation au milieu psychique, aux idées admises comme normales;

4° Les *stigmates sociologiques* qui indiquent l'inadaptation au milieu social, c'est-à-dire l'affaiblissement ou la perte des qualités nécessaires à la vie collective.

Nous nous hâtons de dire que cette division des stigmates est absolument arbitraire et n'a de valeur qu'au point de vue didactique.

Elle n'implique en aucune façon la subordination de stigmates les uns aux autres. Sans doute certains troubles physiologiques peuvent résulter d'une malformation organique, certains troubles psychiques peuvent être liés à une anomalie corporelle apparente et certains actes antisociaux à des troubles mentaux bien caractérisés. Ce n'est pas là la règle.

La sériation qu'on pourrait établir entre les stigmates serait toute théorique, car l'on voit, par exemple, le maximum des stigmates psychiques coïncider avec le minimum des stigmates anatomiques ou inversement. Aussi la réponse à cette question : quels sont les stigmates primordiaux? quels sont les stigmates secondaires? ne peut-elle être qu'une simple appréciation personnelle.

Toutefois ce qui est important, « c'est le quantum de régression que les stigmates accusent dans l'ascendance ou impliquent pour la descendance. Les stigmates anatomiques qui traduisent la tare arrivée à son plus haut point ont par eux-mêmes une signification décisive. Ils caractérisent particulièrement le groupe des dégénérés inférieurs. Les tares physiologiques et psychiques forment une série ascendante qui par les désordres fonctionnels les plus graves, les névroses, touche aux dégénérés inférieurs et les pénètre, tout comme les troubles intellectuels la relient aux simples déséquilibrés. Enfin, les stigmates sociologiques constituent une classe de signes qu'il nous a paru utile de joindre aux précédents. Ils n'ont souvent qu'une signification régressive peu marquée. » (Dallemagne).

Une dernière remarque est à faire.

Quelle que soit la cause de la dégénérescence — alcoolisme, tuberculose, syphilis etc., des ascendants du dégénéré — les stigmates qui traduisent cette dégénérescence ne permettent pas d'indiquer l'infection ou l'intoxication qui l'a provoquée. Il y a quelques exceptions cependant : par exemple, la dipsomanie est le plus généralement liée à l'alcoolisme des parents; les dents d'Hutchinson, le crâne natiforme,

doivent faire songer à l'hérédo-syphilis. Les quelques exceptions qu'on pourrait encore signaler n'infirment pas cette loi : tous les stigmates peuvent se retrouver chez tous les dégénérés, quelle que soit la cause de leur déchéance physique et morale.

II

STIGMATES ANATOMIQUES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

Les *stigmates anatomiques* ou *stigmates physiques* de la dégénérescence, plus peut-être que les stigmates physiologiques et psychologiques et plus surtout que les stigmates sociologiques, ont été l'objet de minutieuses recherches. Aussi leur nombre s'est-il accru au point qu'en 1887, M. Camuset disait à la Société médico-psychologique : « Les signes de dégénérescence sont devenus tellement nombreux qu'on peut à bon droit se demander s'il est des individus assez privilégiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénérescence. »

Cette boutade est exacte si on l'applique à la population des villes ou de certaines régions (régions à endémie goitreuse, palustre, pellagreuse...). Là, les dégénérés sont la majorité et la liste est longue des stigmates qu'on peut relever sur eux. Dans la population rurale, il n'en va plus de même. Nous avons eu l'occasion de mesurer, et par suite d'examiner, un grand nombre de paysans : si longue soit la liste des stigmates à rechercher on n'en trouve aucun chez la grande majorité des sujets ; ceux qui présentent quelque anomalie physique, ce sont les clients du médecin, les individus affaiblis dans leur résistance; chez les autres — ceux que le médecin ne voit pas — ils sont exceptionnels. A l'hôpital, nous avons trouvé près de 65 p. 100 d'individus porteurs de stigmates physiques plus ou moins nombreux de dégénérescence. A la campagne, chez des gens n'ayant, pour la plupart, jamais été malades ou n'ayant eu que des infections banales : rougeole, fièvre typhoïde, pneumonie..., la proportion est à peine de 10 à 15 p. 100. Malheureusement l'alcoolisation rapidement croissante des populations rurales va élever d'une façon désastreuse cette proportion.

Comme conclusion à cette courte digression : les stigmates anatomiques de la dégénérescence sont très nombreux, mais ils ne se rencontrent que chez les dégénérés. Dans les villes, les individus qui n'en présentent pas sont rares et c'est surtout dans les campagnes que vivent les familles indemnes de toute tare dégénérative.

La nature tératologique des stigmates anatomiques est aujourd'hui bien établie.

Toutes les causes qui viennent jeter une grave perturbation dans l'organisme des géniteurs et influencer le spermatozoïde ou l'ovule — les intoxications, comme l'alcoolisme, le saturnisme, l'hydragyrisme..., les infections, comme la syphilis, la tuberculose, l'infection goitrigène, le paludisme, la pellagre..., les diathèses, comme la goutte... — toutes les influences qui viennent troubler le développement de l'embryon — traumatismes, infections, intoxications de la mère au cours de la grossesse, maladies du fœtus dont la pathologie est encore à peine ébauchée — peuvent créer la tare originelle qu'est la dégénérescence et les stigmates qui la révèlent.

Si la dégénérescence est au minimum, la régénérescence pendant la vie est possible. Si elle est grave, la déchéance de l'individu s'accroît en même temps qu'il grandit; sa marche est fatale, progressive; elle se transmet aux descendants. Chez eux, les stigmates sont plus nombreux, plus importants et ils s'aggravent de génération en génération, jusqu'à ce que la stérilité entraîne l'extinction de la famille dégénérée.

Les stigmates physiques sont tous provoqués par le développement défectueux de l'embryon. Ils sont le fait d'une dystrophie congénitale se révélant d'une façon précoce ou tardive, mais ayant sa source dans l'affaiblissement morbide des ascendants.

L'arrêt de développement est le mécanisme, par lequel sont créés les stigmates anatomiques.

Cela, de plusieurs manières : un organe ne se forme pas ; un organe reste arrêté dans certaines phases de son développement embryonnaire et continue de s'accroitre, mais en étant différent de ce qu'il est chez les adultes de la même race ; un organe, transitoire pendant la vie embryonnaire, persiste chez l'individu devenu adulte.

Sur le mécanisme de production des stigmates, portent surtout les discussions pathogéniques et cette cause *seconde* des anomalies, des malformations est longuement traitée par les auteurs. On ne saurait pourtant trop insister sur leur cause *première*, sur leur cause *vraie* ; or, elle est à peine indiquée au chapitre « étiologie » : ce sont les plus puissants facteurs de dégénérescence : alcoolisme, tuberculose, syphilis, paludisme, pellagre, crétinisme, etc.

Les MONSTRUOSITÉS indiquent un développement embryonnaire profondément vicié et ont une valeur considérable comme stigmates de dégénérescence.

Quelques-uns sont compatibles avec la vie : nous les retrouverons plus loin.

D'autres ne permettent pas à l'être qui les présente de vivre au delà de quelques jours, de quelques heures même. Le vice de développement est si profond, il traduit une déchéance si profonde qu'un tel être se trouve représenter le dernier terme de la série dégénérée, sa vie cesse dès la fin de la phase intra-utérine, l'inadaptation au milieu extérieur est totale. Nous n'avons pas à les indiquer ici : ce seraient des stigmates caractérisant des dégénérés qui n'ont pas même le temps de prendre place dans le groupe des dégénérés. Leur inaptitude à la vie est complète.

Dans l'immense majorité des cas, l'action dystrophique est moins marquée, la déchéance organique moins accentuée. Elle est alors représentée par les innombrables malformations dont nous allons indiquer rapidement les principales et seulement celles apparentes, décelables par l'examen clinique de l'individu. Les plus frappantes sont celles qui affectent le système osseux.

Les lésions constatées post-mortem, par la dissection et même par le microscope ont dans bien des cas la même valeur que les anomalies extérieures comme signes révélateurs de la dégénérescence..., nous pensons pourtant qu'il faut réserver à celles-ci seules, le nom de stigmates dont celles-là peuvent être regardées comme le complément et parfois comme l'explication anatomo-pathologique.

ASYMÉTRIE. — En tête de la liste des stigmates physiques de la dégénérescence il convient de placer l'asymétrie. Le dégénéré est avant tout un irrégulier, un asymétrique. Il l'est physiquement. Nous verrons qu'il l'est plus encore moralement.

L'asymétrie peut être limitée à une partie du corps, à la tête par exemple (fig. 10), c'est même là le cas le plus fréquent. Mais il n'est pas rare de la voir affecter tout l'orga-

nisme, tous les segments du corps. MM. Raymond et Janet en ont donné un remarquable exemple dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (6). Nous leur empruntons le schéma suivant, calqué sur la photographie du sujet dont il résume l'observation (fig. 1).

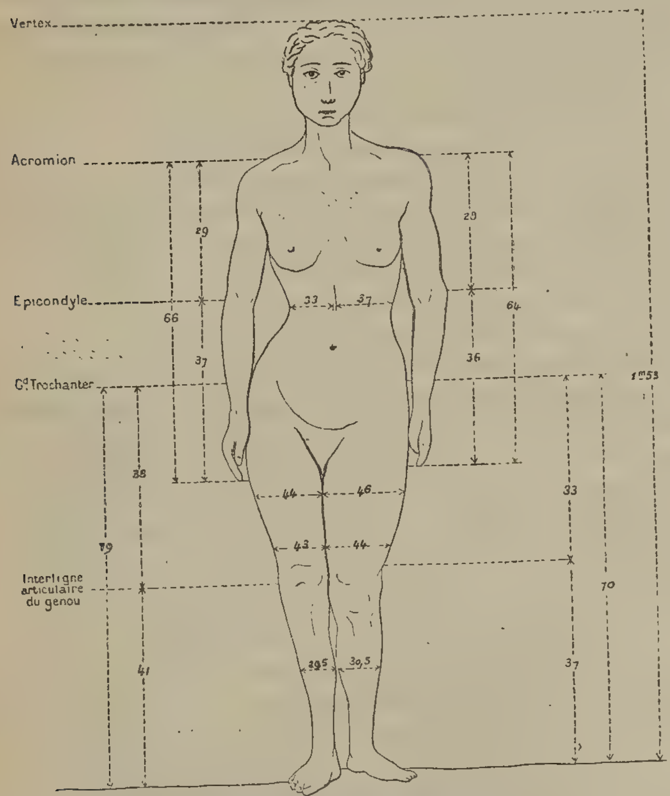


FIG. 1. — *Asymétrie du corps chez une épileptique.* (D'après MM. Raymond et Janet*.)

Non seulement l'asymétrie est d'une fréquence extrême chez les dégénérés, mais encore elle a une grande importance en tant que stigmate, car elle implique à un très haut degré le défaut d'harmonie et d'équilibre dans les fonctions trophiques qui président à l'évolution de l'être.

Il importe de ne pas confondre l'asymétrie de la dégénérescence facilement décelable frappant les yeux de l'observateur le moins prévenu, avec l'asymétrie normale — la symétrie parfaite étant absolument exceptionnelle chez les normaux — qui est toujours difficile à mettre en évidence et passe presque toujours inaperçue.

TÊTE, CRÂNE, FACE. — Les anomalies du crâne et de la face ont toujours été regardées comme ayant une valeur de tout premier ordre chez les dégénérés, parce qu'un examen même superficiel les révèle facilement et par ce que le vice ostéogénique qu'elles traduisent est généralement le résultat d'une puissante action dégénérative.

Le *crâne* peut présenter des anomalies de volume : *microcéphalie*, *macrocéphalie*..., et des anomalies de forme : *dolichocéphalie exagérée*, *brachycéphalie exagérée*, *platycéphalie*, *oxycéphalie*, *scaphocéphalie*, *trigonocéphalie*, *naticéphalie*, *plagiocéphalie*.

Il importe de ne pas confondre les déformations congénitales — même quand elles deviennent apparentes seulement à un âge assez avancé — avec certaines déformations artificielles imprimées au crâne du nouveau-né dans quelques régions par exemple, en France : Seine-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente, Haute-Garonne, Ariège, Tarn, etc., soit qu'elles dérivent de l'usage invétéré de certaines coiffures, bandelettes ou serre-tête (déformation annulaire en Normandie et en Vendée) soit qu'elles reconnaissent pour cause la manière de coucher, de porter, d'allaiter les enfants (Lot-et-Garonne) (7).

* *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1897.

MICROCÉPHALIE. — μικρός (petit) — est une anomalie par arrêt de développement du crâne et du cerveau en relations étroites avec l'idiotie et l'imbécillité. Il s'agit d'un arrêt de développement total du crâne, contenant et contenu, et la synostose prématurée des sutures qui joue un si grand rôle dans la pathogénie des déformations craniennes est exceptionnelle chez les microcéphales. Ce qui frappe chez ces sujets, c'est la disproportion entre la face large, saillante, très développée, aux mâchoires, surtout l'inférieure, de volume exagéré, et le crâne très réduit, petit, étroit, fuyant en arrière* [fig. 2] (8).

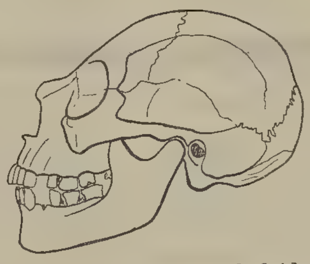


FIG. 2. — *Crâne de microcéphale* [réduit à 1/4] (d'après L. Manouvrier**).

La MACROCÉPHALIE (μακρός, grand) proprement dite est le plus souvent une déformation artificielle et ne saurait être considérée comme un stigmate de dégénérescence, à moins qu'on ne regarde — comme semblent le faire certains auteurs — l'hydrocéphalie comme une variété de la macrocéphalie.

HYDROCÉPHALIE (ὕδωρ, eau). — L'hydrocéphalie chronique, liée à un vice de conformation du cerveau et apparaissant, dans la grande majorité des cas, dès la vie intra-utérine, est un important stigmate de dégénérescence. Alcoolisme, crétinisme, syphilis, épilepsie, etc., tels sont les antécédents héréditaires les plus fréquents; comme autres signes dégénératifs concomitants : des troubles psychiques plus ou moins marqués atteignant souvent l'idiotie complète, des

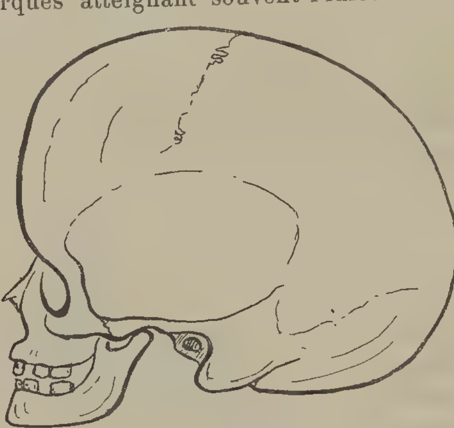


FIG. 3. — *Hydrocéphalie.*

malformations de la face, des membres, des organes génitaux, la stérilité...

* Broca : chez les demi-microcéphales, la circonférence du crâne est inférieure à 480 millimètres chez l'homme, à 475 millimètres chez la femme; la capacité est inférieure à 1 150 centimètres cubes; chez les microcéphales vrais, la circonférence est de 320-370 millimètres et la capacité de 300-600 centimètres cubes.

** Art. de Manouvrier, in *Dict. des sc. anthropol.*, Paris O. Doin.

Dans l'hydrocéphalie la pression exercée de dedans en dehors sur le crâne par le cerveau distendu le dilate d'une façon caractéristique. Le volume du crâne s'accroît dans des proportions considérables ; il est monstrueux comparativement à celui de la face (fig. 3) et relativement au développement du reste du corps. Cela sans parler des cas exceptionnels, par exemple celui rapporté par Esquirol (circonférence, 92 centimètres ; diamètre antéro-postérieur, 59 cent ; diam. transverse, 79 cent.).

Le visage amaigri, triangulaire, contraste avec le volume du crâne dont tous les diamètres sont exagérés. Vue de face, a tête affecte la forme d'une pyramide renversée (9).

Dolichocéphalie et brachycéphalie exagérées. — Les diamètres antéro-postérieur et transverse maximum du crâne, qui ont une importance capitale en anthropologie, peuvent acquérir une réelle valeur séméiologique au point de vue de la dégénérescence. Leur rapport donne l'*indice céphalique* (*indice céphalométrique*, si les diamètres sont mesurés sur le vivant ; *indice craniométrique*, s'ils le sont sur le squelette) que représente la formule.

$$\frac{\text{Diamètre transverse maximum} \times 100}{\text{Diamètre antéro-postérieur max.}} = \text{I. C.}$$

D'autant plus faible que le crâne est plus long, plus étroit, et d'autant plus fort que le crâne est plus court, plus large, l'indice céphalique acquiert comme caractère de race



Fig. 4. — *Dolichocéphalie.* — Crâne de Néo-Calédonien, recueilli par le docteur Boyer. Ind. céph. = 65.

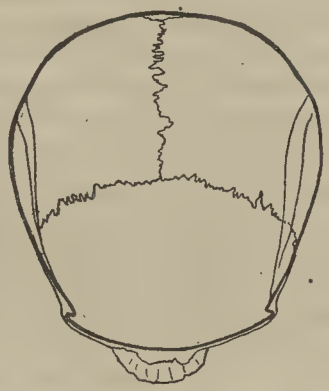


Fig. 5. — *Brachycéphalie.* — Crâne d'Auvergnat de Saint-Nectaire, recueilli par le doct. Pommerol. Ind. céph. = 90,86*.

une valeur extrême, car il exprime la forme générale de la tête. Il donne une première indication très nette, très claire, permettant de diviser l'infinie variété de forme des crânes en trois groupes :

	Indice :
Crânes dolichocéphales ou crânes longs........	au-dessous de 77,77
Crânes brachycéphales ou crânes courts..........	80 et au-dessus.
Crânes mésaticéphales ou crânes intermédiaires..	77,78 à 80.

Chez les dégénérés existent fréquemment des variations de l'indice céphalique indépendantes des variations ethniques.

Les recherches de Lombroso, de De Bono et Dotto, de J. Teissier, etc., celles que nous-même avons faites chez 225 épileptiques et chez un grand nombre d'autres dégénérés, comparativement à plusieurs centaines d'individus pouvant être considérés comme normaux, nous permettent de dire que très souvent la dégénérescence modifie en les exagérant les caractères régionaux de l'indice céphalique et, en pareil cas, les dégénérés de race brachycéphale sont plus brachycéphales, les dolichocéphales, plus dolichocéphales *. Chez les mésaticéphales, les variations de pathologiques de l'indice céphalique sont à peu près impossibles à apprécier.

Ces derniers mis à part, nous pensons que très souvent la dolichocéphalie exagérée (ultra-dolicho.), ou la brachycéphalie exagérée (ultra-brachy.) peuvent être regardées comme un stigmate de dégénérescence (10).

Platycéphalie. — L'indice vertical du crâne — indice mixte de hauteur-longueur-largeur — est le rapport de la hauteur du crâne à sa longueur et à sa largeur maxima. Il est représenté par la formule

$$\frac{\text{Diamètre vertical} \times 100}{\frac{\text{D. ant.-post. max.} + \text{D. transv. max.}}{2}} = \text{I. V. mixte}$$

L'indice vertical divise les crânes en : platycéphales (πλατύς, large, aplati), crânes bas, orthocéphales (ὀρθός, droit, régulier), crânes moyens, hypsicéphales (ὕψος, élévation), crânes élevés.

Pratiquement, sur le vivant, le diamètre vertical sus-auriculaire — différence de hauteur du vertex et du conduit auditif — est obtenu avec une approximation suffisamment exacte en mesurant la hauteur auriculo-bregmatique au moyen d'un compas glissière à branches inégales (fig. 6).

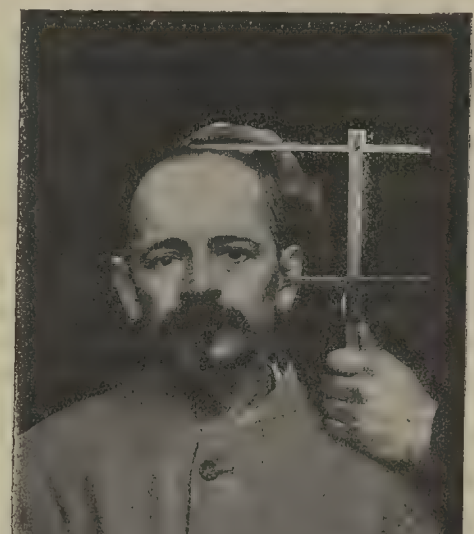


Fig. 6. — *Diamètre vertical sus-auriculaire* (hauteur auriculo-bregmatique).

La *platycépalie exagérée* peut être rapprochée de la dolichocéphalie et de la brachycéphalie exagérées. Elle a la même signification.

L'*hypsicéphalie* est fréquemment en rapport avec l'oxycéphalie.

L'oxycéphalie — syn. oxycéphalie (ὀξύς, pointu), tête poin-

* Catalogue de l'exposition de la Société d'anthropologie de Paris à l'Exposition universelle de 1889.

* Un Savoyard, de Bozel, âgé de dix-neuf ans, berger goitreux, demi-crétin avec bec-de-lièvre et oreilles en anses, nous a donné un indice céphalique de 94,17.

Un épileptique, âgé de 31 ans, fils d'un père alcoolique et d'une mère névropathe, originaire de la Haute-Vienne, atteint de grandes crises convulsives depuis l'âge de 11 ans, mesuré par nous à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avait un indice céphalique de 68,29.

tue, de Virchow ; acrocéphalie (ἄκρος, haut), tête élevée de Lucae, de Topinard — est une déformation provoquée par la synostose prématurée, pathologique, des sutures coronale, médio-frontale, sagittale. Elle est caractérisée surtout par l'augmentation du diamètre vertical du crâne, donnant à la tête une forme acuminée et au front une hauteur démesurée (fig. 7).



Fig. 7. — *Oxycéphalie.* — Crâne d'Auvergnat. Muséum. Coll. Rouzon (d'après Hanotte).

Très fréquemment les arcades sourcilières sont effacées « comme si la loge frontale en s'élevant avait attiré à elle la partie supérieure des orbites ». Il en résulte une saillie plus ou moins apparente des globes oculaires, saillie qui peut être considérable chez certains acrocéphales (11).

L'oxycéphalie ne doit pas être confondue avec l'hydrocéphalie frontale. La similitude des déformations n'est qu'apparente et leur pathogénie est toute différente. De plus, l'hydrocéphalie implique un état dégénératif beaucoup plus marqué et s'accompagne fréquemment de troubles psychiques, plutôt rares chez les acrocéphales.

La scaphocéphalie (σκαφός, barque) est la déformation résultant de la synostose totale et précoce (intra-utérine très probablement) de la suture sagittale.

Le crâne, dont la grande longueur et la grande étroitesse attirent l'attention, prend la forme d'un toit, d'une barque renversée... ou plus exactement : le front est droit, bombé, étroit ; l'occiput globuleux et conique, est projeté en arrière

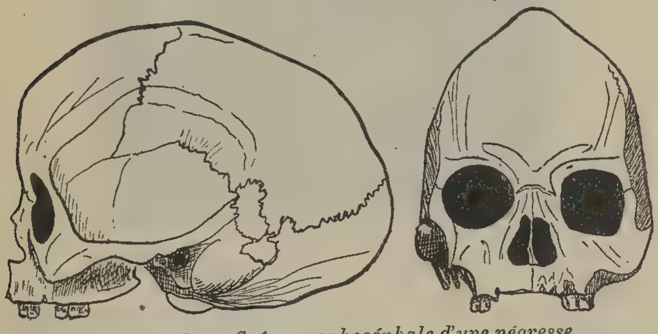


Fig. 8 et 9. — *Crâne scaphocéphale d'une négresse* (dessins stéréographiques, d'après Broca*).

à partir de la suture lambdoïde ; de l'un à l'autre s'étend une crête — horizontale dans la moitié antérieure, puis inclinée — sur les côtés de laquelle règnent deux pentes semblables à un toit, que l'effacement des bosses pariétales rend encore plus saisissantes (Topinard).

La scaphocéphalie est une malformation rare et sa valeur comme stigmate de dégénérescence n'est pas encore définitivement établie (12).

* *Bull. de la Soc. d'anthrop. de Paris*, 1874.

Trigonocéphalie (τρίγωνον, triangle). — La trigonocéphalie est due à la synostose, antérieure à la naissance, de la suture médio-frontale. Vu d'en haut, le crâne a l'aspect d'un triangle. La région frontale est en forme de coin : à la suture métopique correspond une crête plus ou moins marquée et des bosses pariétales sont très apparentes.

Naticéphalie. — La déformation natiforme du crâne est plus rare encore que les deux précédentes et n'a guère été signalée que chez les dégénérés hérédo-syphilitiques.

C'est, dit M. E. Fournier (13), un crâne qui représente assez exactement la forme des fesses (nates) et cela à deux points de vue : 1° C'est un crâne renflé à sa partie supéro-postérieure en deux moitiés globuleuses par une ampliation sphéroïdale de la région occipito-pariétale.

2° C'est un crâne parcouru sur la ligne médiane et dans le sens antéro-postérieur par une rigole intermédiaire avec deux renflements latéraux. Pour continuer la comparaison, cette rigole représente le pli interfessier par rapport aux deux tubérosités latérales figurant les fesses.

La plagiocéphalie (πλάγιος, oblique) est une forte asymétrie du crâne produite par le développement exagéré de la partie antérieure d'un côté et de la partie postérieure de l'autre côté.

Le diamètre antéro-postérieur maximum ne correspond plus à la ligne médiane, mais est oblique ou en diagonale. La plagiocéphalie est donc une asymétrie oblique croisée, mais il est rare que la déformation antérieure fasse équilibre morphologiquement à la déformation postérieure et réciproquement.

Pour être regardée comme un signe de dégénérescence, la plagiocéphalie doit être très marquée, car les crânes normaux parfaitement symétriques sont exceptionnels, les crânes légèrement plagiocéphales, presque la règle.

La plagiocéphalie s'observerait également fréquente à droite et à gauche (Manouvrier). Elle serait plus fréquente du côté droit de la tête chez les aliénés (Sommer). Personnellement, nous avons observé la plagiocéphalie très marquée chez un grand nombre de dégénérés, mais sans remarquer de prédominance nette pour le côté droit ou pour le côté gauche (14).

La plupart des malformations craniennes donnent au front des caractères qui sont souvent à eux seuls une véritable étiquette indiquant la dégénérescence. Tels, par exemple, le *front bas et fuyant* des microcéphales, de certains idiots ; le *front olympien* — proéminence plus ou moins accusée, hauteur et largeur exagérées — du dégénéré hérédo-syphilitique ou hydrocéphale, etc.

Asymétrie de la face. — Les différentes malformations que nous venons de passer en revue réalisent, sous des aspects différents, une asymétrie exagérée, anormale, du crâne.

Nous avons vu que l'asymétrie se retrouvait dans tout l'organisme du dégénéré et que l'asymétrie était un stigmate presque pathognomonique de la dégénérescence.

Or l'asymétrie est surtout apparente à la face où elle détruit l'harmonie du visage.

La saillie inégale, plus marquée d'un côté, du front et des arcades orbitaires ; les dimensions différentes des orbites ; l'abaissement ou le soulèvement d'un des orbites ; l'inégalité de la proéminence des os malaires ; la rotation de la face qui se trouve être alors déviée latéralement et verticale-

ment... sont les caractères dominants de ce « strabisme du visage », comme l'a défini Lasègue.

Il ne faut pas toutefois confondre l'*asymétrie faciale congénitale*, osseuse, avec certaines *asymétries acquises*, fonctionnelles, très souvent d'origine otique, que nous avons souvent constatées dans le service de notre maître, M. Lannois, et à la description desquelles M. Pautet a récemment consacré sa thèse inaugurale.



Fig. 10. — *Asymétrie cranio-faciale** (d'après E. Fournier**).

La recherche de l'asymétrie faciale est parfois délicate et doit être faite en plaçant le sujet de face puis de profil.

Elle est surtout fréquente chez les dégénérés inférieurs, plus particulièrement chez les dégénérés épileptiques et c'est surtout chez ceux-ci qu'elle a été étudiée (15).

Arrêts de développement de la face. — Nous avons vu quelle signification il fallait accorder aux arrêts de développement en tant que stigmates de la dégénérescence. A la face ils peuvent être très apparents, la description en est faite dans tous les traités de pathologie, car la plupart sont justiciables d'une intervention chirurgicale : nous ne faisons que les énumérer.

Ce sont : les lignes cicatricielles dites « guérison intra-utérine du bec-de-lièvre » ; les fistules congénitales et surtout le *bec-de-lièvre* avec ses différentes variétés : fissure labiale simple et intégrité osseuse apparente, fissures complexes (lèvre, maxillaires supérieurs et intermaxillaires, voûte palatine, voile du palais...), gueule de loup...

Oeil (d'après M. Féré). — Asymétries de l'orbite.

Kystes congénitaux de la queue du sourcil.

Absence des paupières, division de paupières (coloboma) adhérence des paupières entre elles ou au globe oculaire, déviation du bord libre (ectropion, entropion, trichiasis, dystrichiasis), existence d'une bride cutanée recouvrant l'angle interne de l'œil et lui donnant un caractère mongolique, paupières supérieures trop courtes et ne recouvrant qu'incomplètement l'œil.

*« Le segment droit et le segment gauche ne se correspondent pas ; ils sont disparates, disproportionnés, inharmoniques, *asymétriques* en un mot, voire d'une façon réellement choquante. Le crâne est vicieusement conformé d'une moitié à l'autre, comme si, sur un crâne en terre glaise, on avait exercé latéralement une forte pression pour rejeter de droite à gauche une portion du globe cranien. E. F. »

** Th. de Paris, 1898, Rueff édit.

Anomalies de volume du globe de l'œil : volume exagéré, ou diminué, ou asymétrique.

Anomalies de dimensions et de courbure de la cornée se traduisant par de l'astigmatisme particulièrement fréquent chez les épileptiques.

Abscence d'iris, division congétinale de l'iris (coloboma irien), asymétrie de coloration, coloration inégale, albinisme partiel, asymétrie de la pupille, irrégularité de la pupille, situation anormale de la pupille, ouvertures multiples, imperforation de la pupille.

Cataracte congénitale.

Coloboma de la rétine, rétinite pigmentaire (16).

Oreille. — Un certain nombre de malformations de l'oreille externe ont été décrites par Morel et mises par lui au rang des meilleurs signes de la dégénérescence (*Oreille de Morel* : pavillon mal développé, absence ou irrégularités du lobule... désharmonie de l'ensemble).

Depuis l'attention des auteurs qui se sont occupés de la dégénérescence et surtout de rapports de la dégénérescence avec la criminalité, semble s'être portée avec prédilection sur les anomalies du pavillon de l'oreille et son étude a suscité de nombreux mémoires.

C'est qu'en effet, comme le dit Frigerio, le pavillon de l'oreille doit être placé en première ligne parmi les organes qui offrent des caractères de dégénérescence.

Aux faits d'observation de Morel, de Frigerio. de Féré, de Morselli, de Lombroso, etc., s'ajoutent les faits d'expérience confirmatifs de MM. Gley et Charrin.

Nous n'avons pas à insister sur le description anatomique du pavillon de l'oreille normal : un schéma suffira à la remettre en mémoire *.

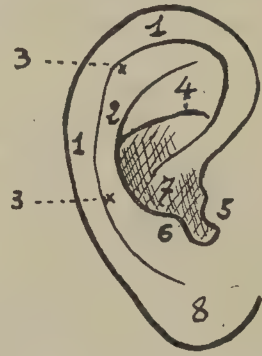


Fig. 11. — *Pavillon de l'oreille, face externe.*

(Cf. Testut), 1. Hélix ; 2. anthélix ; 3. gouttière de l'hélix ; 4. fossette scaphoïde de l'anthélix ; 5. tragus ; 6. antitragus ; 7. cavité de la conque ; 8. lobule.

Les anomalies observées chez les dégénérés portent sur la totalité de l'oreille externe ou seulement sur une portion limitée de celle-ci. Ce sont :

Absence congénitale du pavillon.

* La face externe du pavillon de l'oreille présente quatre saillies : 1° l'*hélix* ou rebord antérieur, supérieur et postérieur ; 2° l'*anthélix*, saillie irrégulière, entourée par l'hélix ; 3° le *tragus*, petite saillie antérieure située sur le prolongement de la direction de l'arcade zygomatique et formant la paroi externe du conduit auditif externe ; 4° l'*antitragus* partie dure et saillante qui unit, suivant une ligne concave au haut, le tragus à l'hélix. Entre les saillies se trouvent trois dépressions : 1° la *gouttière de l'hélix*, formée par le repli de l'hélix ; la *fossette de l'anthélix* située entre la partie antérieure de l'hélix et les deux branches supérieures de l'anthélix ; 3° la *cavité de la conque* ou vestibule du conduit auditif externe divisée en deux parties par la racine de l'hélix... La partie inférieure du pavillon de l'oreille, molle, plus ou moins pendante, est le lobule (L. Manouvrier).

Arrêts de développement, atrophie plus ou moins prononcés : le pavillon arrive parfois à n'être représenté que par un rudimentaire bourrelet fibro-cartilagineux.

Développement exagéré du pavillon dont la partie supérieure peut même retomber au dehors comme une oreille de chien.

Asymétries diverses : oreille triangulaire, ovoïde, en cornet...; oreille d'un côté plus grande que celle de l'autre;

Anomalies de position : implantation vicieuse du pavillon (cou, joue, épaule); à un moindre dégré, insertion du pavillon soit plus haut, soit plus bas, soit plus en arrière d'un côté que de l'autre, anomalie coïncidant fréquemment avec l'asymétrie cranio-faciale.

Augmentation de l'angle auriculo-temporal (Frigerio).

Anomalies de direction dont la plus typique est celle des *oreilles en anse**. Le pavillon cesse d'être appliqué contre le crâne et vu de face semble s'y fixer à la façon des anses d'un vase. La physionomie prend un aspect simiesque.

Hélix. — Hélix incomplet, hypertrophie de l'hélix, saillie exagérée de l'hélix, déplissement de l'hélix, persistance du tubercule de Darwin à l'angle de forme arrondie que forme l'hélix en arrière et en haut, oreille non ourlée.

Anthélix. — Absence ou dépression ou proéminence exagérée de l'anthélix.

Tragus. — Double, au lieu d'être unique; conique, au lieu d'être quadrangulaire.

Antitragus. — Absence. Renversement en bas.

Lobule. — Absence complète du lobule; petitesse extrême du lobule; adhérence et sessilité totales, demi-adhérence, palmure, du lobule.

Développement et allongement parfois considérable du lobule.

Cavités de la conque, fossette scaphoïde de l'anthélix, gouttière de l'hélix — plus ou moins modifiées par les anomalies des saillies qui les délimitent (17).

Prognathisme. — Les anthropologistes sont loin d'être d'accord sur la définition à donner du prognathisme et « il y a de tout sous la rubrique du mot prognathisme (Topinard) » (18).

Le sens étymologique du mot (πρὸ, en avant, et γναθὸς, mâchoire) est le plus exact pour le point particulier qui nous préoccupe ici et sans entrer dans aucune discussion théorique, nous admettrons le terme *prognathisme supérieur* pour désigner la proéminence exagérée de l'arcade dentaire supérieure et des dents qui s'y implantent; le terme *prognathisme inférieur* pour indiquer la projection en avant de la mâchoire et des dents inférieures; le terme *prognathisme proprement dit* se rapportant à la projection en avant des deux maxillaires, sans défaut de concordance.

En réalité tout le monde est prognathe, mais pour le prognathisme comme pour la brachycéphalie ou la dolichocéphalie, il y a une question de degré.

Chez l'Européen « l'allongement ou la proéminence des mâchoires qu'est le prognathisme, est exceptionnel, il est habituel dans les races noires de l'Afrique centrale et d'Océanie ». Or chez l'Européen normalement peu prognathe, le prognathisme exagéré est souvent en relation avec la dégénérescence. Il est fréquent chez les dégénérés inférieurs et a souvent été signalé chez les idiots. Nous l'avons rencontré chez plusieurs épileptiques.

* Cf. deux photographies de Féré, p. 258 et 259, in *Famille névropathique*.

Il n'a de valeur comme stigmate que s'il est très accusé et point n'est besoin, pour le déceler en pareil cas, de mesurer l'angle facial : un simple coup d'œil sur le sujet placé de profil est suffisant.

Machoire inférieure. — Le grand développement de la mandibule est regardé par la plupart des auteurs comme un signe de dégénérescence. Il a été recherché surtout chez les criminels.

Nous ne pensons pas qu'il faille le regarder comme un très important stigmate de dégénérescence. Sauf dans certains cas où la mandibule est énorme il n'est pas aisé de dire si elle a un développement normal ou un développement exagéré (19).

L'apophyse lémurienne d'Albrecht est représentée par une saillie parfois considérable du bord inférieur de l'angle de la mâchoire. Elle n'est pas rare chez les individus normaux, mais elle serait plus fréquemment observée et apparaîtrait plus développée chez les dégénérés, particulièrement chez les épileptiques (20).

Dents. — Les anomalies dentaires sont fréquentes chez les dégénérés. Elles ont une très grande valeur comme stigmates.

Ce sont :

Anomalies de l'évolution. — Celles-ci portent presque toujours sur la seconde dentition, sur laquelle, d'ailleurs, sont observées la plupart des malformations dentaires et sont représentées par le retard, la chute précoce ou tardive de la première dentition, par le retard et parfois même l'absence de la seconde dentition, par l'apparition anormale de la dent de sagesse..., etc.

Anomalies de nombre et de volume. — Absence de certaines dents, persistance des dents de lait, traduisant l'une et l'autre un vice profond de l'évolution dentaire; modifications de la formule dentaire normale (1/2 arcade = 2 incisives + 1 canine + 2 prémolaires + 2 molaires) dues à l'absence des incisives médianes, des canines, à la présence d'une quatrième molaire ou d'incisives surnuméraires, etc.

Nanisme dentaire (microdontisme).

Gigantisme dentaire, quelquefois isolé et portant de préférence sur les canines, le plus souvent associé au nanisme.

Anomalies de forme. — Fréquence extrême. Une canine a la forme d'une incisive, celle d'une molaire...; dans d'autres cas, la concavité ou la convexité du sommet de la dent sont extrêmes; dans d'autres cas, enfin, les dents ne peuvent même plus être comparées à une dent normale : on se trouve en présence d'un véritable *amorphisme* dentaire.

Aux anomalies de forme, peuvent être rattachées les cannelures, les incisures, les érosions de la couronne et du sommet de la dent. Parmi ces dernières, il faut faire une place à part à l'échancrure semi-lunaire, affectant les incisives médianes de seconde dentition, *dents d'Hutchinson*, dont on sait la valeur comme stigmate des dégénérés hérédo-syphilitiques.

Anomalies d'implantation et de direction. — Dans quelques cas, la dent pousse plus ou moins loin de l'arcade dentaire et s'implante par exemple sur la voûte palatine; le plus souvent, il s'agit d'une implantation vicieuse, irrégulière sur le maxillaire, d'où projection exagérée en avant ou en arrière, chevauchement, lacunes interdentaires, etc.

Vulnérabilité dentaire, ayant pour conséquence la destruction rapide des dents par usure et par carie.

Avec les anomalies dentaires, coïncident fréquemment

l'*asymétrie des arcades*, d'où projection en avant du maxillaire supérieur et retrait un maxillaire inférieur (prognathisme supérieur), ou réciproquement (prognathisme inférieur); d'où surtout défaut d'engrènement des dents qui se correspondent chez les sujets normaux (21).

Nez. — Absence totale du nez. Absence de la cloison. Rétrécissement des fosses nasales. Déviation du nez. Déviation de la cloison et asymétrie des narines.

Zygomas saillants.

Voute palatine. — Au lieu de former une voûte légèrement concave, les apophyses palatines des maxillaires supérieurs sont refoulées en haut et la voûte apparaît étroite, haute, comme enfoncée dans les fosses nasales : c'est l'*ogivalite de la voûte palatine*. Dans d'autres cas, au lieu d'une voûte ogivale, on observe une voûte abaissée. D'autres malformations peuvent exister : fissure médiane ou, au contraire, saillie de la suture médiane et irrégularités de la muqueuse à ce niveau, etc. (22).

Voile du palais. — Division congénitale. Bifidité de la luette...

Langue. — Asymétrie de volume des deux côtés. Macroglossie. Microglossie. Bifidité de la pointe. Fissure médiane...

Lèvres. — Fissure labiale, liée au bec-de-lièvre. Exstrophie des lèvres : renversement de celles-ci et saillie de la muqueuse. Occlusion on atrésie très prononcée de l'orifice buccal (rare). (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de quelques complications des varices (1).

Traitement de la rupture. — Une compression légère suffit à arrêter l'écoulement de sang dans la rupture à ciel ouvert, sauf dans les cas foudroyants. Le meilleur moyen d'éviter le retour de cet accident est la résection des paquets variqueux qui en ont été le siège, et, s'il y a des signes de reflux cardiaque, la valvule artificielle.

Dans les cas de rupture sous-cutanée, la tuméfaction anormale du membre exige des soins médicaux, et surtout le repos. C'est encore le repos qu'il faut prescrire dans les ruptures intra-musculaires, mais un repos sévère, car les accidents de phlébites sont fréquents et l'extirpation de la veine malade sinon impossible, du moins très difficile.

Traitement de la phlébite.— Le repos guérit *souvent* les phlébites adhésives et localisées, — *parfois* les phlébites en plaques ou les formes adhésives envahissantes. Lorsque le traitement chirurgical s'impose, il faut extirper la veine avec le caillot qu'elle contient, en plaçant une ligature au delà des limites du mal sur les vaisseaux sains. C'est le seul moyen d'éviter les embolies.

Dans les cas graves, quand la phlébite occupe une si grande étendue qu'il est impossible de recourir à l'action chirurgicale, M. Rémy conseille la gouttière de Bonnet.

Quand la phlébite menace suppuration, il faut placer d'abord des ligatures, pour fermer le vaisseau malade et empêcher la diffusion de la suppuration. On procédera ensuite, suivant les besoins, à l'extirpation ou à l'ouverture du vaisseau.

S'il y a des phlegmons compliquant la phlébite suppurée, il est indispensable, après incision de la peau, d'aller chercher les vaisseaux qui ont fourni le pus pour les réséquer en totalité. Si, malgré ces efforts, les signes d'infection purulente apparaissent, il faut redoubler de hardiesse et chercher le vaisseau qui contient le foyer d'infection jusqu'à ce qu'on l'ait trouvé.

Traitement de l'ulcère. — Depuis les premiers temps de la médecine, l'accord est fait sur la nécessité d'appliquer un traitement chirurgical à l'ulcère, et l'adhérence de tout ulcère à une veine donnée indique la conduite à tenir : *aller chercher la veine sur laquelle repose l'ulcère et l'extirper.*

Cette extirpation n'est pas toujours facile : le vaisseau adhère extrêmement aux tissus environnants. Les veines sont friables, se déchirent sous la pince et saignent abondamment; l'opération est laborieuse et nécessite le chloroforme. Cette extirpation est contre-indiquée dans les cas d'ulcères très anciens ayant, par une longue suppuration, produit des lésions amyloïdes : « Il n'y a plus alors devant le chirurgien un variqueux qu'il faut guérir, mais un cachectique qu'il ne faut pas tuer, » et aussi dans les ulcères survenus chez des malades atteints d'affections rénales ou d'états généraux graves (l'ulcère sert alors de lieu de décharge, Lancereaux).

Le *traitement palliatif* de l'ulcère a donné lieu à d'innombrables travaux, à l'énumération desquels un numéro entier de la *Gazette des hôpitaux* ne suffirait certainement pas. Tous les topiques médicamenteux ont donné des succès, mais quand on cherche la raison de ces succès, on n'en trouve pas d'autre que le repos. Des moyens non médicamenteux, la bande élastique, l'électricité, le massage améliorent plus ou moins la lésion, mais n'enlèvent nullement la cause du mal. Les bandelettes de diachylon ont eu de grands succès, dus peut-être pour une part au repos incomplet qu'elles permettent; les greffes semblent, au début, donner de bons résultats, mais elles sont incapables de résister à la distension capillaire. Elles tombent ou forment de petits îlots au milieu de l'ulcère. La cicatrisation qu'elles déterminent est donc toujours précaire. L. B.

(1) *Traité des varices des membres inférieurs*, par Ch. Rémy. — Vigot frères.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin (1), par Albert Mathieu.

Depuis que la recherche du chimisme gastrique est venue jeter une vive lumière sur la pathologie de l'estomac, et a provoqué un remaniement complet de cette partie de la science médicale, de très nombreux travaux ont été publiés sur cette question. Il existait des traités spéciaux, des mémoires isolés, de longs chapitres dans les traités généraux. Certes les moyens d'études ne manquaient pas et cependant le « bon livre » n'était pas encore né, celui dans lequel le médecin, désireux de savoir, pourrait trouver, non pas tant les détails anatomo-pathologiques, que des renseignements sur la *vie de la lésion*, sur sa pathogénie, sur son expression clinique, sur le mécanisme psychologique de sa symptomatologie.

« A notre époque d'abondante publication et de collaboration internationale, dit M. Mathieu, la part d'originalité des auteurs tend de plus en plus à se restreindre et le mérite dans un traité de pathologie consiste avant tout à distinguer ce qu'il est essentiel de savoir et à l'exposer clairement. Puissions-nous y avoir réussi ! »

On peut affirmer que M. Mathieu a pleinement réussi. Ce qui fait en grande partie l'originalité de ce beau livre en même temps que son intérêt, c'est que l'histoire des maladies de l'estomac et celle des maladies de l'intestin, habituellement et tout artificiellement séparées dans les livres, sont ici rapprochées, ce qui répond, en somme, à la réalité des faits, puisque l'action des divers segments du tube

(1) Gr. in-8°, 1000 p., 71 fig. dans le texte. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

digestif et de ses glandes annexes se succède, se complète et au besoin se supplée aussi bien à l'état normal qu'à l'état physiologique. En général, la viciation porte à la fois sur les fonctions de l'estomac et de l'intestin. N'était-il donc pas naturel de rapprocher l'histoire de la dyspepsie intestinale de celle de la dyspepsie stomacale et de les décrire, sinon dans le même chapitre, tout au moins dans des chapitres voisins?

Après un préambule indispensable d'anatomie et de physiologie normales, M. Mathieu a passé successivement en revue la séméiologie analytique, l'étude des grands complexus symptomatiques de l'estomac et de l'intestin, et enfin, celle des maladies caractérisées par des lésions.

Le lecteur trouvera donc dans ce volume une ordonnance à laquelle les livres classiques ne l'ont pas habitué. Rien ne saurait mieux l'engager à le lire. C. S.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

598. M. Morinières. Sur la myomectomie abdominale. — 599. M. Sallard. Des effets curatifs de la laparotomie dans les affections propres du foie. — 600. M. Voizot. Sur un cas d'hydronéphrose intermittente chez l'homme par déplacement du rein. — 601. M. Brunet. Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. — 602. M. Le Brigand. Contribution à l'étude de la pyélo-néphrite pendant la grossesse. — 603. Mme Wulff. Les accouchements spontanés après la symphyséotomie. — 604. M. Damour. L. Bourgeois. Sa vie. Son œuvre. — 605. M. Fumey. Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus. — 606. M. Rigot. Considérations sur l'appendicite et plus particulièrement sur son traitement. — 607. M. Charlot. Hématémèses dans l'appendicite. — 608. M. Sentoux. Du diagnostic des luxations traumatiques de l'épaule et des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les enfants. — 609. M. Godeau. Otites de la grippe. — 610. M. Perietzeanu. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'hémiathétose. — 611. M. Cheruy. Étude sur les abcès aréolaires du foie. — 612. M. Raffour. La médecine chez les Mexicains précolombiens. — 613. Mlle Tobolowska. Étude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal. — 614. Mlle Lipinska. Histoire des femmes médecins jusqu'à nos jours. — 615. M. Vigier. Le nucléole (morphologie et physiologie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Epreuve orale* (2 janvier) : MM. Mercadé, 19 + 25 = 44; Denis, 17 + 26 = 43; d'Œlsnitz, 18 + 21 = 39; Rostaine, 13 + 26 = 39; Le Play, 14 + 24 = 38; Vaillant, 12 + 22 = 34; Laffitte, 8 + 22 = 30; Lobligeois, 11 + 19 = 30; Grélault, 7 + 20 = 27.

Séance du 3 janvier: MM. Gaultier, 15 + 30 = 45; Menet, 18 + 26 = 44; Pécharmant, 18 + 26 = 44; Mlle Francillon, 14 + 25 = 39; MM. Heitz, 15 + 24 = 39; Beaujard, 17 + 21 = 38; Laborde, 11 + 22 = 33; Horteloup, 6 + 22 = 28.

Guerre. — Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1900, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Fournié, nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Martin, nommé médecin-chef à l'École polytechnique.

MM. les médecins-majors de première classe Camus, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; — Perrin, désigné pour l'hôpital militaire de Marseille; — Lèques, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan; — Dziewonski, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes; — Pauzat, nommé adjoint au directeur de la 7e direction du ministère de la guerre; — Brindel, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer; — Legrand, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Commercy; — Augé, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Riff, désigné pour le recrutement de la Seine et la prison militaire de Paris; — Lemarchand, désigné pour la place de Marseille; — Godet, nommé major à l'École d'application du service de santé militaire à Paris; — Lacronique, désigné pour la section technique du service de santé et détaché à la 7e direction du ministère de la guerre; — Bonnet, désigné pour le 130e d'infanterie; — Cardot, désigné pour le 4e d'artillerie; — Duval, désigné pour le 135e d'infanterie; — Fribourg, désigné pour le 101e d'infanterie; — Strœbel, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Robert, désigné pour le 146e d'infanterie; — Castel, désigné pour le 87e d'infanterie; — Spite, désigné pour le 8e d'infanterie; — Dupeyron, désigné pour le 67e d'infanterie; — Dumontier, désigné pour le 84e d'infanterie; — Piot, désigné pour le 3e du génie; — Fasquelle, désigné pour le 18e dragons; — Drely, désigné pour le 3e hussards; — Bouchet, désigné pour le 30e dragons; — de Vernejoul, désigné pour le 5e cuirassiers; — Louis, désigné pour le 11e bataillon de chasseurs à pied; — Benoit, désigné pour le 6e escadron du train des équipages militaires; — Laine, désigné pour le 6e cuirassiers; — Merlat, désigné pour le 17e dragons; — Austric, désigné pour le 3e d'artillerie; — Louet, désigné pour le 11e escadron du train des équipages militaires; — Jacquet, désigné pour le 149e d'infanterie; — Remond, désigné pour le 21e d'infanterie et détaché à Belfort (4e bataillon); — Dercle, désigné pour le 4e cuirassiers; — Dellac, désigné pour le 1er d'infanterie; — Grisel, désigné pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; — Gauran, désigné pour le 134e d'infanterie; — Vigerie, désigné pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye.

MM. les médecins aides-majors de première classe Leymarie, désigné pour le 105e d'infanterie; — Mazure, désigné pour le 148e d'infanterie; — Legrand, désigné pour le 157e d'infanterie; — Bory, désigné pour le 150e d'infanterie; — Oui, désigné pour le 98e d'infanterie; — Challiol, désigné pour le 1er zouaves; — Trassagnac, désigné pour le 20e d'artillerie; — Job, désigné pour la garde républicaine de Paris; — Séguinaud, désigné pour le 104e d'infanterie; — Boutriot, désigné pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Petit, désigné pour le 117e d'infanterie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 52e semaine, 858 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (882) et à la moyenne de la saison (947).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre voisin de la moyenne (5). Le nombre des malades entrés dans les hôpitaux pendant la semaine est de 23, chiffre à peu près normal.

La variole a causé 14 décès. Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins présente une sensible diminution (58 seulement au lieu de 105 pendant la semaine précédente et au lieu de chiffres analogues pendant les semaines antérieures). Le nombre des varioleux entrés dans les hôpitaux civils est également en diminution (26 au lieu de 41). Il semble donc, sans qu'on puisse encore l'affirmer, que l'épidémie de variole qui nous menaçait depuis quelque temps soit en voie de s'éloigner. Les personnes qui se feront revacciner (quelle que soit l'époque de la première vaccination) se mettront pour quelques années à l'abri de la contagion.

La rougeole a causé 7 décès; la scarlatine, 2; la coqueluche, 1; la diphtérie, 10. Tous ces chiffres sont voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile, toujours rare en cette saison, a causé 22 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 25). Comme toujours, presque tous ces décès (19 sur 22) ont lieu dans les arrondissements pauvres de la périphérie.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 127 décès, au lieu de 101 pendant la semaine précédente et au lieu de 145, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 24); bronchite chronique, 29 (au lieu de la moyenne 29); broncho-pneumonie, 45 (au lieu de la moyenne 47); pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 47).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 39 décès, dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, on a attribué 1 décès à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 31 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 58 décès; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 51 personnes; enfin 35 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1901. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LE PROFESSEUR POTAIN. — LES HÉMORRHOÏDES, par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Traitement des cardiopathies chroniques : VIII. Angine de poitrine; traitement de l'accès, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris. — PRATIQUE MÉDICALE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LE PROFESSEUR POTAIN

Il est des hommes dont la mort, même à un âge avancé, semble toujours prématurée et est si cruelle qu'on osait à peine y penser : tel le professeur Potain, dont nous déplorons la perte aujourd'hui, et qui a succombé subitement samedi matin, sans que rien pût faire faire prévoir un si rapide dénouement.

Si, parmi les grandes figures médicales de ce siècle, on avait à choisir un modèle à proposer aux jeunes gens qui débutent dans la profession, nul ne serait plus digne de ce choix que ce pur savant, ce médecin accompli, cet homme de bien que fut Potain. De quelque côté qu'on l'envisage, qu'il s'agisse du médecin d'hôpital, du professeur, du consultant, de l'homme en lui-même, la critique perd ici tous ses droits et on ne trouve qu'à louer et qu'à admirer. Tout à nos regrets, nous ne saurions analyser, en détails, l'œuvre écrite du maître que nous perdons, car, ainsi que le disait fort justement M. Debove dans son bel éloge de Charcot, il faut attendre la patine du temps pour bien juger un homme et surtout son œuvre; mais nous pouvons dès maintenant retracer à grands traits cette vie si dignement remplie, nous pouvons dire ce que fut le travailleur infatigable, le professeur et le praticien si soucieux de tous ses devoirs, si fidèle à sa mission de dévouement et de désintéressement, l'homme privé si bon, si généreux, si entièrement dévoué à ses amis, à ses malades, à ses élèves, à ses confrères.



D'APRÈS UNE PHOTOGRAPHIE D'EUGÈNE PIROU

Né à Saint-Germain-en-Laye le 25 juillet 1825, Potain eut les commencements les plus modestes. Son père, directeur des postes à Saint-Germain, le destinait, comme lui, à l'administration. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à M. Potain lui-même le récit de ses débuts dans la vie : « Mon père, dit-il, appartenait à une lignée qui, de temps immémoriaux, pratiquait la médecine et la chirurgie dans la bonne ville de Saint-Germain et dans la petite ville de Poissy. Je pense bien qu'à l'origine, il doit y avoir eu quelque barbier. Mais je n'ai pu le retrouver. C'était trop loin. Mon père qui, étant l'aîné, aurait dû, suivant la coutume familiale, suivre la carrière paternelle, se laissa rebuter par l'anatomie et, finalement, devint directeur de la Poste aux lettres dans sa ville natale, à Saint-Germain-en-Laye. Il voulait que son fils reprît le métier de son père. Par malheur, les maigres ressources de la famille n'eussent pas suffi aux frais du collège et à ceux qui devaient venir après. Il entreprit donc de faire à lui seul l'éducation de ce fils, et, dévouement prodigieux, pour cela il recommença la sienne. Pendant dix ans, il consacra à cette entreprise tous les loisirs que lui laissaient ses occupations. Chaque jour, le bureau fermé, il me faisait mettre les livres sous le bras et m'emmenait dans la forêt, l'hiver, l'été, par la pluie, par la neige, quelque temps qu'il fît. Là, il me donnait la leçon. Leçons de choses d'abord, puis de grammaire, puis de littérature, puis de tout enfin » (1).

Ses humanités terminées, il vint à Paris pour y passer son baccalauréat. Ce fut pour ce timide une dure épreuve. Il en fut si troublé, qu'il crut tout d'abord qu'il était refusé et il aurait lâché la partie et serait venu prendre sa place au bureau paternel, sans son ami Blondeau qui s'informa, apprit que sa copie avait été oubliée par suite d'une distraction du grand Cousin ; cette copie était bonne et le jeune Potain était reçu. Tel fut le début de sa carrière scientifique et « voilà comment, dit-il, ce brave Blondeau contribua à me faire entrer à l'Institut, car je ne sache pas que l'administration des postes soit une voie qui puisse y conduire aisément ».

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1370.

A partir de ce moment, Potain se mit au travail et ne le quitta plus jusqu'à la veille de sa mort.

Interne des hôpitaux en 1848, avec Lacaze-Duthiers, Axenfeld, Labrie, Tarnier, Charcot, Vulpian, etc., chef de clinique de Bouillaud et docteur en médecine en 1853, médecin des hôpitaux en 1859, agrégé en 1860, il devint, en 1876, professeur de pathologie et bientôt de clinique médicale à la Faculté; membre de l'Académie de médecine, en 1882, il succéda, en 1894, à son ami Charcot, comme membre de l'Institut, où, chose rare et à peu près inconnue, il fut nommé presque à l'unanimité et sans avoir fait les visites traditionnelles. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Potain poursuivit ainsi cette brillante carrière sans qu'aucune de ces places, aucun de ces titres aient jamais été dus à autre chose qu'à son travail, à son mérite. D'une droiture absolue, d'une honorabilité parfaite, jamais il n'a connu l'intrigue, ni l'intérêt. Gloire et fortune lui sont arrivées sans qu'il les ait jamais cherchées, ni sollicitées. Son grand mérite n'avait d'égal que sa grande modestie. Il fuyait le bruit, la réclame avec la même ferveur que d'autres mettent à les chercher. Il accomplissait les plus beaux actes avec la plus exquise simplicité et comme en se cachant.

Lorsque vint l'année terrible, Potain, déjà médecin d'hôpital et professeur agrégé, s'engagea dans les bataillons de marche et alla faire le coup de feu sous les remparts de Paris. C'est à peine si l'on connaît ce détail; je le tiens de son capitaine de la garde nationale, un brave boulanger de la rue de Grenelle, qui, le trouvant dans les rangs de sa compagnie et reconnaissant le grand médecin qui lui avait sauvé la vie, s'avança respectueusement de ce simple garde et lui fit observer qu'il avait tort d'exposer ainsi des jours si précieux pour les autres et qu'il serait mieux à sa place à la tête d'une ambulance. Ce n'était pas l'avis de Potain, ce bon patriote, qui pensait que si les ambulances avaient assez de médecins, la France n'avait pas trop de soldats.

Quelques années plus tard, alors que Potain avait repris sa place à l'hôpital, dans sa chaire, dans la clientèle, on vint lui demander de se rendre à Frohsdorff, auprès du comte de Chambord, très malade. C'était certes un grand honneur, peut-être aussi un grand profit, mais Potain n'hésita pas à refuser tout net, son ami Parrot étant, lui aussi, très malade et ayant besoin, lui aussi, de ses soins.

De pareilles anecdotes fourmillent dans la vie de cet homme, essentiellement bon et généreux, qui ne se lassait jamais de se dévouer et de s'oublier lui-même pour les autres. Que ne pourraient raconter, à ce point de vue, les malades de Necker et de la Charité et tous les malheureux qui ne s'adressaient jamais en vain à lui! Véritable apôtre de la charité, il fut toujours secourable aux petits, mais ce ne fut pas seulement à eux que s'adressaient ses bienfaits. Il y a à Paris et ailleurs bon nombre de confrères qui lui doivent d'avoir pu terminer leurs études.

La conscience de son examen et la sûreté de son diagnostic en faisaient le consultant des consultants et chaque fois qu'un confrère tombait gravement malade, c'était toujours à Potain qu'on demandait conseil. Laissant de côté toute autre occupation, si urgente qu'elle fût, il se rendait immédiatement au chevet du pauvre confrère et c'est alors qu'on pouvait apprécier, non seulement tout ce que le médecin possédait de ressources, mais aussi tout ce que le cœur renfermait de trésors de bonté, de grâce et d'affectueux dévouement. Il faut, comme nous, avoir passé par là pour en apprécier toute la saveur.

Ses amis, et il en avait beaucoup, se plaignaient parfois de ne pas le voir assez dans les réunions, dans les endroits où l'on cause, où l'on se retrouve. Potain avait toujours quelque chose de plus important à faire, mais ses amis avaient un moyen bien simple de le voir et de le voir très à leur aise et aussi longtemps qu'ils le voulaient, c'était de tomber malades.

Parmi les sujets d'étude qu'il affectionna particulièrement viennent en première ligne les maladies du cœur, si bien que les gens du monde, mais eux seuls, en faisaient volontiers un spécialiste de ces maladies. Il suffit de parcourir ses cliniques et surtout de l'avoir suivi dans son service pour se rendre compte qu'il n'est pas un sujet de médecine proprement dite qu'il n'ait abordé, étudié avec ce soin, cette rigueur, cette conscience qu'il apportait dans tout ce qu'il faisait.

Parmi ses travaux, il faut citer sa thèse inaugurale sur les *Bruits vasculaires anormaux qui suivent les hémorragies*, sa thèse d'agrégation sur les lésions des *Ganglions lymphatiques viscéraux*, plusieurs mémoires sur l'*Auscultation du cœur*, d'importants articles dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et surtout le recueil des *Cliniques de la Charité*.

Ce bagage scientifique est bien loin de représenter la somme du travail productif du professeur Potain. C'est par son enseignement surtout qu'il s'est distingué, c'est par les élèves qu'il a instruits, qu'il a formés à son image et qui constituent aujourd'hui l'élite du corps médical, qu'il a su se rendre utile. C'est à cet enseignement clinique qu'il consacra la plus grande partie de son temps, qu'il appliqua ses plus grands efforts, qu'il mit le plus de lui-même.

L'hôpital était son vrai milieu et, ce qui l'y attirait et l'y retenait, ce n'était pas seulement l'intérêt scientifique, l'amour de sa profession, la curiosité clinique, c'était aussi et surtout la conscience d'y être utile, d'y faire le bien de toutes sortes de façons, soit qu'il soulageât les malheureux souffrants, soit qu'il prodiguât sans compter, à ses élèves, les trésors de son savoir, de son érudition, soit, enfin, qu'il pratiquât largement la charité.

Sous une enveloppe peu séduisante, sous une apparence de réserve et même de froideur, Potain cachait un esprit des plus fins et des plus avisés. Trop rarement nous avons eu l'occasion de l'entendre à l'Académie lire quelques rapports qui étaient de purs chefs-d'œuvre de style, de critique et de savoir.

Ses vertus, peut-on dire sans que ce mot fasse sourire les plus sceptiques, étaient telles que les plus jaloux, les plus envieux n'ont même pas tenté d'effleurer seulement cette réputation sans tache. C'était le *vir probus* dans toute l'acception du mot. Faire bien et faire le bien, telle a été sa devise et il a rempli sa tâche jusqu'au bout, sans jamais se départir de cette dignité professionnelle qui, chez lui, atteignait le summum.

Dans ces derniers temps, il eut un jour de tristesse, mais de tristesse bien douce, ce fut quand il dut se séparer de ses chers malades et de ses chers élèves de l'hôpital. Tous, anciens et nouveaux, se sont réunis ce jour-là autour de lui et c'est le cœur serré et les larmes aux yeux que tous assistaient à ce départ, à ce vrai déchirement du bon et vieux maître chez qui les années n'avaient fait qu'accroître la douceur et la bonté. Qu'est-ce aujourd'hui, alors qu'il s'agit du départ définitif, de la séparation éternelle! Nul ne saurait emporter plus de regrets car il fut de ceux qu'on ne rencontre que trop rarement dans la vie.

Dr A. BROCHIN.

LES HÉMORROIDES

Par M. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine.

Ce nom qui, dans le principe, servait à désigner les flux de sang qui s'établissent au niveau de l'anus, a été étendu aux tumeurs qui en proviennent. Mais, il n'est pas moins vrai qu'elles représentent le type le plus parfait des hémorragies névropathiques, exception faite, bien entendu, des dilatations variqueuses et des stases sanguines résultant de la présence d'une ou plusieurs tumeurs développées dans le bassin.

Elles s'observent à peu près uniquement chez les goutteux et les rhumatisants chroniques (herpétiques), gens nerveux disposés tout à la fois aux fluxions sanguines et aussi aux fluxions séreuses.

Exceptionnelles chez les enfants, ces hémorragies se voient parfois chez l'adolescent et se manifestent en général vers la fin de l'accroissement ou plus tard vers l'âge moyen de la vie, et constituent une sorte de déplétion souvent utile, sinon indispensable pour l'accomplissement de la santé. Les climats ne sont pas absolument indifférents à leur production si on tient compte de leur grande fréquence dans certaines contrées, et si l'on en croit Baglivi qui rapporte qu'un de ses amis, pris d'hémorroïdes chaque fois qu'il allait habiter Naples, se rétablissait seulement à son retour à Rome. Dans ces conditions les hémorroïdes se rapprocheraient des crises d'asthme, toujours plus ou moins influencées par le milieu ambiant. D'ailleurs, elles sont essentiellement héréditaires et comme telles sous la dépendance du système nerveux, principal agent des transmissions héréditaires non infectieuses.

La constipation, accusée d'être la cause de ces accidents, n'est la plupart du temps qu'une coïncidence résultant d'un trouble sécrétoire du tube digestif, car elle est également fréquente et opiniâtre chez le goutteux, même lorsqu'il n'est pas hémorroïdaire et inversement; l'équitation, les voyages en voiture et l'usage des purgatifs, etc., sont de simples causes prédisposantes, de telle sorte que c'est dans un désordre du système nerveux qu'il faut chercher la cause réelle des hémorroïdes.

La région anale se fait remarquer chez les hémorroïdaires par la dilatation du plexus veineux et par la présence habituelle de petites tumeurs situées à la fin du rectum, formées par une infilfration de sang extravasé et coagulé dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Ces petites tumeurs, ordinairement arrondies, s'affaisent au fur et à mesure de la transformation et de la résorption du liquide sanguin. Elles ne diffèrent du flux anal que par le siège de l'hémorragie dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. L'excessive sensibilité qui résulte de l'afflux sanguin devient pour l'anus une cause de spasme qui étrangle parfois tout un bourrelet hémorroïdal et aggrave la situation.

Les crises d'hémorroïdes sont en général précédées de phénomènes prodromiques tels que douleurs gravatives obtuses dans la région du sacrum, avec prurit vers les testicules, sensations de constriction et de chaleur à l'anus, ténesme du col de la vessie, tension abdominale. Puis à ces manifestations régionales, qui correspondent à l'hyperémie des capillaires de la fin du rectum, s'ajoutent fréquemment un malaise général, de la céphalée, des vertiges, des coliques et parfois des vomissements, désordres propres à mettre en évidence l'existence de tout autre chose qu'une hyperémie mécanique et purement locale. Ces prodromes n'ont pas toujours la même intensité; ils sont si peu prononcés dans certains cas que le malade n'y fait aucune attention. L'écoulement sanguin, qui n'est pas constant, fait généralement suite à une légère rémission et se compose d'abord d'un mucus sanguinolent, d'une sérosité roussâtre, et s'accompagne parfois de l'extravasation du sang dans le tissu sous-muqueux, formant ainsi de petites tumeurs arrondies et violacées. La membrane muqueuse du pourtour de l'anus est tuméfiée, rouge ou violacée, douloureuse à la pression et très dure lorsqu'elle se trouve étranglée. Ces accidents, qui ne tardent pas à s'améliorer, disparaissent au bout de quelques jours, et ne laissent à leur suite qu'un léger suintement de mucus à peine teinté.

Rarement unique, la crise hémorroïdale se reproduit le plus souvent à des intervalles d'autant plus courts qu'elle est déjà revenue un plus grand nombre de fois. De là des attaques parfois très rapprochées, dont la succession et la multiplication peuvent avoir pour effets des désordres inflammatoires ou gangréneux du côté de l'anus, ou encore une anémie des plus prononcées.

Les hémorroïdes ont une marche intermittente et la plupart du temps une longue durée; elles apparaissent en général entre vingt-cinq et trente ans et finissent entre cinquante et cinquante-cinq ans, époque où les tumeurs hémorroïdales se flétrissent, s'atrophient et se réduisent en une sorte de moignon.

Dans certains cas, les hémorroïdes disparues sont remplacées par des hématuries, des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses et même par des apoplexies cérébrales dont la fréquence, au terme naturel des hémorroïdes, est à noter. Dans d'autres cas, des poussées articulaires bronchiques, cutanées, etc., leur succèdent, et pour ces motifs divers, on a pu considérer avec raison le moment de la suppression de ces accidents comme un véritable âge critique.

Le diagnostic des hémorroïdes repose sur la présence de tumeurs violacées, plus ou moins sèches, faisant saillie à l'extérieur où à l'intérieur de l'orifice anal, sur la tuméfaction de cet orifice, la qualité du sang épanché, et la nature des phénomènes qni précédent ou accompagnent cet épanchement.

Les tumeurs hémorroïdales se reconnaissent à la simple vue ou au toucher; elles sont violacées, molles, élastiques ou blanchâtres, indurées et flétries. Le sang épanché venant de la fin du rectum, et n'ayant subi l'action ni des sucs de l'estomac ni de ceux de l'intestin, conserve sa coloration normale; il est ordinairement rouge noirâtre plus ou moins riche en hématies et se trouve non pas mélangé, mais dépose à la surface des matières intestinales. Ajoutons que le retour plus ou moins fréquent de ces hémorragies est un élément de diagnostic des plus importants.

Accidents supportables tant qu'elles se manifestent avec une intensité modérée, les hémorroïdes ne constituent une affection sérieuse qu'autant que l'écoulement sanguin est abondant et fréquent, que les tumeurs anales sont étranglées par le spasme du sphincter, et qu'il se produit des suppurations ou des gangrènes de la marge de l'anus. Leur suppression artificielle ou spontanée est quelquefois suivie de troubles légers, tels que sueurs locales, étourdissements, épistaxis en général peu sérieux, et parfois de désordres graves (Stahl, F. Hoffemann), comme des hémorragies cérébrales, pulmonaires, gastriques, etc. Nous-même avons été frappé de la fréquence de l'hémorragie cérébrale chez les hémorroïdaires, que celle-ci soit le simple effet d'une artério-sclé-

rose concomitante ou des poussées congestives encéphaliques, analogues à celles de l'anus.

Un flux hémorroïdal, léger, sans tumeur volumineuse, doit être respecté, mais si ce flux devient abondant, il y a lieu de le modérer par des lavements, des applications locales d'eau froide, additionnée ou non de perchlorure de fer. En tout cas il convient de chercher à éviter les accidents qui peuvent le compliquer par un régime alimentaire peu stimulant, par l'entretien de la liberté du ventre, par l'emploi de lavements froids quotidiens et de lavages à la suite des selles, ou même par quelques émissions sanguines locales dans le but de dégorger les vaisseaux. Je n'ai pas fait usage de la quinine dans ces conditions mais les bons effets que j'ai obtenus de ce merveilleux médicament dans la plupart des hémorragies névropathiques, me permet de penser qu'il pourrait avoir de réels avantages chez les hémorroïdaires. Il faut éviter en tout cas une vie par trop sédentaire, l'abus de l'équitation, et en un mot tout ce qui peut contribuer à fluxionner le rectum. Certains malades peu résignés à conserver pendant une grande partie de leur existence ces incommodités, demandent à en être délivrés et de plus il est des complications qui parfois peuvent rendre nécessaire leur ablation, que faut-il faire alors?

Autrefois, Stahl et ses disciples auraient trouvé imprudent de guérir définitivement les hémorroïdes qu'ils considéraient comme un moyen puissant de préservation vis-à-vis de plusieurs maladies. Depuis lors, on a pu se convaincre, que cette manière de voir était exagérée ; même, en ce qui concerne les hémorroïdes indépendantes de toute cause mécanique, de nombreux malades se sont bien trouvés d'une opération. Cependant lorsque les hémorroïdes sont anciennes et en quelque sorte entrées dans l'équilibre des fonctions de l'organisme, il est à redouter que des fluxions sanguines des plus dangereuses ne viennent s'y substituer, et le médecin prudent devra savoir arrêter dans de justes limites l'usage des moyens curatifs et la main de l'opérateur.

Il ne faut pas conclure de là que l'on ne puisse combattre les tumeurs hémorroïdales et les complications qu'elles déterminent, comme les fissures à l'anus, les abcès, etc., et en pratiquer leur ablation partielle ou totale à l'aide de moyens chirurgicaux appropriés.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

VIII

ANGINE DE POITRINE; TRAITEMENT DE L'ACCÈS

Le traitement d'un accès d'angor major est essentiellement symptomatique et répond à l'indication la plus pressante: soulager les douleurs et l'angoisse souvent terrible du malade. Les calmants habituels, tels que la morphine, l'antipyrine, peuvent donc trouver ici un emploi. De plus l'expérience a montré que les substances capables de produire de la vaso-dilatation modifient dans un sens favorable la crise d'angor major. S'il est vrai que cette crise résulte d'un spasme vaso-constricteur des artères coronaires plus moins altérées, ce traitement vaso-dilatateur peut prétendre à l'épithète de pathogénique. Sans nous arrêter à des discussions purement théoriques, il nous suffira de retenir le fait. Calmer la douleur, obtenir une vaso-dilatation rapide sont les deux indications fondamentales du traitement d'un accès d'angor pectoris.

Ces deux indications se trouvent remplies par l'emploi de la morphine, conseillée par Huchard. En effet, à des propriétés analgésiques très puissantes, la morphine joint une action vaso-dilatatrice marquée. Picard (1878) a démontré expérimentalement cette dernière action; il pense qu'il s'agit d'une demi-paralysie des nerfs vaso-constricteurs. On prescrit une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine. Si cela est nécessaire, il ne faut pas craindre de pratiquer deux ou trois injections dans la journée; pourvu qu'on laisse s'ecouler un temps suffisant entre chaque injection.

Le nitrite d'amyle constitue, comme la morphine, un médicament de choix. Une inhalation de quelques gouttes de cette substance versées sur un mouchoir peut dissiper rapidement la douleur et l'angoisse. Le mode d'action du nitrite d'amyle a donné lieu à plusieurs interprétations que Huchard a résumées et critiquées (*Rev. de méd.*, 1883). Tout d'abord, Lauder Brunton, ayant étudié la pression artérielle dans l'angor pectoris, remarque que d'une part, au moment de l'accès, il existe une augmentation de pression due au spasme des vaisseaux périphériques; et que d'autre part, l'abaissement de la pression coïncide avec la disparition de la douleur. Le nitrite d'amyle agirait donc en diminuant la pression artérielle. L'on peut objecter, avec Huchard, qu'il n'est pas prouvé que la douleur angineuse relève d'un excès de tension artérielle. Johnson (1877) adopte une interprétation tout opposée. Pour lui le nitrite d'amyle n'est qu'un antinévralgique puissant, et, supprimant la douleur, il diminue du même coup l'excès de tension vasculaire. En effet cet excès de tension est sous la dépendance directe de la douleur, de même que l'excitation du bout central d'un nerf sensitif détermine, par voie réflexe, une augmentation de la pression artérielle. Cette action antinévralgique est loin d'être démontrée. Aussi peut-on se ranger à l'opinion de Huchard, de Barié, pour qui l'action du nitrite d'amyle est double. En premier lieu il active la circulation du myocarde, en diminuant le spasme des artères coronaires plus ou moins oblitérées; en second lieu, il augmente l'énergie cardiaque en déterminant, par abaissement de la pression artérielle, une diminution des résistances périphériques que le cœur doit vaincre.

Quoi qu'il en soit, l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle produit des effets très rapides. « En quelques secondes, dit Barié, la face rougit, les yeux s'injectent et les oreilles sont le siège de bourdonnements; en même temps les battements cardiaques deviennent plus forts, leur fréquence augmente, et l'angoisse précordiale se calme. » Mais cette action rapide est transitoire, et, dans les accès prolongés, il devient nécessaire de répéter deux ou trois fois les inhalations. Le nitrite d'amyle se renferme dans de petites ampoules de verre, scellées à la lampe, que les malades peuvent conserver sur eux; au moment de l'accès il suffit de briser l'extrémité de cette ampoule et de verser, pour l'inhalation, IV ou V gouttes sur un mouchoir. Plus tard, on peut porter la dose jusqu'à VIII, X, XII gouttes.

La morphine et le nitrite d'amyle sont les véritables calmants de l'angoisse angineuse, et tous s'accordent sur ce point. Cependant il existe un certain nombre d'autres médications intéressantes, soit par les résultats obtenus, soit par l'autorité de ceux qui les ont défendues.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1584.

Dans les accès de longue durée, Huchard conseille de joindre au nitrite d'amyle la trinitrine. Cette substance est un vaso-dilatateur qui, moins rapide que le nitrite d'amyle, a sur lui l'avantage d'exercer plus longtemps son action. Au cours d'un accès très intense d'angor major, les injections hypodermiques sont préférables : Huchard emploie une solution de 10 grammes d'eau distillée simple ou d'eau de laurier cerise et de XXX ou XL gouttes de la solution alcoolique de trinitrine au centième; il injecte un quart de seringue de Pravaz deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

L'antipyrine, l'exalgine ont été préconisées par Dujardin-Baumetz. Il employait l'exalgine à la dose de 25 centigrammes par jour, dans une potion, et l'antipyrine en injection hypodermique (0gr50 pour 1 gramme d'eau distillée). Malgré les résultats satisfaisants publiés par Dujardin-Baumetz et Desnos, cet exemple a été peu suivi. G. Sée a beaucoup vanté la pyridine (1893), qui s'emploie à la manière du nitrite d'amyle. Le même auteur a également conseillé le chanvre indien sous le mode suivant : au début ou au cours même de l'accès, le malade fume une cigarette contenant 25 centigrammes de cannabis indica en poudre, roulée avec une feuille de labiée légèrement pulvérisée (thym, romarin, menthe).

L'électrisation a compté de nombreux défenseurs. Pour la première fois, Duchenne (de Boulogne), en 1853, se servait des courants intermittents chez un homme de cinquante ans. L'observation est curieuse. L'application du pinceau de faradisation sur la région précordiale provoqua une douleur instantanée et atroce, mais, dit Duchenne «, à ma grande surprise, avec la douleur artificielle que j'avais provoquée, avait aussi complètement disparu la douleur de l'angine..., en un mot le malade se trouvait tout à coup dans son état normal. » Malgré les cas publiés par Boullet en 1869, la faradisation est complètement abandonnée. En effet, l'excitation électrique peut, à elle seule, produire des syncopes et des accès angineux très graves.

Par contre la galvanisation a donné quelques bons résultats entre les mains d'Eulenburg (de Berlin), qui place le pôle positif au sternum, le pôle négatif au cou le long du grand sympathique; de Huebner, qui galvanise également le sympathique et le plexus cardiaque; de Fluebuch et de Lowenfeld, qui électrisent seulement la région cervicale. Les cas publiés par Armaingaud (de Bordeaux), Dujardin-Baumetz et Peter, Maurice Raynaud, ont surtout trait à des pseudo-angines névralgiques. Dans le traité d'auscultation médiate, Laënnec recommande l'aimantation et précise son mode d'emploi. Cette méthode n'a plus qu'un intérêt historique, et il est surtout permis de se demander si les cas favorables de Laënnec n'étaient pas des angines névropathiques.

Enfin disons un dernier mot des anesthésiques locaux appliqués au niveau de la région précordiale; ils peuvent produire un soulagement réel, mais transitoire; on a surtout employé les pulvérisations d'éther.

PRATIQUE MÉDICALE

L'extrait de malt dans les dyspepsies.

Les recherches les plus récentes ont montré que les dyspepsies forment aujourd'hui une classe de maladies beaucoup plus complexes qu'on ne le supposait autrefois. Si l'on songe au cortège si nombreux des symptômes pathologiques et des états morbides secondaires qui accompagnent la dyspepsie chez la jeune fille, le vieillard, les surmenés, les névropathes, etc., on ne sera pas surpris de l'importance que MM. Bouchard, Robin, Mathieu, etc., attachent à la question.

Dans les dypepsies d'origine amylacée, le malt concentré agit puissamment : « Il est éminemment propre à la digestibilité des aliments féculents, dit le professeur Bouchardat. Il réussit dans les variétés de dyspepsie résultant de la vie sédentaire, de l'anémie, de la chlorose, dans les formes flatulentes et catarrhales, dans les cas de vertige *a stomaco læso.* »

Grâce à la dextrine qu'il contient, ainsi que l'ont montré Schiff et Ch. Richet, l'extrait de malt a en outre une action pepsinogène puissante, il favorise et active la sécrétion du suc gastrique. Il convient donc à toutes les dyspepsies.

Au surplus, l'extrait de malt n'est pas seulement l'eupeptique par excellence, c'est encore un reconstituant d'une rare activité; ce n'est pas simplement un aliment, c'est plus et mieux, c'est un médicament-aliment.

En effet, il présente tous les éléments que doit présenter le médicament-aliment par excellence : des ferments digestifs (amylase, dextrinase, maltase), des peptones, de la dextrine, des phosphates organiques, des nucléo-albumines. Cette association que Déjardin est arrivé à fixer avec une précision mathématique explique l'activité surprenante de l'extrait de malt français diastasé et phosphaté.

Et de fait le malt Déjardin seul ou associé à la bière de santé de Déjardin constitue un important facteur du développement organique, c'est le remède des arthritiques et des scrofuleux, l'aliment des faibles, des délicats et des épuisés. Peu riche en alcool, il peut être prescrit même aux enfants et provoque chez les souffreteux cette impulsion de bon aloi, non congestive, qui ne dépasse jamais les limites physiologiques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique [3e éd. (1)], par MM. Cornil et Ranvier, avec la collaboration de MM. Brault et Letulle.

Il s'agit plutôt d'un livre nouveau que d'une réédition, tant le plan général, la forme et le fond de l'ouvrage ont subi de profondes modifications.

Aux deux directeurs primitifs se sont adjoints MM. Brault et Letulle, et ces quatre maîtres ont en outre fait appel aux plus distingués de leurs élèves pour leur distribuer la besogne d'après leur compétence et leurs travaux de prédilection; ce sont MM. Gombault, Legry, Darier, Toupet, Morax, Durante, Philippe, Marie, Milian, Châtellier, Critzmann, Hallé, Jolly, Cazin.

Après quelques généralités sur les cellules et tissus normaux par M. Ranvier, M. Cornil étudie les altérations nutritives des cellules et leurs dégénérescences.

M. Cornil décrit ensuite l'inflammation et la cicatrisation, et nous résume ses intéressants travaux antérieurs sur la phlébite, sur les endocardites, sur la pleurésie traumatique, sur la ligature des artères, sur les sutures intestinales.

La cicatrisation des plaies expérimentales de la vésicule biliaire, de l'uretère, des cornes utérines, du foie, par Cornil et Carnot, est étudiée à l'aide de superbes figures.

Les inflammations chroniques nodulaires de cause infectieuse sont exposées avec de magnifiques dessins en couleur.

L'étude des tumeurs a été réservée à M. Brault dont nous n'avons pas à rappeler les intéressants travaux sur la question, en particulier ceux relatifs à la glycogenèse dans les tumeurs, et à l'origine non bactérienne du cancer.

L'auteur signale les travaux récents de Bard, Borrel,

(1) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

Cornil, Soudakewitch, Malassez, Podwysoswki, Fabre-Domergue sur le parasitisme des tumeurs, et conclut que le parasitisme n'est pas encore établi sur des bases solides.

M. Bezançon consacre une centaine de pages à l'étude des bactéries pathogènes. Tous les microbes connus sont étudiés aux points de vue suivants : morphologie, cultures, inoculations aux animaux, manifestations pathologiques, sérothérapie.

Les lésions des os et des articulations ont été étudiées très soigneusement par M. Cazin, avec la double compétence de l'histologiste et du chirurgien. M. Legry a fait la description des lésions de l'achondrophasie.

Le volume se termine par l'étude des altérations du tissu conjonctif et des sérums par M. Cornil.

Ce volume de 900 pages est édité avec un soin particulier, il contient plus de 300 figures dont un grand nombre sont en couleur; la plupart de ces figures n'existaient pas dans l'édition précédente. Ce bel ouvrage fait le plus grand honneur à ses directeurs; il est digne de l'École française.

Dr H. CHAPUT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 JANVIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 14 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Ch. Richet, Rémy et André.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Segond, Poirier et Varnier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delens, Reclus et Lejars; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Launois et Méry; — (2e série) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 15 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Rémy, Gley et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Schwartz, Albarran et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Quénu et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Chauffard et Dupré; — (2e série) : MM. Raymond, Charrin et Vaquez; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 16 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Broca (Aug.), Poirier et Legueu.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Reynier, Retterer et Desgrez; — M. Hanriot, suppléant.

JEUDI 17 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Guyon, Campenon et Thiéry.

2e (oral, 1re partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Richelot, Launois et Faure.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *École pratique, salle n° 4* : MM. Le Dentu, Budin et Poirier.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Widal et Thiroloix; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 18 JANVIER, à une heure. — 1er (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Poirier, Delbet et Sébileau; — M. Tessier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Reclus, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Wurtz; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

SAMEDI 19 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Chauffard, Letulle et Roger.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Gilbert et Vaquez; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Schwartz, Quénu et Hartmann; — (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Marfan; — Hallopeau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Wallich, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

616. M. RACHID. Étude sur la variation du chlore dans l'organisme. — 617. M. LE FALHER. Les milieux de culture du gonocoque. — 618. M. SANDOZ. Étude sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique dans la tuberculose pulmonaire chronique. — 619. M. BALABAN. La suralimentation dans la fièvre typhoïde chez les enfants. — 620. M. OSSOVETSKY. Les nouveaux dérivés de la morphine : héroipéronine, dionine. — 621. M. DESVAUX. De la procidence du cordon et de ses rapports avec le rétrécissement. — 622. M. DAVET. De la dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus. — 623. M. PRUDHOMME. Fractures et enfoncements du crâne chez le fœtus au cours de l'accouchement. — 624. M. LÉVY-VALENCY. De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques. (Étude clinique, statistique et pronostique.) — 625. M. BLOCH. De la conduite à tenir dans les cas de dystocie pelvienne d'origine rachitique. — 626. M. HERRENSCHMIDT. De la streptococcie péritonéale par apport vasculaire. — 627. M. CASSUTO. Les abcès du foie d'origine typhique. — 628. M. CASTAIGNE. Épreuve du bleu de méthylène et perméabilité rénale. — 629. M. SURTOUQUES. Étude sur les modifications de l'œil et la détermination de la date de la mort. — 630. Mlle GOROVIST. De la tuberculose génitale chez la femme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mutations dans les hôpitaux de Lyon. — Par suite du départ de MM. Teissier et Bouveret, MM. Mouisset et Roque sont entrés à l'Hôtel-Dieu; MM. Lyonnet et Courmont ont passé à l'hôpital Saint-Pothin; MM. Chatin et Mollard entrent à l'hôpital de la Croix-Rousse; M. Bret est entré comme titulaire au Perron.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — M. Victor Augagneur, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Caussade (de Saint-Médard de Guizières) et Vidal (de Saint-Gervais); Roques, médecin principal des colonies, au Sénégal; Mille et Audibert, médecins de première classe des colonies, au Sénégal; Roche, médecin de deuxième classe au Sénégal; Carpot et Sené, à Saint-Louis (Sénégal); Mme Bouveret, en religion sœur Germaine, supérieure des sœurs de Saint-Joseph-de-Cluny, à Saint-Louis (Sénégal).

— Par décrets, en date du 31 décembre 1900, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes ci-après désignées :

Au grade de commandeur : M. le docteur Girod, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Carrade (de Lescoul); Lafont, de Saint-Sébastien (Creuse); Lagardère (de Castelnau-d'Auzan); Tartière, médecin-major de première classe, à Lyon.

Guerre. — M. le médecin aide-major de première classe Rivet, du 1er régiment de cuirassiers, a été affecté pour ordre au service géographique de l'armée (mission géodésique militaire de l'Équateur).

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Poret, du cadre de Rochefort, est désigné pour aller servir sur le *Styx* (division navale en Cochinchine).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, par le docteur J.-L. VALENCY, moniteur à la clinique d'accouchement de la Faculté. Un vol. in-8° de 150 p. avec fig. et tableaux dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 10 JANVIER 1901. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AMPUTATION OSTÉO-PLASTIQUE FÉMORO-ROTULIENNE DE GRITTI AVEC SUTURE MÉTALLIQUE DE DEUX OS; TROIS CAS PERSONNELS GUÉRISON; MARCHE SUR LE BOUT DU MOIGNON (*4 fig.*), par M. SZCZYPIORSKI, lauréat de la Faculté de médecine de Paris et de l'Académie de médecine. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE PRATIQUE. Du réchauffement des nouveau-nés débiles. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

AMPUTATION OSTÉO-PLASTIQUE FÉMORO-ROTULIENNE DE GRITTI AVEC SUTURE MÉTALLIQUE DE DEUX OS

TROIS CAS PERSONNELS. GUÉRISON. MARCHE SUR LE BOUT DU MOIGNON

Par M. SZCZYPIORSKI [de Mont-Saint-Martin, près Longwy (1)],
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris
et de l'Académie de médecine.

OBSERVATION I. — *Broiement du pied et de la jambe gauches. Amputation de la jambe au lieu d'élection suivie de gangrène totale du moignon. Amputation de Gritti. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Joseph D..., âgé de vingt-quatre ans, de tempérament lymphatico-nerveux, ouvrier aux usines métallurgiques, a eu, le 1er mai 1896, le pied et la partie inférieure de la jambe gauches broyés par une masse lourde d'acier.

Etant donné la gangrène des parties atteintes, l'amputation de la jambe fut décidée et exécutée, trois jours après l'accident, au lieu d'élection, par la méthode circulaire. Par suite de la vitalité précaire des tissus et aussi sans doute du mauvais état général du blessé, le moignon fut frappé de gangrène en totalité.

Complètement aseptique au début, l'élimination des parties mortifiées s'est accompagnée vers la fin d'une légère suppuration.

Le 15 juin suivant, c'est-à-dire un mois et demi après l'intervention, toutes les parties gangrenées étaient tombées. En arrière la perte de substance s'étendait jusqu'au-dessus du creux poplité. En avant la gangrène n'a épargné qu'un petit lambeau de peau ne recouvrant même pas complètement le tronçon restant du tibia.

Dans ces conditions, la seule ressource apparemment était l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. On ne pouvait évidemment songer à la désarticulation du genou, car jamais, le lambeau une fois taillé, on ne serait parvenu à recouvrir les condyles fémoraux.

Toutefois l'amputation de la cuisse me semblait devoir entraîner en l'espèce une mutilation par trop accentuée et un peu en disproportion avec les lésions existantes.

Je lui ai préféré l'amputation de Gritti, prêt à m'écarter pour l'incision tégumentaire du procédé conseillé par le professeur Farabeuf dans son manuel opératoire (1).

L'opération fut pratiquée le 22 juin 1896 avec l'assistance de M. Coliez père. Chloroforme. Bande d'Esmarch. J'ai conservé naturellement toute la peau préservée de la gangrène en en régularisant légèrement les contours. J'obtenais de la sorte un lambeau irrégulier, descendant en avant à deux petits travers de doigt de la pointe de la rotule, remontant en arrière à un travers de doigt au-dessus du creux poplité, plus long et plus large à la face interne du genou, dont il recouvrait le condyle et une portion du tibia, beaucoup plus court et plus étroit à sa face externe où il laissait à découvert une portion du condyle correspondant.

Après la désarticulation du tronçon tibial en grande partie dénudé par la gangrène, il fut d'abord procédé au sciage de la rotule à ras de sa surface cartilagineuse. Ce temps de l'opération fut exécuté selon le précepte de M. Farabeuf que je cite textuellement :

« Après avoir renversé la rotule devant la cuisse, le cartilage en l'air, on embrasse ses angles latéraux dans les mors du davier (du grand davier Farabeuf) couché à plat et suffisamment enfoncé dans les parties molles sous-jacentes pour laisser excéder le plateau cartilagineux que la scie doit abraser sans rencontrer le fer de l'instrument fixateur (2). »

Comme j'étais décidé à faire la suture métallique de la rotule au fémur, après leur avivement, j'ai profité de la position donnée à la rotule pour y creuser immédiatement un canal devant recevoir le fil d'argent. Ce canal a été pratiqué très aisément au moyen du perforateur-drille de M. Lejars dont je me sers constamment pour les sutures osseuses. Le canal suivait l'axe transversal de l'os à 3 millimètres environ de sa surface de section. Le fémur ne fut scié qu'en second lieu, précisément pour servir d'abord d'appui à la rotule lors de sa section et de sa perforation.

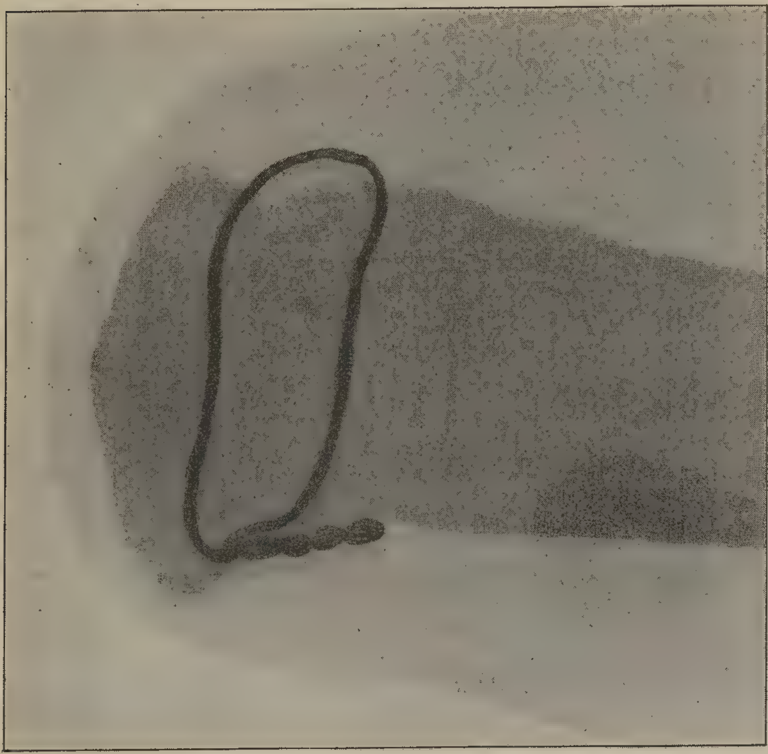
C'est très au-dessus des condyles, parallèlement à la surface articulaire, que le fémur fut scié. Toutefois la scie a tranché l'os encore dans sa portion spongieuse sans ouvrir le canal médullaire. Ensuite fut exécutée la perforation du fémur dans la même direction que celle de la rotule.

Dans le trajet ainsi creusé est introduit un long fil d'argent de 1 millimètre de diamètre.

Avant de compléter la suture osseuse, je lie l'artère et la veine poplitées, résèque les nerfs, et après avoir fait enlever

(1) Cette note a été l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie, lu par M. le professeur agrégé Lejars, dans la séance du 14 novembre 1900.

(1) *Précis de manuel opératoire*, 1885, p. 593-4.
(2) Loc. cit.



Obs. I. — *Fig. 1.* — Moignon vu de face.

[illegible] rch, je parachève très minutieusement l'hémostase. Je reviens alors, mais alors seulement, à ma suture osseuse.

Le chef interne du fil fémoral est introduit dans le trajet rotulien par son orifice interne et ramené au dehors par l'orifice externe. A ce moment la rotule est exactement adaptée au fémur, tandis que le fil est vigoureusement tendu pour parfaire l'adaptation des deux os, et tordu finalement du côté externe et recourbé contre l'os.

Il y avait suffisamment de peau pour coiffer le moignon, et la ligne des sutures cutanées se trouvait placée tout à fait en arrière, en empiétant un peu obliquement sur la face postérieure de la cuisse.

Deux drains. Pansement iodoformé ouaté compressif.

La guérison fut obtenue par première intention, sans incidents, et deux mois après l'opération le blessé quittait l'hôpital de l'usine. Son moignon était régulier, indolent, bien matelassé ; la cicatrice très souple avait remonté à la face postérieure de la cuisse.

Une jambe artificielle, système Beaufort, pliant au genou, *avec plateau terminal*, fut bien supportée, et le malade peut marcher dorénavant sans encombres sur le bout de son moignon.

Il a été revu et radiographié en septembre 1899, c'est-à-dire *trois ans et deux mois après l'opération*.

L'opéré s'appuie sur le bout de son moignon, légèrement atrophié dans son ensemble, mais à peau non altérée et souple.

La radiographie (fig. 1) représente son moignon vu de face.

On peut facilement se rendre compte, en examinant cette épreuve, que la rotule est bien et régulièrement soudée au fémur par un cal osseux et que le fil d'argent y est intact.

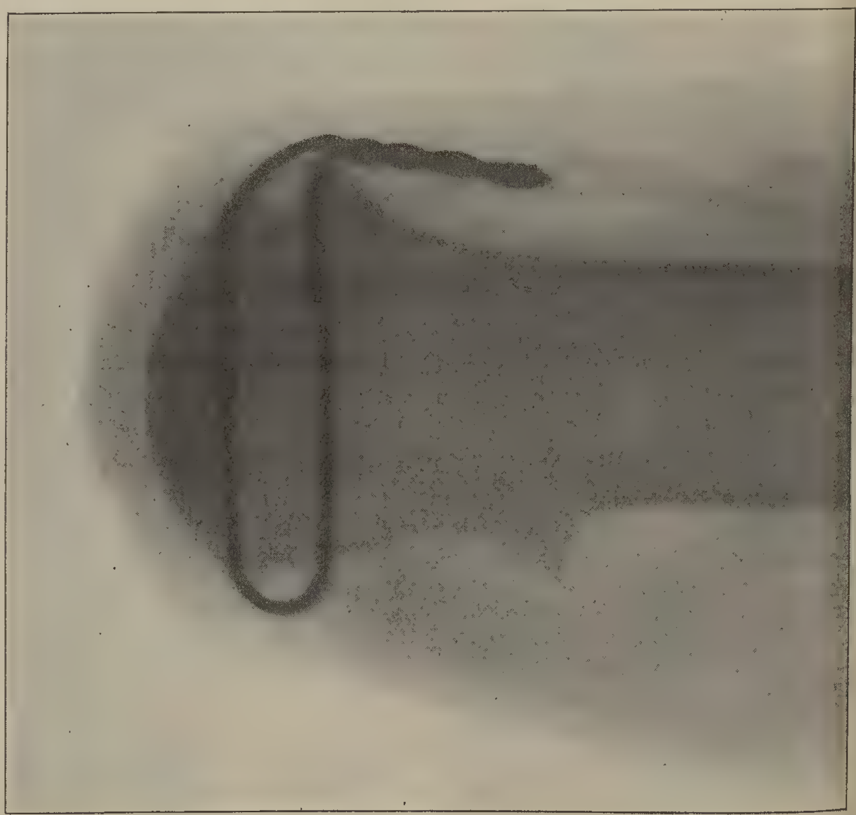
Obs. II. — *Broiement de la jambe gauche. Hémorragie par rupture de l'artère tibiale antérieure. Ligature de l'artère. Echec de la tentative de conservation du membre. Amputation de Gritti. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Ferdinand S..., âgé de dix-sept ans, de tempérament éminemment lymphatique, occupé dans les usines métallurgiques, a eu, le 14 janvier 1898, la jambe gauche broyée par la roue d'un wagonnet chargé de fonte. Il s'est agi d'une fracture ouverte multifragmentaire au tiers supérieur du tibia gauche avec déchirures musculaires, issue de plusieurs esquilles osseuses volumineuses, décollement et meurtrissures de la peau, hémorragie abondante.

Après le lavage à l'eau bouillie chaude et à l'eau au sublimé, embaumement du membre (1).

Le lendemain le pansement est traversé par le sang. On va à la recherche de la source de l'hémorragie, et l'on trouve, non sans peine, une déchirure de l'artère tibiale antérieure. Celle-ci est liée. Nouveau lavage au sublimé à 1 p. 1000. Embaumement dans l'intention bien arrêtée de conserver le membre malgré les dégâts.

Les jours suivants l'hémorragie ne se reproduit plus, mais le blessé manifeste quelques signes et symptômes d'empoisonnement par le sublimé : vomissements, diarrhée

(1) Cet embaumement a été fait selon les préceptes décrits dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale* par Forgue et Reclus (1892, t. I, p. 456). Dans mon cas, pour bourrer le foyer traumatique, j'ai employé la gaze stérilisée imprégnée copieusement de pommade aristolée à 5 p. 100.



Obs. II. — *Fig. 2.* — Moignon vu de face.

avec épreintes douloureuses, soif vive, léger subdelirium. Tous ces phénomènes du reste s'amendent rapidement.

Le 22 janvier, la peau et l'aponévrose se gangrènent sur une telle étendue que la possibilité de la conservation du membre ne se pose plus.

Vers le 26 janvier, formation d'un phlegmon suppuré dans le creux poplité. Large incision. *Irrigation continue* à l'eau phéniquée à 10 p. 1000.

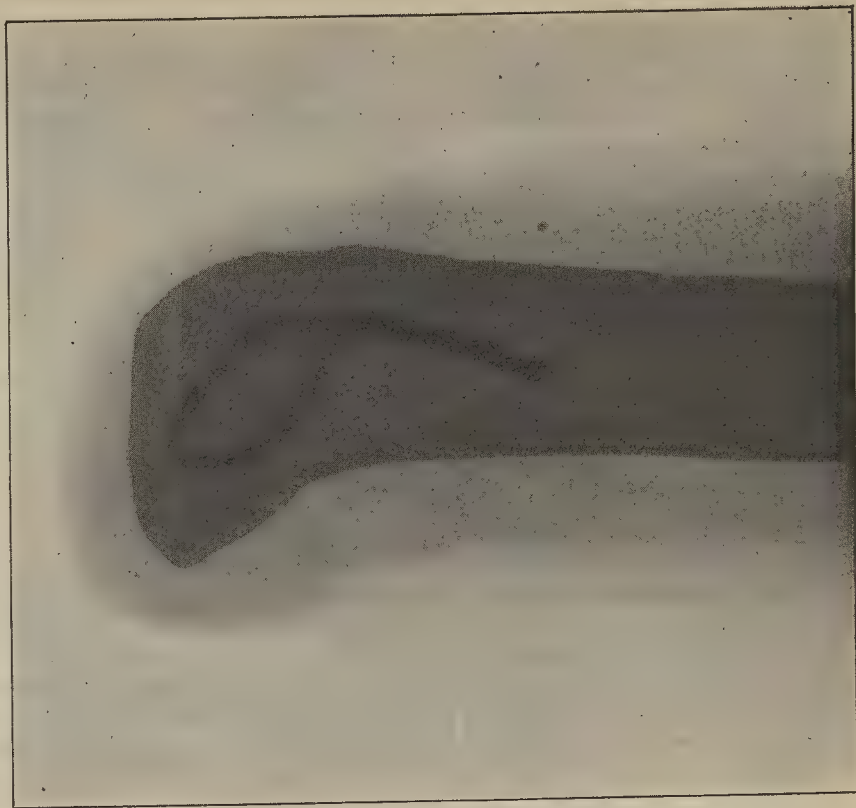
Le 8 février, la suppuration est presque tarie.

A quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, la peau est gangrénée.

Il en reste cependant suffisamment pour tenter l'amputation de Gritti, il n'en reste pas assez pour conduire à bien la désarticulation du genou.

Donc, le 8 février 1898, il est procédé à l'amputation de Gritti, avec l'assistance du docteur Hagelstein. Le fémur a été scié immédiatement au-dessus des condyles. Le canal médullaire n'est pas ouvert. La rotule et le fémur sciés sont suturés comme dans l'observation précédente.

Le 2 avril, la cicatrisation du moignon est achevée, et le malade peut quitter l'hôpital.



Obs. II. — *Fig. 3.* — Moignon vu de profil.

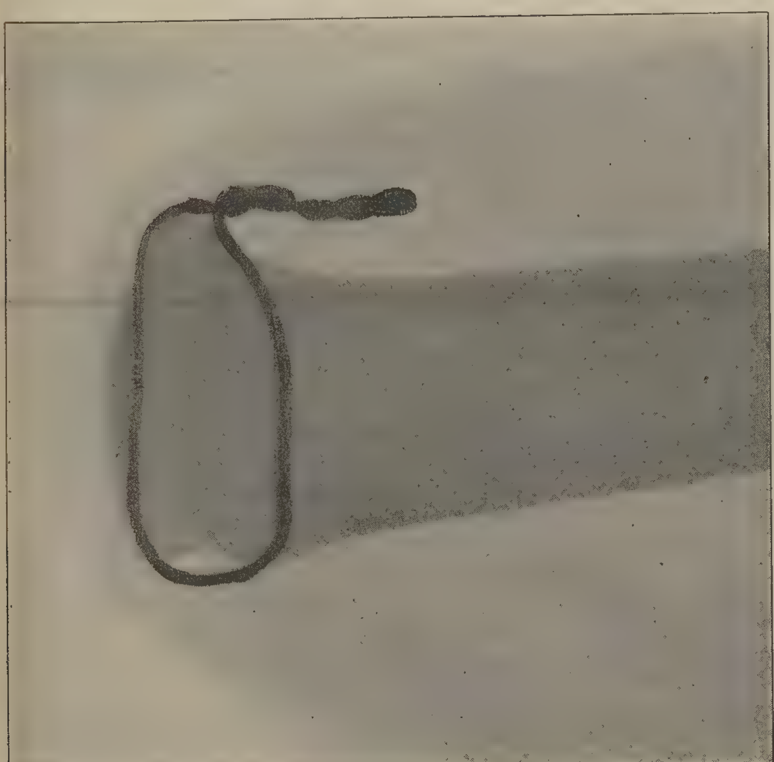
La cicatrisation a été retardée par une légère suppuration périphérique. La cicatrice est transversale, indolente, franchement postérieure. Le moignon un peu atrophié.

On procure au blessé une jambe artificielle de Beaufort, pliant au genou, *avec plateau terminal* pour le bout du moignon sur lequel le blessé s'appuie en marchant.

L'opéré a été revu et radiographié en février 1900, c'est-à-dire *deux ans après l'opération*. Son moignon est peu charnu, mais couvert d'une peau souple ; la bourse prérotulienne légèrement hypertrophiée. La marche s'effectue sans la moindre gêne et toujours par le bout du moignon.

La radiographie (fig. 2) montre le moignon vu de face.

La radiographie (fig. 3) représente le même moignon vu de profil. On y remarque la coaptation et la soudure parfaites de la rotule et du fémur et le parallélisme absolu de la portion fémorale et de la portion rotulienne du fil d'argent.



Obs. III. — *Fig. 4.* — Moignon vu de face.

Obs. III. — *Détachement complet de la jambe gauche au niveau de son tiers supérieur. Amputation de Gritti. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Arthur H..., âgé de vingt-trois ans, de tempérament lymphatico-sanguin, mineur, a eu, le 23 juin 1898, la jambe gauche complètement détachée au niveau de son tiers supérieur par le passage d'un wagon chargé de 11 tonnes de minerai de fer. Le lambeau de peau du côté du genou était déchiqueté, meurtri, décollé, à peine suffisant pour une amputation de Gritti.

Le lendemain, néanmoins, j'ai procédé à cette opération, avec l'assistance de M. Coliez père. Comme je manquais de peau saine du côté du creux poplité, j'ai dû scier le fémur très loin des condyles, à 3 ou 4 centimètres au delà, et en plein dans la diaphyse. Le canal médullaire fut ouvert.

L'os fut d'une dureté toute particulière, ce qui en a rendu le forage excessivement pénible. Suture métallique.

La ligne des sutures cutanées a été postéro-terminale, transversale, légèrement arrondie.

La cicatrisation fut obtenue par première intention, tout à fait régulière et très rapide.

Le 11 juillet, elle fut complète. Vers le 5 septembre, issue aseptique d'un fil de soie.

Le moignon légèrement atrophié, muni d'une jambe artificielle de Beaufort *avec appui terminal*, fonctionne très bien et travaille par son bout. La cicatrice est franchement postérieure, grâce à la rétraction cutanée, souple, indolente.

Le blessé a été revu et radiographié en septembre 1899 (1), c'est-à-dire *un an et deux mois après l'opération*. Le résultat se maintient parfait aux points de vue anatomique et fonctionnel.

La radiographie (fig. 4) représente le moignon de l'observation III, vu de face. Soudure des os parfaite, fil d'argent intact.

Le trait caractéristique de mes cas les faisant différer de tous les autres cas publiés, réside dans le mode de la suture de la rotule au fémur, imaginée pour la circonstance.

On peut, il est vrai, se passer à la rigueur de toute suture. En effet, nombreux sont les cas où cette pratique avait donné de fort beaux résultats.

Mieux vaut, cependant, ne rien laisser au hasard et procéder à la suture osseuse. Celle-ci peut être périphérique ou bien interstitielle.

La suture périphérique, autrement dit périosto-périostée, fixe les deux os au moyen des fils de soie ou de catgut placés sur les côtés et en arrière. La suture interstitielle un peu plus compliquée, mais infiniment plus sûre et efficace, peut se faire de deux façons : soit par l'enclouage, soit par l'encerclage.

L'enclouage consiste à fixer la rotule au fémur au moyen de deux ou trois clous métalliques inoxydables ou mieux de chevilles en ivoire.

Je donne toutefois la préférence à l'encerclage, car il s'oppose d'une manière absolue à tout déplacement de la rotule et assure d'emblée le contact parfait des deux os. Je l'ai employé dans mes trois cas. La façon d'y procéder est décrite dans ma première observation.

Mes observations s'ajoutent à tant d'autres pour témoigner en faveur de l'excellence de l'opération de Gritti.

Son avantage capital est de permettre la marche sur le bout du moignon; son avantage secondaire, non moins appréciable, est, en conservant le maximum de squelette, de rendre le moignon dans son rôle de levier particulièrement puissant. Elle laisse bien loin derrière elle l'amputation de Carden ou sus-condylienne, et l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, auxquelles du reste elle doit être préférée toutes les fois que les téguments s'y prêtent.

Elle peut même, dans certaines circonstances, rares, il est vrai, se trouver substituée à la simple désarticulation du genou, lorsque le malade est obligé de cacher son infirmité au moyen d'une jambe artificielle pliant au genou. Il est évident qu'à la suite de la désarticulation du genou, le moignon, muni d'un appareil prothétique flexible au genou, dépasse de beaucoup le genou sain dans la position assise.

Cette disposition fort disgracieuse est évitée dans l'amputation de Gritti, qui sacrifie les condyles et raccourcit la cuisse à peu près d'autant.

Quoique vieille déjà de quarante-trois ans et fort méritante, l'opération de Gritti n'a pas pu cependant obtenir le droit de cité, en France. Elle y fut fort malmenée et dédaignée, à l'encontre de l'engouement assez général avec lequel on l'avait accueillie à l'étranger, en Allemagne et en Angleterre surtout. En France, elle ne constitue encore qu'une curiosité, à en juger par le petit nombre des cas publiés :

Notta [1882 (1)]	1 cas.
Monod [1888 (2)]	2 —
Jaboulay [1892 (3)]	1 —
Le Dentu [1894 (4)]	2 —
Tuffier [1894 (5)]	1 —
Rioblanc [1895 (6)]	1 —
Poirier (7)	1 —
Szczypiorski [1900 (8)]	3 —

Au total, douze cas.

L'article de Rioblanc déjà cité est le seul travail d'ensemble paru en France sur ce sujet. C'est presque une petite monographie concise et claire, où l'auteur se déclare partisan convaincu de l'opération de Gritti en la réhabilitant éloquemment de tous les griefs immérités qu'on avait formulés contre elle autant en France qu'à l'étranger.

Je ne puis qu'applaudir à sa chaleureuse plaidoirie, en la renforçant par la publication de mes cas personnels entièrement favorables à la méthode de Gritti.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — **1857-1880.** — GRITTI (Rocco), 1857. *Dell'amputazione del femore al terza inferiore e della disarticulazione del ginocchio. Valore relativo di cadauna, coll'indicazione di un nuovo metodo denominato amputazione del femore ai condili con lambo patellare* Milano, De Cristoforis, 1857, 30 p., 1 pl. [P., v, 417]. — GRITTI. *Ann. univ. di med.*, Milano, 1857, CLXI. — SCHUH. Ueber die Amputation nach Gritti, *Wien. med. Halle* Wien 1863, IV, 451. — SCHUH. *Wien. med. Woch.*, 1864, XIV, 1-4. — MADER (J). Ueber die Amputationsmethode von Gritti, *Wien. med. Woch.*, 1864, XIV, 685. — MADER (J). *Wien. med. Woch.*, 1864, XIV, 668. — SCHOLZ (W.). Zur Amputation nach Gritti, *Allg. mil. ärztl. Ztg.*, Wien, 1864, 121. — SCHOLZ (W.). *Allg. mil. ärztl. Ztg.*, Wien, 1864, 113. — WODARSKII (G). Operatsia Gritti, *Med. Vestnik. St.-Petersb.*, 1865, V, 342 et 355. — MIDDELDORPF. Ein Fall von Gritti'scher Operation, *Wien. med. Woch.*, 1865, XV, 786 et 801. — KITTEL (A.). De amputatione in tertia femoris parte a Gritti proposita, *Regimonti Pr.*, 1866. — SIMON (G.). Amputation de Gritti. *Deut. Klinik.* Berl., 1866, XVIII, 306. — WAHL (E. von). Zur Casuistik der Gritti'schen Operation. *St.-Petersb. med. Ztschr.*, 1866, XI, 119-122. — MELCHIORI (G.). Casi di amputazione col metodo del dott. Rocco Gritti, *Ann. univ. di med.*, Milano 1867, CC, 368-380. — DORFFMEISTER (A). *Zur Kritik der Gritti'schen Operation*, Würzburg, 1867. — SZUMANOWSKI. *Voyenno-med. J. St-Petersb.*, 1868, III, pt. 2, 1 et 253. — HOFMOKL. Komplizirter Bruch des rechten Unterschenkels; Amputation nach Gritti; Tod durch Pyraemie, *Wien. med. Presse*, 1868, IX, 746-749. — ADELMANN. Eine Gritti'sche Amputation des rechten Oberschenkels, *St-Petersb. med. Ztschr.*, 1868, XV, 125-127. — GRITTI (R.). Exposition et démonstration d'une nouvelle méthode

(1) Toutes les radiographies ont été exécutées dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu des Aciéries de Longwy.

(1) *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1882, n. s. VIII, 387-389.

(2) Soc. de chir., 13 juin 1888.

(3) Cité par Rioblanc.

(4) *Bull. de la Soc. de chir*, Paris 1894, p. 451.

(5) *Ibid.*, Paris 1900, p. 1028.

(6) *Lyon méd.*, 1895, nº 16, p. 527-537.

(7) *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1900, p. 1027.

(8) *Ibid.*, Paris 1900, p. 1021 (Rapport de M. Lejars) et in *Gaz. des hôpit.* de ce jour.

d'amputation de la cuisse, appelée amputation du fémur aux condyles avec lambeau rotulien. *Congrès méd. de toutes les nations* (1869), Bologne 1870, 357-359. — EHRHARDT (C. F. .)K. *Ueber die Gritti'sche Operations-methode* (Leipzig), Dresden 1869. — DANZEL. Amputation des Oberschenkels nach Gritti, *Arch. f. klin. Chir.*, Berl. 1872, XV, 67-69. — DANZEL. *Verh. d. deutsch. Gesell. f. Chir.*, Berl. 1872, I, 139-141. — MELCHIORI (G.). Secondo caso di amputazione sopra condiloidea del femore con lembo patellare; lattera IIa, *Ann. univ. di med.*, Milano, 1874, CCXXVII, 109-115. — WEINLECHNER. *Ber. d. K. K. Krankenaust. Rudolph-Stiltung in Wien* (1877), 1878, 426-428. — KUMAR (A.). *Ber. d. K. K. Krankenh.* (1878), Wien 1879, 273-275. — JACOBSOHN (W. H. A.). Two cases of amputation by the method of Gritti, as modified by Stokes, *Guy's Hosp. Rep.*, Lond. 1878, 3. S., XXIII, 211-220, 2 pl. — CHILD (W.). Gritti's supra-condyloid amputation of the thigh, *Boston, M. et S. J.*, 1879, CI, 783. — BRYANT. *The Lancet*, Lond. 1879, I, 10 et 51. — WEIR (R. F.). *Gritti's amputation.* Syracuse, 1879. — WEIR (R. F.). *Tr. M. Soc. N. Y.*, Syracuse 1879, 317-336. — WEIR (R. F.). *Med. Rec. N. Y.*, 1879, XV, 337-342. — CACCIOPPOLI (G.). Amputazione della coscia alla Gritti., *Ann. clin. d. osp. incur.*, Napoli 1880, V, 391-397. — EVANS (J. H.). Gritti's amputation. *Boston M. et S. J.*, 1880, CII, 21. — SALZMANN. Die Gritti'sche Operationsmethode und ihre Verwerthung in der Kriegschirurgie, *Arch. f. klin. Chir.*, Berl. 1880, XXV, 631 690.

1881-1900. — D'AMBROZIO. Disarticulazione del ginocchio e l'amputazione alla Gritti, *Movimento*, Napoli 1881, 341-349. — NOTTA. Amputation fémoro-rotulienne de Gritti, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1882, N. S., VIII, 387-389. — RIED (E.). *Deut. Ztschr. f. Chir.*, Leipzig 1886-1887, XXV, 245-259. — ASTHŒWER (W. L.). Köln (Bonn) 1887. — VOIGT (H.). *Wien. med. Presse*, 1888, XXIX, 360-362. — GLOGAU (G. K.). *Zur Kasuistik der Amputation nach Gritti*, Berlin 1888. — WENZEL (K.). Zur Kasuistik der Gritti'schen Amputation *Berl. Klin. Wochens.*, 1888, XXV, 38-42. — NOLTE (C.). *Zur Kasuistik*, etc. Berlin 1890. — OLIVA (V.). *Beitr. z. klin. Chir.*, Tübingen 1890, VI, 229-252. — GRITTI. *Vehr. d. X. internat. med. Cong.*, *1890*, Berlin 1891, III, 7, Abth. 245. — SABANEIEFF (J. F.). *Chir. Vestnik*, Saint-Pétersbourg 1890, VI, 14-26, 1 pl. — SABANEIEF (J. F.). *Protok. zasied. Obstr. Kieu sk. Vrach.*, 1889, III (supp.), 83-92. — EHRLICH (N.). *Ueber die osteoplastische Amputation des Oberschenkels nach Gritti und eine neue Modification derselben nach Sabaneieff*, Dorpat 1891. — SCHNEE (K. G. P.). Die Resultate der Gritti'schen Operation, *Berlin. g. Schade*, 1892, 30. — DESGUIN (L.). Amputation de Gritti, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1892, 215. — LEONTE et DRUGESCU. Câte-va considerationi a supra amputatiei osteo-plastica femuro-rotuliena Gritti, *Spitalul. Bucaresci*, 1893, XIII, 171-181. — HERDA. *Ueber die Resultate der Gritti'schen Amputation bei antiseptischer Wundbehandlung, nebst Mittheilung von 10 neuen Fällen*, Greifswald 1894. — HERDA. Ueber die Resultate, etc., nebst Mittheilung von 12 neuen Fällen, *München. med. Woch.*, 1895, XLII, 3-7. — DELITSIN (S. N.). Opit vidoïzmienienia osteoplasticheskoï amputatsii bedra, *Wratch*, Saint-Petersbourg 1895, XVI, 669-673. — RIOBLANC (G.). Des résultats de l'opération de Gritti, *Lyon méd.*, 1895, LXXVIII, 527-537. — BOHL (E.). Verschlag der Patella nach der Gritti'schen Amputation in richtiger Lage zu erhalten, *Deut. Ztsch f. Chir.*, Leipzig 1896, XLIII, 172-177.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(8 JANVIER 1901)

Académiciens et professeurs ont eu à peine le temps de se dépouiller de leurs habits et de leurs robes. Tout le monde revient des obsèques du professeur Potain. En ouvrant la séance, M. Marey, président sortant, rend un hommage ému au regretté collègue et rappelle que Potain n'était pas seulement un clinicien parfait, mais aussi un physiologiste et un physicien très remarquable.

M. le président, suivant l'usage, avant de quitter le fauteuil, passe en revue les travaux de l'Académie. Il fait observer qu'il y a trente ans, il y avait, au sein de l'Académie, des discussions retentissantes. Les séances sont aujourd'hui plus calmes, mais on y travaille plus et mieux et on y constate la marche du progrès médical et surtout le développement continu des idées de Pasteur. L'art de guérir est devenu une science. M. le président retrace ici les principaux travaux qui ont été présentés, cette année, à l'Académie, les questions qui y ont été traitées telles que le paludisme, la grippe, l'appendicite, la désinfection et l'isolement, etc., et que nos lecteurs retrouveront résumées dans la *Gazette des hôpitaux*.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) communique l'observation — la première de ce genre présentée en France — d'une femme de trente-huit ans, à laquelle il a pratiqué avec succès, il y a quelques mois déjà, l'**ablation totale de l'estomac pour une tumeur cancéreuse de cet organe, greffée sur un ancien ulcère.**

Le manuel opératoire de l'ablation totale de l'estomac comprend cinq temps essentiels qui sont, après l'ouverture du ventre :

1° La section du ligament gastro-colique, pour libérer l'estomac en bas, au niveau de la grande courbure.

2° La libération du pôle supérieur de l'estomac, entre deux pinces intestinales, dont la supérieure placée au-dessus ou immédiatement au-dessous du cardia.

3° La libération de l'organe, au niveau de la petite courbure, par section du ligament gastro-hépatique.

4° La libération du pôle inférieur, après section entre deux pinces intestinales de la première portion du duodénum.

5° L'anastomose de l'orifice cardiaque avec le duodénum.

La réunion de la paroi abdominale sans drainage termine l'opération.

M. J. Bœckel termine ainsi :

« Les suites opératoires, dans le cas qui m'est personnel, ont été des plus simples : la plaie a guéri par première intention absolue, sans fistule ultérieure. Elles ont été très rapides également; mon opérée, parfaitement remise, a quitté le service trente-trois jours après avoir subi cette grave opération.

En ce qui concerne les fonctions digestives, j'ajouterai qu'elles ne sont, en aucune façon, troublées à la suite de la gastrectomie et qu'elles continuent à s'exécuter très régulièrement; lorsqu'elles ont été passagèrement entravées, troublées, par la présence d'un néoplasme, elles redeviennent normales après l'opération, sous certaines réserves telles que repas fréquents et modérés. Ce qui le prouve, c'est que l'état général des malades s'améliore très rapidement. Ils augmentent de poids d'une façon très sensible, indice certain d'une assimilation parfaite et régulière. L'observation que je viens de communiquer à l'Académie en est une preuve éclatante. »

MM. Balestre et Gilletta (du bureau d'hygiène de Nice) présentent à l'Académie un mémoire très documenté sur la **mortalité de l'enfance dans la population urbaine de la France**, démontrant que plus des trois quarts des décès d'en-

fants peuvent être évités; l'ignorance, l'incurie, l'alcool et toutes les tares pathologiques évitables ont, en six ans, tué 220000 enfants; tous les ans, par notre faute, nous perdons un corps d'armée de 45000 hommes.

Ce sont les villes industrielles et minières, les grands ports qui perdent le plus d'enfants; les départements les plus chargés sont ceux qui consomment le plus d'alcool; les départements agricoles sont les plus épargnés.

L'État, suivant les auteurs, a le devoir d'intervenir et de modifier la loi sur la protection de l'enfance et sur l'assistance.

Dans la séance du 26 décembre, l'Académie a renouvelé son bureau et nommé ses commissions. M. Guyon, vice-président, devient président pour l'année 1901, M. Riche est élu vice-président. Reste à nommer un secrétaire perpétuel en remplacement de M. Bergeron. Ce sera fait dans l'une des prochaines séances. M. le professeur Jaccoud a fait acte de candidature.

MÉDECINE PRATIQUE

Du réchauffement des nouveau-nés débiles.

L'utilité des couveuses dans le traitement de la débilité congénitale n'est plus contestée par personne. La couveuse permet à l'enfant « de ne pas se refroidir ». Cette action de la couveuse est bien plus fréquemment recherchée que celle qui consiste à faire de la couveuse un moyen de réchauffement.

Pourtant il est des cas où il est indiqué de réchauffer rapidement l'enfant, et, dans ce cas, la couveuse ordinaire sèche ne remplit pas toujours suffisamment le but, cette couveuse ne pouvant pas être amenée à une température assez haute. En effet, quand on élève trop la température dans la couveuse ordinaire de Tarnier, l'enfant transpire et souffre.

M. Bonnaire a eu l'idée, depuis quelques années déjà, de substituer à la couveuse sèche, classique, la couveuse humide, quand il s'agit de réchauffer rapidement le nouveau-né débile. Il est arrivé à cette idée par analogie, sachant que l'étuve humide réchauffe mieux que l'étuve sèche.

M. Gagey, élève de M. Bonnaire, a consacré sa thèse inaugurale (1), à l'étude de cette couveuse humide dont il poursuit les indications et donne les résultats.

Les principales indications de cette couveuse humide sont : 1° l'hypothermie très marquée d'emblée: 2° l'hypothermie résistant à la couveuse sèche; 3° le sclérème; 4° la diminution progressive de poids chez un enfant, malgré sa mise en couveuse sèche; 5° la cyanose.

La couveuse humide cependant peut présenter un inconvénient; on peut observer des syncopes, dues sans doute à la respiration dans un air trop saturé de vapeur d'eau et au défaut d'évaporation cutanée.

Pour réaliser la couveuse humide, on peut se servir de n'importe quel modèle de couveuse. Il suffit de placer sur les boules d'eau chaude une serviette préalablement trempée dans l'eau bouillante. Immédiatement, les parois de verre de la couveuse se recouvrent de buée. On change la serviette de temps à autre, toutes les deux heures environ. L'enfant ne sera pas emmailloté : il sera seulement recouvert d'un peu d'ouate. Pour faire la couveuse humide, mieux vaut employer une couveuse en verre.

L'emploi de la couveuse humide ne sera pas continué pendant longtemps; pendant un, deux ou trois jours au plus.

D'après les observations de Gagey, la température des débiles placés dans la couveuse humide est montée rapidement.

(1) Th. de Paris 1900 et *Rev. int. de méd. et de chir.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques du professeur Potain ont eu lieu mardi, à Sainte-Clotilde. D'après la volonté expresse du défunt, il n'y avait ni fleurs, ni couronnes, ni discours. Les honneurs militaires seuls ont été rendus au commandeur de la Légion d'honneur. L'Académie des sciences, le conseil de l'Université, les Facultés des lettres, des sciences, de médecine, l'Académie de médecine y étaient officiellement représentés. Puis suivait le corps médical de Paris presque tout entier, et une affluence considérable d'amis et de clients reconnaissants.

L'émotion recueillie de l'assistance, le sentiment général de respectueuse affection qui dominait toute cette foule étaient plus touchants que ne l'auraient pu être les plus beaux discours.

Le corps du regretté maître repose au cimetière Montparnasse.

Concours de l'internat. — *Epreuve orale* (4 janvier) : MM. Digne, 19 + 25 = 44; Berlier, 18 + 23 = 41; Lequeux, 17 + 23 = 40; Hulleu, 17 + 22 = 39; Camus (Maurice), 16 + 20 = 36; Courtois, 13 + 22 = 35; Roger, 10 + 20 = 30; Lévy (Fernand), 10 + 18 = 28; Tassin, 9 + 19 = 28.

Séance du 5 janvier: MM. Regnard, 18 + 24 = 42; Duclaux, 18 + 23 = 41; Juy, 17 + 23 = 40; Guénot, 16 + 23 = 39; Petit (Henri), 16 + 23 = 39; Beaufumé, 15 + 23 = 38; Dobrovitch, 15 + 22 = 37; Villaret, 13 + 24 = 37; Hervoit, 13 + 20 = 33; Coutet, 10 + 19 = 29.

Séance du 8 janvier : MM. Heller, 18 + 20 = 38; Boisseau, 13 + 23 = 36; Deglos, 15 + 20 = 35; Pillet, 15 + 20 = 35; Liné, 14 + 19 = 33; Verliac, 12 + 20 = 32; Tanon, 10 + 21 = 31; Simon, 9 + 21 = 30; Dionis du Séjour, 7 + 22 = 29.

La Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire (33, rue Lafayette, Paris) adresse au public l'appel suivant :

La tuberculose, maladie contagieuse, évitable et curable, tue chaque année en France 150 000 personnes par phtisie, méningite ou autres affections tuberculeuses. C'est à la fois faire œuvre de défense personnelle, œuvre humanitaire et œuvre nationale que de lutter contre la contagion tuberculeuse et ses deux plus puissants auxiliaires : l'alcoolisme et le logement insalubre.

La Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire a pour but de vulgariser par l'affiche, l'image, la brochure, la conférence, etc., les mesures d'hygiène préventive que tout le monde a intérêt à suivre, à faire suivre aux siens et à voir accepter par autrui dans un but de préservation antituberculeuse. Elle fait appel à tous les concours.

Adresser les dons ou adhésions à M. Edgard Pourcelle, trésorier, 59, rue de Châteaudun.

Membres actifs : 10 francs par an.

Membres perpétuels : versement unique d'une somme égale ou supérieure à 100 francs. Dons à volonté.

MM. le docteur J.-J. Peyrot, membre de l'Académie de médecine, président; Victorien Sardou, E. Lavisse, F. Matignon, vice-présidents; le docteur Armaingaud, E. Aucamus, le professeur Brissaud, G. Chamerot, Edm. Duval, le docteur Maurice de Fleury, Ch. Fortin, A. Francastel, le docteur F. Helme, Félix Herbet, Victorin Joncières, C. Laguionie, le professeur Landouzy, Max Leclerc, les docteurs Le Gendre et Maurice Letulle, Raoul Mallet, Léon Marie, P. Masson, J.-E. Reyrel, les docteurs Sersiron, A. Siredey, Ch. Talamon, membres du comité; le docteur J. Weill-Mantou, 28, rue de l'École-de-Médecine, secrétaire général; le docteur H. Collin, 6, rue de l'École-de-Médecine, secrétaire général adjoint; Edgard Pourcelle, trésorier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 12 JANVIER 1901. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les stigmates anatomiques de la dégénérescence (*15 fig.*), par M. Lucien MAYET, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les stigmates anatomiques de la dégénérescence *.

Par M. Lucien MAYET,
Interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

RACHIS. — Les déformations du rachis sont le plus souvent acquises (mal de Pott), toutefois les déviations rachidiennes (scolioses, lordoses, cyphoses) apparaissent surtout fréquentes chez les dégénérés, chez les névropathes et M. Féré en a trouvé 20 p. 100 chez les épileptiques (3).

Comme anomalie congénitale en rapport certain avec la dégénérescence, il faut citer le *spina-bifida*, c'est-à-dire la fissure congénitale des arcs vertébraux. A travers cette fissure, la moelle, ses enveloppes et une quantité variable de liquide font le plus souvent hernie. Dans d'autres cas, la fente vertébrale existe seule : elle est masquée soit par une mince membrane, soit par la peau qui, en pareil cas, est fréquemment recouverte de poils abondants.

Cette *hypertrichie lombaire*, révélant le spina-bifida sous-jacent, doit être admis parmi les stigmates de la dégénérescence.

Comme autres anomalies moins importantes à citer : le redressement du sacrum, du coccyx, la présence d'un rudiment de queue; une dépression souvent profonde de la partie supérieure du pli interfessier.... etc. (23).

THORAX. — Les malformations thoraciques observées chez les dégénérés portent sur le squelette et sur les muscles : asymétrie du thorax, scaphothoracisme, étroitesse des épaules, thorax en gouttière, thorax en entonnoir, angle de Louis; anomalies portant sur le nombre et la forme des côtes, division du sternum et plus rarement absence de sternum, avec ou sans ectopie cardiaque; absence ou anomalies de muscles importants, grand pectoral surtout, etc. Le *thorax en entonnoir* mérite une mention particulière car il est en rapports étroits avec l'hérédité morbide. Dans presque toutes les observations publiées ont été signalés des troubles nerveux ou psychiques chez le sujet et dans ses antécédents héréditaires. L'entonnoir thoracique est représenté par un enfoncement de la partie moyenne ou inférieure du sternum et des cartilages costaux correspondants. La cavité ainsi formée peut admettre une orange, le poing... (24 et 25).

MEMBRES. — Difformités congénitales. Quelles que soient les théories pathogéniques adoptées et élimination faite de certains cas rares (amputation intra-utérine par exemple), les difformités des membres traduisent un profond trouble du développement intra-utérin, provoqué le plus souvent par la tare héréditaire qui pèse sur le sujet.

A cause de leur rareté et malgré leur importance, les *monstruosités* des membres : ectromélie, hémimélie, phocomélie, symélie... sont simplement à signaler ici.

On pourrait insister davantage sur les *viciations pelviennes* qui ont une si grande analogie avec les déformations osseuses du crâne. Tout en faisant de grandes réserves sur l'interprétation à donner du rôle du rachitisme dans leur production, on ne saurait méconnaître celui de l'hérédité tarée, viciée; sur les lésions articulaires congénitales des membres et spécialement sur les luxations congénitales de la hanche; sur l'absence de certains éléments du squelette des membres : absence du péroné qui n'est pas exceptionnelle; absence du tibia, beaucoup plus rare (26).

Les vices de conformation moins prononcés n'ont pas une valeur moins grande et sont infiniment plus fréquents.

Les plus habituellement observés chez les dégénérés sont :

Asymétrie des membres : les membres inférieurs trop courts par rapport aux membres supérieurs ou inversement; membre supérieur droit et membre inférieur droit plus grêles que les gauches ou inversement, etc. Toutes les combinaisons entraînant l'asymétrie des membres sont réalisées par la dégénérescence.

Volume excessif des membres (mégalomélie).

Gracilité extrême des membres (oligomélie).

Exagération de la grande envergure par rapport à la taille (longueur excessive des membres supérieurs, brièveté des membres inférieurs). Diminution de la grande envergure (trop grande longueur des membres inférieurs).

Les différentes difformités des extrémités s'observent soit à la main soit au pied soit assez fréquemment aux mains et aux pieds chez le même sujet. Toutefois nous pensons, avec M. Féré, qu'elles sont surtout intéressantes à considérer aux mains, « parce que la main décadente est un des rares

* Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 9.

signes que l'on puisse voir à découvert et à première vue ; joint aux stigmates que peuvent présenter la tête, la face, il acquiert une grande valeur. » Elles sont représentées par : brièveté excessive des doigts, des orteils (brachydactylie) et plus fréquemment par le simple défaut de proportion d'un ou de plusieurs d'entre eux, par exemple l'anormal défaut de longueur de l'index, de l'annulaire, les autres doigts étant normaux.

Polydactylie, que les doigts surnuméraires soient bien développés ou qu'ils soient restés à l'état d'ébauche.

Ectrodactylie : absence d'un ou de plusieurs doigts, dont un des types les plus intéressants est la main en pince de homard.

Syndactylie. — Dans cette malformation, les doigts sont fusionnés ensemble dans leur partie latérale, soit par la persistance de la membrane interdigitale (palmure), soit par la soudure osseuse des doigts.

Main botte (très rare).

Pied bot. — « Attitude vicieuse et permanente du pied sur la jambe, telle que le pied ne repose plus sur le sol par ses points d'appui normaux. »

Les mécanismes pathogéniques les plus généralement invoqués : théorie nerveuse, théorie de l'arrêt de développement, pour expliquer le pied bot, rendent également bien compte de la fréquence des pieds bots chez les dégénérés, où ils coïncident généralement avec d'autres difformités, effets de la même cause héréditaire.

Le *pied plat* est-il plus commun chez les dégénérés que chez les normaux? Peut-il être considéré comme un stigmate de dégénérescence? MM. Féré et Demantké le pensent et l'ont rencontré chez 35 p. 100 des épileptiques examinés par eux. En réunissant 17 cas que nous avons pu observer dans divers services hospitaliers, nous constatons que 11 des sujets atteints étaient indéniablement des dégénérés épileptiques, des alcooliques fils d'alcooliques, des idiots...

Enfin, le *pied préhensile* caractérisé par l'écartement plus ou moins prononcé (3, 5, 8 millimètres et plus) entre le premier et le deuxième orteils, non exceptionnel chez les normaux, est infiniment plus fréquent chez les dégénérés et peut être regardé comme un stigmate de dégénérescence (27).

ORGANES GÉNITAUX. — Les anomalies des organes génitaux sont très fréquentes chez les dégénérés, d'autant plus fréquentes qu'on se rapproche davantage des dégénérés inférieurs : idiots, crétins, certains épileptiques...

Chez l'homme, ce sont :

Testicule. — Anorchidie, anomalie rare, le plus souvent confondue avec la cryptorchidie, dans laquelle le testicule est en ectopie abdominale, crurale ou péritonéale.

Ectopie inguinale du testicule (stigmate discutable). Atrophie, ne laissant au testicule que le volume d'une noisette, d'un haricot. Macrorchidie, qui est exceptionnelle.

Pénis. — Absence de la verge, verge double palmée, torsion de la verge, qui sont des malformations rares. Hypertrophie en longueur et en volume du pénis. Développement insuffisant, état infantile du pénis chez l'adulte.

Phimosis, longueur exagérée et étroitesse congénitale du prépuce. Hypertrophie du gland qui prend la forme d'une massue (verge en battant de cloche).

Urèthre. — Hypospadias, que l'anomalie soit légère (hypospadias balanique), ou très marquée (hypospadias pénoscrotal, hypospadias périnéo-scrotal, et tous les cas de pseudo-hermaphrodisme qui doivent être rangés sous cette dernière dénomination).

Epispadias, beaucoup plus rare que l'hypospadias.

Exstrophie de la vessie.

Nous ne croyons pas qu'il faille faire du varicocèle un stigmate de dégénérescence. Comme tel sa valeur semble nulle ou à peu près.

Chez la femme :

Absence de vagin, imperforation du vagin. Atrésie congénitale du vagin. Cloisonnement du vagin.

Absence ou volume exagéré du clitoris. Anomalies du prépuce clitoridien.

Absence ou développement exagéré, les variations ethniques mises à part, des petites lèvres.

Développement exagéré des grandes lèvres (28).

MAMELLES. — La *gynécomastie*, développement anormal des mamelles chez l'homme se rattache aux anomalies de l'appareil génital. Il en est de même des anomalies de nombre des mamelles : absence de mamelle (exceptionnelle), mamelles surnuméraires, l'augmentation de nombre portant sur le mamelon (polythélie) ou sur la glande entière (polymastie).

MALFORMATIONS ANO-RECTALES. — Imperforation. Rétrécissement congénital. Abouchements anormaux : utérus, vagin, vulve, chez la femme; urètre, chez l'homme.

PEAU, CHEVEUX, POILS. — « Du côté de la peau, dit M. Féré, il faut noter les malformations de coloration congénitale, l'albinisme, le vitiligo, les taches pigmentaires et les difformités de la peau, nævi pigmentaires et vasculaires, ichtyose, molluscum, etc., qui paraissent plus fréquents chez les dégénérés.

Le système pileux présente chez eux de nombreuses anomalies de développement. Les cheveux et les poils peuvent présenter toute la vie un aspect lanugineux, une forme qui rappelle les poils du nouveau-né. Chez l'homme et chez la femme, les poils peuvent rester rares et peu développés sur les parties où ils se montrent au moment de l'évolution sexuelle; chez l'homme, ils peuvent manquer sur la face ou la poitrine; chez la femme au contraire, ils peuvent prendre un développement plus ou moins considérable dans ces régions. On peut observer leur décoloration complète (albinisme) ou partielle (canitie, vitiligo). Enfin on voit les poils se développer d'une manière anormale et surabondante, soit sur tout le corps (polytrichie), soit sur certaines parties, région lombaire, membres inférieurs (hypertrychoses localisées, en caleçon etc.). Les cheveux forment au voisinage du vertex un tourbillon qui ne s'écarte guère au delà de 25 à 30 millimètres de la position médiane. Chez les dégénérés, ces déviations sont souvent beaucoup plus considérables et le tourbillon peut être pariétal droit ou gauche, erratique, frontal. Parfois il est dédoublé.

On doit considérer encore comme des stigmates tératologiques les anomalies des ongles et en particulier leur minceur excessive ou état fœtal, et le manque absolu, local ou général *. »

Les stigmates anatomiques de la dégénérescence qui viennent d'être énumérés peuvent exister en plus ou moins grand nombre, mais *isolés*, chez des sujets en apparence normaux ; ou, au contraire, se grouper de façon à former un

* FÉRÉ. *La famille névropathique*, p. 306.

tableau clinique particulier, qui devient par lui-même un stigmate de grande valeur, car plus que les stigmates isolés dont il représente en quelque sorte la synthèse, il traduit l'intensité d'action de la tare héréditaire.

Nous groupons dans cette catégorie l'*infantilisme*, le *féminisme*, le *masculisme*, le *nanisme*, le *gigantisme* et l'*acromégalie*. Pour tous ce sont les mêmes origines, les mêmes influences héréditaires, les mêmes liens d'une étroite parenté morbide.

INFANTILISME. — L'infantilisme existe chez l'homme et chez la femme. Il est plus facilement reconnaissable chez l'homme.

C'est un « syndrome morphologique caractérisé par la conservation chez l'adulte des formes extérieures de l'enfance et la non-apparition des caractères sexuels secondaires ».



FIG. 12. — *Infantilisme. Myxœdème.*
(D'après Combe *.)

X... (de Lyon), âgée de quinze ans. Hauteur, 0^m80. Poids, 17^k250.

H. Meige donne de l'infantile le signalement suivant :

Face arrondie, joufflue; lèvres saillantes, charnues; nez peu développé; visage glabre; peau fine et de couleur claire, sourcils et cils peu fournis.

Torse allongé, cylindrique.

Ventre proéminent.

Membres potelés, effilés de la racine aux extrémités.

Une couche adipeuse assez épaisse enveloppe le corps et masque les reliefs osseux et musculaires.

Absence de poils au pubis et aux aisselles.

Larynx peu saillant. Voix grêle. Corps thyroïde réduit.

Organes génitaux rudimentaires.

Comme antécédents héréditaires : alcoolisme, tuberculose, hérédo-syphilis, paludisme, etc.

Fréquemment associé à : hystérie (Richer, Capitan), épilepsie (Féré), nanisme, gigantisme (Capitan, Richelin), myxœdème (Brissaud), crétinisme (fig. 12 et 13), troubles mentaux, rétrécissement mitral etc.



FIG. 13. — *Crétinisme. Infantilisme.*
(D'après Morel *.)

Marie P..., treize ans. Taille, 0^m82. Poids, 12 kilos. — Paraît avoir trois ans; persistance de la première dentition; intelligence d'une enfant de quatre à cinq ans.

FÉMINISME. — Le féminisme est « un syndrome morphologique résultant de la combinaison des formes extérieures de la femme avec celles de l'éphèbe et non celles de l'homme fait ».

Avec M. H. Meige, nous en donnerons le signalement suivant :

Tête petite, visage glabre, cheveux ténus, peau fine et blanche.

Epaules et torse étroits, bassin élargi, ventre saillant, genoux rapprochés.

Corps enveloppé d'une couche de tissu adipeux masquant les reliefs osseux ou musculaires, prédominant dans les régions lombaires, fessières et dans les flancs.

Cuisses fuselées, membres effilés aux extrémités.

Epaisse masse graisseuse prépubienne garnie de poils rares, s'arrêtant net, suivant un sillon curviligne.

Seins plus ou moins volumineux, dessinés comme chez la femme.

Organes génitaux mâles, mais très peu développés.

Larynx et corps thyroïde petits.

MASCULISME OU VIRILISME. — Le masculisme est « un syndrome morphologique résultant de l'adjonction des attributs sexuels secondaires du mâle sur un individu du sexe féminin ».

Les femmes à barbe, les viragos et autres individus du même genre en sont des exemples que chacun a pu observer et qui dispensent d'une longue description.

* *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1897.

* MOREL. *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*, Baillière, édit., Paris 1857.

Le masculisme est caractérisé physiquement par :

Organes génitaux féminins et fréquemment malformations sexuelles.

Seins peu developpés.

Bassin étroit. Epaules larges. Membres fortement musclés à reliefs très marqués.

Poils envahissant tout le corps, même le visage.

Voix forte [29].

Nanisme et gigantisme. — Le nanisme et le gigantisme traduisent une puissante action dystrophique, s'exerçant très probablement sur le système nerveux et provoquant une anomalie — par excès ou par défaut — de l'évolution de tout l'organisme et, particulièrement, du système osseux. L'arrêt de développement donne le nanisme et l'exagération de l'évolution le gigantisme.

Dans le *nanisme*, toutes les parties du corps sont diminuées de volume et la taille présente une exiguité caractéristique. L'infécondité des nains a été mise en évidence depuis longtemps (Ex. bien connus des nains de Catherine de Médicis, de Pierre le Grand...). Le nain est le dernier terme d'une série dégénérée.

Dans le *gigantisme*, il y a accroissement considérable du volume du corps et de la taille. L'impuissance et la stérilité sont presque constants en pareil cas et dans le plus grand nombre des cas, le géant représente, comme le nain, un des derniers termes d'une série dégénérée.

La nature dégénérative du nanisme et du gigantisme est encore indiquée par l'association fréquente de l'imbécillité, de l'idiotie et plus spécialement avec le nanisme, du crétinisme et du myxœdème.

Certains cas de gigantisme constituent l'affection isolée par P. Marie sous le nom d'acromégalie.

Acromégalie. — L'acromégalie est caractérisée par des déformations des extrémités qui sont élargies, épaissies : la main a l'aspect d'un battoir, les pieds volumineux semblent être ceux d'un colosse ; par des déformations de la face, par des déformations du rachis et du thorax : proéminence en avant du sternum et cyphose cervico-dorsale, donnant à l'acromégalique l'aspect d'un polichinelle.

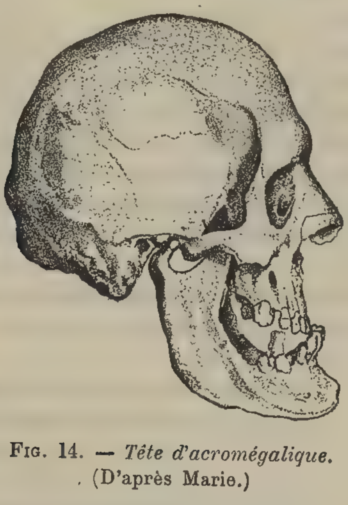


Fig. 14. — *Tête d'acromégalique.*
(D'après Marie.)

Ce sont là les symptômes objectifs fondamentaux, car l'acromégalie frappe tous les tissus et tous les organes de l'économie.

Sans insister sur leur description nous dirons pourtant quelques mots des déformations de la tête qu'il importe de distinguer des autres déformations que nous avons passées en revue plus haut.

Ce qui frappe dans le crâne acromégalique, d'ailleurs peu modifié, ce sont les arcades orbitaires énormes, le grand développement des bosses frontales, la proéminence marquée de l'écaille de l'occipital, toutes lésions qui produisent un allongement du diamètre antéro-postérieur.

La face est très modifiée et fait avec le crâne un contraste frappant. « Celle-ci devient, en effet, ovale et allongée dans le sens vertical. Trois régions attirent immédiatement l'attention à l'examen d'une face acromégalique : ce sont le



Fig. 15. — *Acromegalie.*
Femme, 46 ans, morte à l'hospice du Perron (Lyon)
Service de M. le professeur Renaut*.

nez, les lèvres et la mâchoire inférieure. Le nez subit, dans tous les sens et dans tous ses tissus constituants, une hypertrophie considérable. La lèvre inférieure forme, par suite de son accroissement, un bourrelet volumineux pendant, renversé en dehors, elle devient une véritable lippe. Quant à la mâchoire inférieure, elle est agrandie dans toutes ses dimensions ; le résultat le plus visible est un prognathisme plus ou moins considérable, tel, que les dents inférieures et antérieures dépassent en avant, parfois beaucoup, les dents supérieures correspondantes » (Duchesneau).

Que l'on admette la théorie pathogénique de P. Marie — attribuant l'acromégalie à des lésions de l'hypophyse — ou celle, peut-être mieux en rapport avec les faits, de Freund, qui admet que « l'acromégalie n'est pas une maladie vraie, mais une *anomalie de développement*, anomalie par excès, comparable au gigantisme, ayant des rapports intimes avec l'évolution du système génital », il semble bien que l'on doive regarder l'acromégalie comme liée à la dégénérescence et, par suite, en faire un stigmate de celle-ci. Malheureusement le petit nombre des observations publiées jusqu'ici ne permet pas d'apporter un grand nombre de

* Voyez observation clinique de la malade dont nous donnons ici la photographie du buste moulé à l'hospice du Perron, dans la thèse de Duchesneau, p. 115.

faits à l'appui de cette hypothèse. Il est regrettable que les antécédents héréditaires soient très négligés dans la plupart des observations, probablement par suite de la difficulté de les obtenir, soit que le malade ignore ce qu'on lui demande, soit qu'il ne veuille pas dire les tares familiales qui ont vicié son hérédité. C'est d'ailleurs là une des entraves que l'on rencontre dans l'étude des dégénérés (30).

L'acromégalie n'est pas le seul syndrome pathologique pouvant révéler la dégénérescence de celui qui le présente. Un certain nombre d'entités morbides, étudiées isolément dans les Traités de pathologie, peuvent acquérir la même signification. Mais comme elles sont en relation avec les stigmates biologiques ou fonctionnels de celle-ci plus encore qu'avec ses stigmates anatomiques, nous pensons qu'il est préférable de ne les indiquer qu'après les stigmates physiologiques et psychologiques, auxquels sera consacrée une revue spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

Les indications bibliographiques relatives aux stigmates de la dégénérescence *en général* seront données après la revue consacrée aux stigmates sociologiques de la dégénérescence.

(1) MOREL. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris 1857.

(2) LEGRAIN. De la dégénérescence de l'espèce humaine. *Ann. de la policl. de Paris*, mars 1892. — MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*, Paris 1895.

(3) Ch. FÉRÉ. La famille névropathique. *Archives de neurol.*, VII, 1884 ; — *La famille névropathique*, Paris 1894.

(4) S. GARNIER et A. SAINTENOISE. Note sur un cas d'hérédité régressive! *Arch. de neurol.*, 1899, p. 129.

(5) J. DALLEMAGNE. *Dégénérés et déséquilibrés*, Bruxelles 1895 ; *Dégénérescence et criminalité*, rapport au IVe Congrès d'anthr. crimin., Genève 1896.

(6) P. RAYMOND et P. JANET. Malformation des mains en pince de homard et asymétrie du corps chez une épileptique. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, X, 1897, p. 268.

(7) Cf. TOPINARD. Des déformations artificielles du crâne. *Rev. d'anthropol.*, 1879, p. 497-506 ; — *Eléments d'antropologie générale*, Paris 1885, p. 739-755. — F. DELISLE. *Des déformations artificielles du crâne*, Th. de Paris, 1888. — F. LE FLOCH. *Contribution à l'etude des déformations artificielles du crâne et en particulier de la déformation oblique ovalaire par propulsion unilatérale*, Th. de Bordeaux, déc. 1892, n° 34.

(8) C. VOGT. *Mémoire sur les microcéphales*, Genève 1867. — L. MONTANET. *Etude anatomique du crâne chez les microcéphales*, Th. de Paris, 1874. — DUCATTE (Edmond). *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme*, Th. de Paris, août 1888. — BOURNEVILLE. Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés, *Progrès méd.*, 1893, p. 465. — G. HUMPHRY. Notes on the microcephalie on idiot skull..., *Journ. of anat. and phys.*, 1895. — PFLEGER et PILCZ. *Zuhr Lehre von der Mikrocephalie*, 1897. — P. FUNAIOLI. *Contributo allo studio della microcephalia pure*, Siena 1898. — Cf. aussi *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, 1864-1879, et *Rev. d'anthropol.*, 1872-1879.

(9) *Traités de pathologie infantile.* — VINSONNEAU. Anatomie pathologique de l'hydrocéphalie chronique, Th. de Paris 1873. — BOURNEVILLE et NOIR. Quelques formes de l'hydrocéphalie, congrès des alién. et neurol., La Rochelle 1893. — O. SANNÉ, Art. HYDROCÉPHALIE in *Dict. encycl. des Sc. méd.*

(10) LOMBROSO. *L'Uomo delinquente*, Torino 1884, p. 161. — F.-P. DE BONO et G. DOTTO. L'occhio degli epilettici, *Arch. di ottalmol.*, I, Palermo 1894. — Cf. DEBIERRE, Loc. cit., p. 73-79. — J. TEISSIER. Valeur diagnostique de l'indice céphalique..., *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Lyon*, 1892 et 1897. — Lucien MAYET. L'indice céphalique des épileptiques, *Lyon méd.*, oct. 1899, p. 81-101.

(11) E. ZUCKERKANDL. Sur les crânes oxycéphales et acrocéphales, *Mittheilungen der anthropologischen Gesellschaft*, Wien., IV, 6 juillet 1874. — HANOTTE. *Anatomie pathologique de l'oxycéphalie*, Th. de Paris, nov. 1898.

(12) TURNER. On cranial deformities and more especially on the Scaphocephalic Skulls, *The natural history Review*, janv. 1864. — BROCA. Crâne scaphocéphale d'une négresse du Sénégal, *Bull. de la Société d'anthropol. de Paris*, mai 1874, p. 349-358. — E.-T. HAMY. Genèse de la scaphocéphalie, *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, déc. 1874, p. 836-854. — MATHOUILLET. *Etude sur la scaphocéphalie*, Th. de Paris, avril 1880.

(13) E. FOURNIER. *Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, Th. de Paris, 1898.

(14) TOPINARD. Sur la plagiocéphalie, *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, 1876, p. 442. — MANOUVRIER. Etude craniométrique sur la plagiocéphalie, *Ibid.*, 7 juin 1883, p. 526. — SOMMER. *Beitrag zur Kenntniss der criminal-Irren*, Berlin, 1883.

(15) LASÈGUE. Epilepsie par malformation du crâne, *Arch. de méd.*, 1877 ; *Ann. méd.-psychol.*, 1877 ; *Etudes médicales*, I, 1884, p. 875. — J. GAREL. Recherches cliniques et statistiques sur la valeur de l'asymétrie faciale..., *Lyon méd.*, janv. 1878. — Ch. FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris, 1890. — J. VOISIN. *L'épilepsie*, Paris, 1898. — G. PAUTET. *De l'hémimimie faciale d'origine otique*, Th. de Lyon, avril 1900.

(16) Ch. FÉRÉ. *La famille névropathique*, p. 264-267. — PICHON. *De l'épilepsie et de ses rapports avec les fonctions visuelles*, Th. de Paris, 1885. — Ch. FÉRÉ. De l'asymétrie chromatique de l'iris considéré comme stigmate névropatique, *Progrès méd.* 1886, p. 802. — Ch. FÉRÉ et L. VIGNES. Note sur la fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1888, p. 778. — F.-P. DE BONO et G. DOTTO. *L'occhio degli epilettici*. Voy. n° 10.

(17) MOREL. Loc. cit., 1857. — Ch. FÉRÉ et SEGLAS. Contribution à l'étude de quelques variétés morphologiques du pavillon de l'oreille humaine, *Rev. d'anthropol.*, 1886, p. 226. — M. LANNOIS. De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal, *Arch. d'anthropol. crimin.*, II, 1887, p. 336. — L. FRIGERIO. L'oreille externe, *Ibid.*, 1888, III, p. 438-481. — J. JULIA. *De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal*, Th. de Lyon, déc. 1888. — JULLIEN. *De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal*, Th. de Lille, 1888. — BINDER. Das Morel'sche Ohr, *Arch. f. psych. und nervenkr.*, XX, 1889, p. 514. — GRADENIGO. *Das Ohr des Verbrechen*, Wien 1889. — GRADENIGO. Significato antr. delle anomalie nel paviglione dell'orecchio, *Arch. psic.*, 1891. — KARUTZ. La forme des oreilles comme signe de dégénérescence, *Zeitschr. f. Ohr*, XXX, 4. — PAILHAS. Du pavillon de l'oreille, *C. R. IVe Congr. d'antrhopol. crimin.*, Genève 1896, p. 211. — W. WOROLIEFF. Stigmates physiques des dégénérés, Soc. de neurol. et de psych. de Moscou, 22 janv. 1899. — LUCAS. *Le pavillon de l'oreille; valeur de ses anomalies comme stigmates de dégénérescence*, Th. de Bordeaux, 1900, p. 64.

(18) TOPINARD. *Eléments d'anthropologie générale*, Paris 1885.

(19) MANOUVRIER. *Recherches d'anatomie comparative sur le maxillaire inférieur*, Th. de Paris, 1882. — Cf. MARRO. *I caratteri dei delinquenti*, Torino 1887. — KURELLA. *Naturgeschichte des Verbrechers*, Stuttgard, 1893. — LOMBROSO. *L'homme criminel*, 2e éd. franç., Paris, 1895.

(20) ALBRECHT. *Actes du 1er Congrés d'anthrop. crimin.*, Rome, 1885, p. 106. — CH. FÉRÉ. Fréquence de l'apophyse lémurienne chez les épileptiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 1888, p. 739.

(21) BOURNEVILLE. Mémoire sur la condition de la bouche des idiots, *Journ. des connais. méd.*, 1883. — SOLLIER (Mme Alice). *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés*, Th. de Paris, oct. 1887. — M. MERCIOLLE. *De la dentition dans les questions d'identité*, Th. de Lyon, 1891. — DUMUR. Th. de

Lyon, 1891. — G. Boody. La mâchoire des dégénérés, *Amer. journ. of insanity*, oct. 1896.

(22) Charon. *Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence*, Th. de Paris, 1890-91.

(23) E. Landois. *Des déviations du rachis dans leurs rapports avec les névropathies heréditaires*, Th. de Paris, 1889. — Féré. La queue des satyres et la queue des faunes, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1890, p. 45. — Joachimstahl. Ueber spina-bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis, *Berlin. klin. Wochens.*, 1891, p. 536; — *Idem*, Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der spina-bifida occulta mit localer Hypertrichosis, *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, CXXXI. — Féré. Une anomalie du coccyx chez un épileptique, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, V, 1892, p. 89.

(24) W. Ebstein. Ueber die Trichterbrust, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, XXX, 1882, p. 411-428. — A. Zuccarelli. Note sur les asymétries thoraciques trouvées, parmi d'autres anomalies, chez les épileptiques aliénés, *Actes du 1er Congrès d'anthropol. crim.*, Rome 1885, p. 443-447. — Ramadier et Sérieux. Note sur cinq cas de malformation spéciale de la poitrine : thorax en entonnoir, *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, 7 mai 1891, p. 318-334; — D'une malformation spéciale de la poitrine : thorax en entonnoir, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, IV, p. 329. — Cf. pour la bibliogr. accessoire : Féré et E. Schmidt. De quelques déformations du thorax et en particulier du thorax en gouttière et en entonnoir, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1893, p. 564-585.

(25) Trape. *Contribution à l'étude des malformations costales...*, Th. de Bordeaux, 1893.

(26) G. Vuillaume. *De l'absence congénitale du tibia*. Th. de Lyon, mai 1899.

(27) Lannelongue. Quelques exemples d'anomalies congénitales, *Arch. gén. de méd.*, 1883. — Mirabel. *Des déformations des doigts et des orteils en rapport dans leurs rapports avec l'hérédité*, Th. de Paris, 1873. — Derode. *De la brachydactylie*, Th. de Lille, 1888. — Féré et Demantké. Etude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considéré comme stigmate de dégénérescence, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1891 p. 432-443. — Otto-lenghi et Carrara. Il piede prensile negli alienati e negli criminali, *Archiv. psic.*, 1892. — Gilles de la Tourette. Leçon clinique, *Semaine méd.*, 30 déc. 1896, p. 517.

(28) Raffegau. *Du rôle des anomalies des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme*, Th. de Paris, 1884. — Gilson. Les faibles d'esprit, *Encéphale*, 1885. — Bourneville et Sollier. Des anomalies des organes génitaux externes chez les idiots et les épileptiques, *Progrès méd.*, VII, 1888, p. 125. — Féré et Perruchet. Anomalies des organes génitaux chez un épileptique, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, II, 1889, p. 130. — P. Louet. *Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés*, Th. de Bordeaux, 1889-1890, n° 8. — Laurent. Anomalies de la verge chez les dégénérés, *Arch. d'anthropol. crimin.*, VII, 1892, p. 24. — Richard d'Aulnay. Anomalies du prépuce clitoridien, *Journal des sages-femmes*, Paris, 1898. — P. Rambaud. *Contribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme*, Th. de Paris, 1899. — Debierre. *Les vices de conformation des organes génitaux de la femme*, in-16, Paris 1892.

(29) Faneau de la Tour. *Le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1871. — Brouardel. Sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juin 1887, p. 673. — P. Teissier. Le rétrécissement mitral, in *Cliniques de la Charité*, Paris, 1894. — Henry Meige. L'infantilisme, le féminisme et les hermaphrodites antiques, l'*Anthropologie*, 1895, IV, p. 257, 414 et 529; — Deux cas d'hermaphrodisme antique, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, VIII, 1895, p. 56; — Infantilisme chez la femme, *Ibid.*, p. 218 et pl. XXXVIII et XXXIX. — Van Brero. Malformations des organes génitaux, infantilisme et féminisme chez un épileptique, *Ibid.* — P. Richer. Les hermaphrodites dans l'Art, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, V, p. 384, et pl. XLVI, XLVII, XLVIII. — Ammon. Infantilisme et féminisme aux conseils de revision, l'*Anthropologie*, VII, 1896, p. 285. — E. Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses et de l'infantilisme myxœdémateux, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, p. 240. — Meige et Allard. Deux infantiles : infantile myxœdémateux et infantile de Lorain, *Ibid.*, mars-avril 1898.

(30) P. Marie. Mémoires divers, in *Rev. de méd.*, 1886; *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1888; *Progrès méd.*, *Bull. méd.*, etc. 1889; — *Arch. de méd. expérim.*, 1891, etc. — Souza-Leite. *De l'acromégalie*, Th. de Paris, 1890. — G. Duchesneau. *De l'acromégalie*, Th. de Lyon, 1891. — Brissaud et Meige. Deux cas de gigantisme suivi d'acromégalie, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, X, 1897.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(9 janvier 1901)

Après quelques observations de MM. Tuffier et Hartmann sur l'importance de l'**examen du sang pour le diagnostic de cancer de l'estomac**, la Société revient sur l'intéressante question du **traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.**

M. Loison se demande si le diagnostic de ces perforations est aussi difficile qu'on l'a dit. Il étudie la question à ce point de vue : laissant de côté le diagnostic de la fièvre typhoïde et de l'appendicite, laissant aussi de côté les cas dans lesquels la perforation intestinale survient dans la forme adynamique de la fièvre typhoïde, alors qu'il se fait presque d'emblée une péritonite généralisée, et qu'il est dès lors trop tard pour intervenir, M. Loison veut se borner à l'étude des perforations qui surviennent au cours des fièvres typhoïdes de forme moyenne, à marche normale, vers la fin du second ou vers le troisième septenaire.

Sous l'influence d'un effort quelconque, le malade se plaint d'avoir senti brusquement une vive douleur dans le flanc droit, douleur irradiant peu à peu dans l'abdomen. M. Loison insiste sur l'importance de ce signe. Puis survient en même temps une modification brusque de la température, soit dans le sens de l'élévation, soit dans le sens de l'abaissement, puis une élévation du pouls qui, de 90 ou 96, passe rapidement à 120 et au-dessus, en même temps qu'il devient petit. Tels sont les signes importants et à peu près constants sur lesquels il y a lieu d'insister pour le diagnostic de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Il est bien entendu que le chirurgien doit intervenir aussitôt le diagnostic posé.

Sur 90 cas d'intervention, il y a eu 16 guérisons; 8 fois sur ces 16 cas, il s'agissait de perforations survenues au second septenaire. Il ne faut pas se laisser influencer par trop par la question des perforations multiples ou successives. L'intervention n'est pas rendue beaucoup plus grave quand les perforations sont multiples. Quand elles se succèdent, il ne faut pas hésiter à ouvrir de nouveau le ventre pour fermer une seconde perforation, comme on l'a fait pour la première.

Telles sont les réflexions que présente M. Loison et qui l'amènent à cette conclusion que la perforation intestinale de la fièvre typhoïde est une affection chirurgicale, susceptible de guérir par une intervention judicieuse et pratiquée en temps opportun.

M. Hartmann produit plusieurs statistiques empruntées à la chirurgie étrangère et surtout à la chirurgie américaine.

Ces statistiques prouvent, dit-il, que M. Lejars avait raison de dire qu'il était du devoir du chirurgien d'intervenir dans ces cas; précocité du diagnostic, précocité de l'intervention, tels sont les deux meilleurs éléments de succès.

Plusieurs membres inscrits à l'ordre du jour n'ayant pu répondre à l'appel de leurs noms, on passe aux présentations :

M. Poirier présente une femme de cinquante-trois ans, qu'il a opérée d'un **épithéliome de la région iléo-cæcocolique.** Cette femme pesait 33 kilos. M. Poirier a fait l'incision iliaque; il a pu isoler et exciser la tumeur, bien qu'elle fût en contact immédiat avec le rein. La résection faite, il a suturé bout à bout les deux portions restantes de l'intestin, en fronçant un peu la portion colique. Cette femme a pu se nourrir dès le lendemain, elle pèse actuellement 41 kilos. Elle se porte très bien. M. Poirier espère que la récidive ne sera pas trop prochaine, car il a pu enlever tous les ganglions.

M. Lucas-Championnière montre un homme chez lequel il a fait une **résection de l'épaule**, pour une fracture, vicieusement consolidée, de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cet homme jouit à peu près de tous les mouvements de son épaule. Le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants. M. Lucas-Championnière fait suivre cette observation de réflexions sur les indications de la résection dans certains cas de fracture mal consolidée. Ce n'est pas là une opération très fréquemment pratiquée. Ollier, en l'espace de quarante ans, n'en a fait que 30. M. Lucas-Championnière en a fait 14. Il a fait également cette opération dans des cas de luxation non réduite ou mal réduite.

MM. Berger, Walther, Félizet et Lucas-Championnière prennent successivement la parole à ce sujet et discutent la valeur de l'intervention.

M. Championnière présente un **appendice** qu'il a enlevé sur une jeune femme dans les conditions suivantes : cette jeune femme avait été opérée déjà pour une double salpingite; on lui avait enlevé les deux ovaires. Malgré cela, elle continuait à souffrir et à vomir; on sentait une grosseur contre la corne droite de l'utérus. C'était l'appendice iléo-cæcal qui était tellement adhérent à l'utérus, que M. Lucas-Championnière dut réséquer une petite portion de cet organe pour enlever l'appendice.

M. Routier a fait une **résection de l'S iliaque** sur une jeune fille de dix-huit ans. Il croyait trouver une affection tuberculeuse, il s'agissait d'un cancer colloïde.

MM. Mauclaire et Morestin présentent d'intéressantes observations qui feront l'objet de rapports.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(10 JANVIER 1901)

Le succès obtenu dès sa naissance par la Société de neurologie lui a imposé des obligations nouvelles; elle a donc quitté le local offert par la Faculté de médecine, et tient maintenant ses séances à la Société de chirurgie, sous la présidence du professeur Raymond.

M. Parinaud a consacré plusieurs travaux à l'étude des **paralysies associées des globes oculaires.** M. le professeur Raymond et M. Cestan rapportent trois faits nouveaux. Chez deux malades, il ont observé une hémiplégie sensitivo-motrice gauche, associée à la névrite optique œdémateuse, des vomissements, des céphalées, de la torpeur intellectuelle, signes révélateurs d'une tumeur cérébrale. Il n'existait pas de paralysie faciale périphérique, mais une paralysie bilatérale des mouvements associés du droit externe d'un côté et du droit interne du côté opposé pour les seuls mouvements de latéralité aussi bien vers la droite que vers la gauche. A l'autopsie, ils ont trouvé un gros tubercule de la partie supérieure de la protubérance; ce tubercule siège entre les noyaux de la troisième paire en haut, de la sixième paire en bas; c'est lui qui a causé la paralysie des mouvements associés de latéralité soit en détruisant les faisceaux qui unissent la sixième paire à la troisième paire et dont MM. Mathias Duval et Laborde ont démontré l'existence chez le chat, soit en agissant sur les centres coordinateurs des mouvements des globes oculaires, centres que plusieurs auteurs placent au voisinage des tubercules quadrijumeaux. Ces auteurs présentent en outre un troisième malade atteint subitement, dans un ictus, d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche et d'une paralysie des mouvements associés d'élévation, de convergence et de latéralité des globes oculaires; tous les autres mouvements des globes sont conservés. Ils insistent sur ce fait qu'une lésion nucléaire, possible à la rigueur, rend difficilement compte de cette symptomatologie si particulière et croient plutôt à une lésion des centres coordinateurs des globes oculaires, centres dont on ignore d'ailleurs encore le siège et le mécanisme exacts.

M. L. Lévi a étudié l'**état des réflexes tendineux** chez les tuberculeux pulmonaires de la troisième période. Il a pu constater à plusieurs reprises la trépidation épileptoïde du pied non associée à d'autres signes capables de déceler une lésion soit médullaire, soit cérébrale. D'ailleurs, on sait bien qu'on peut constater, ainsi que le fait remarquer le professeur Raymond, la trépidation spinale en dehors de toute sclérose du faisceau pyramidal, par exemple dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, dans la fièvre typhoïde, etc. M. Babinski insiste sur ce fait intéressant que, si la trépidation spinale peut coexister avec l'abolition du réflexe rotulien, puisque ces deux phénomènes ne relèvent ni du même nerf ni du même segment médullaire, il n'a jamais vu au contraire la trépidation spinale coexister avec l'abolition du réflexe du tendon d'Achille.

M. Touche montre les pièces d'un cas de **pachyméningite cervicale** sans syringomyélie et présente, en outre, un jeune malade atteint d'une **arthropathie de l'épaule droite avec dissociation de la sensibilité superposée** et qu'il croit atteint de pachyméningite cervicale.

M. Swiltaski a examiné, dans le service de M. Marie, la **moelle de cinq malades amputés d'une jambe.** Il a constaté une atrophie de la moelle du même côté que l'amputation, atrophie portant sur la corne antérieure et sur le faisceau latéral, et connue depuis longtemps. Mais sa communication étudie un fait plus intéressant, signalé déjà par M. Marie; l'auteur a vu, en effet, au niveau des cordons postérieurs, non une atrophie simple, comme le disent les auteurs, mais une atrophie avec sclérose; point très particulier, cette atrophie est plus nette à la région cervico-dorsale qu'à la région dorsale, plus rapprochée cependant que la première du point d'entrée des racines correspondant au membre amputé; ce fait semble tenir à ce que les fibres atrophiées, disséminées à la région d'entrée des racines se tassent au contraire plus haut quand elles forment le cordon de Goll et

que leur dégénérescence devient par cela même plus évidente.

M. Ferrand étudie l'**atrophie des tubercules mamillaires.** Déjà, M. Marie avait montré l'an dernier un cerveau porteur d'un ramollissement du lobe occipital et atteint d'une atrophie du tubercule mamillaire du côté de la lésion, mais la lésion était très étendue. Au contraire, dans les deux faits qu'apporte aujourd'hui son élève, M. Ferrand, la lésion est localisée : il s'agit d'une lésion du cunéus, lésion surtout corticale ayant entraîné une atrophie très prononcée du tubercule mamillaire du côté de la lésion. L'un de ces deux malades fut atteint d'une légère hémiplégie gauche et d'une hémianopsie temporale gauche ; à l'autopsie, on a trouvé un petit foyer de ramollissement hémorragique, de la grosseur d'une pièce d'un franc et très superficiel, siégeant autour de la calcarine, ayant cependant entraîné l'atrophie du tubercule mamillaire droit.

M. Sérieux apporte à la Société un fait des plus rares, un cas de **surdité corticale par kyste hydatique.** Son malade fut interné pour des troubles mentaux très prononcés, délire et hallucinations de l'ouïe. L'auteur observa des crises d'épilepsie partielle avec troubles mentaux post-épileptiques très prononcés. Mais en outre le malade présentait une cécité verbale prononcée, ne reconnaissant ni les objets, ni surtout l'écriture, n'exécutant pas les ordres écrits avec légère paraphasie, sans qu'il fût possible d'étudier complètement les troubles de l'écriture. Le symptôme le plus important observé chez le malade fut une surdité bilatérale complète. Le malade n'entendait plus le moindre bruit comme dans les surdités par lésion de la huitième paire; il avait cependant des hallucinations de l'ouïe qui constituaient même un des points principaux de son délire. Le malade mourut d'une infection pulmonaire et à l'autopsie on a trouvé de nombreux kystes hydatiques, disséminés sur la surface des deux hémisphères, sur le lobe frontal, sur la frontale ascendante, sur les temporales, sur le pli courbe, sur le cunéus. Le siège de ces nombreux kystes donnent fort bien l'explication du polymorphisme des signes présentés par le malade. Cependant M. Marie se demande si l'intoxication hydatique n'a pas joué un certain rôle dans l'apparition des troubles délirants.

MM. Perrin de la Touche et Dide apportent des coupes pour montrer la **division amitosique des cellules nerveuses du cobaye adulte.** Sur de belles préparations, ils ont vu que le nucléole de la cellule nerveuse du cobaye comprend une partie basophile et une partie acidophile, très diversement groupées (sphères distinctes ou conjointes, type en barillet, etc.). Le réseau nucléaire offre le plus souvent une disposition radiée, ou parfois réticulée, et renfermant un grand nombre de microsomes acidophiles ; quelques microsomes basophiles sont libres dans les mailles du réseau, la membrane nucléaire présente généralement un point basophile lenticulaire, paraissant avoir une situation constante. Tous ces détails histologiques sont nets et M. Gombault a confirmé cette description intéressante. Mais les auteurs insistent sur un point très curieux. Il semble qu'à l'état normal, du moins, la cellule nerveuse ne soit que le résultat de l'évolution d'un neuroblaste, que les cellules nerveuses adultes en un mot ne peuvent pas se reproduire par division. Or, ces auteurs ont cru observer à l'état normal la division amitosique des cellules nerveuses. Le nucléole se diviserait suivant divers procédés plus ou moins complexes; le noyau se diviserait lui-même amitosiquement soit par étranglement soit par fissuration; cette division du noyau serait elle-même suivie de la plasmadiérèse de la cellule suivant le processus habituel. Cependant, tandis que le premier stade est très fréquent (division du nucléole), les deux autres, surtout le dernier, s'observent rarement.

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique.

M. Coquille (1) préconise l'emploi de l'acide phénique en attouchements pour détruire les végétations de la vulve.

D'après lui, ce mode de traitement n'expose pas aux hémorragies, ni aux complications des plaies. Les applications de l'acide phénique sont peu douloureuses, elles s'appliquent à tous les cas, même à ceux où les végétations étant sessiles et volumineuses, l'excision en devient dangereuse. On peut sans inconvénient user de ce procédé dans la grossesse, et dans les cas où il y a complication de diabète, d'anémie, d'hémophilie.

Le seul inconvénient possible, c'est l'érythème phéniqué des parties voisines, mais il est facile de l'éviter en faisant le badigeonnage avec quelques précautions.

Il n'y a jamais eu d'accidents d'intoxication.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie oculaire (2), par le docteur Albert Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

La chirurgie oculaire a fait, au XIXe siècle, les plus incontestables progrès. La guérison opératoire du glaucome, du strabisme, des déviations palpébrales, les précieuses modifications apportées à l'exécution de toutes les opérations pratiquées sur l'œil et l'orbite, l'attestent formellement. Il est certain qu'une foule d'interventions sur ce terrain datent du siècle qui finit, et que les conditions dans lesquelles elles se produisent sont également meilleures qu'autrefois, grâce à l'anesthésie générale et locale, à l'antisepsie sous toutes ses formes et au perfectionnement de l'arsenal de la chirurgie oculaire.

De tels changements ont remanié la partie chirurgicale de l'ophtalmologie au point qu'il était devenu nécessaire d'en refaire l'exposé.

Le livre actuel résume le cours de chirurgie oculaire que M. Terson fait depuis dix ans. Voici le plan suivi :

Les indications thérapeutiques et les descriptions opératoires ont été mises en regard des régions correspondantes en suivant l'ordre anatomique, c'est-à-dire en commençant par les paupières pour aboutir à l'orbite, en passant successivement en revue l'appareil lacrymal, la conjonctive, la cornée, la sclérotique, l'iris, le cristallin, le corps vitré, la rétine, le nerf optique et les muscles de l'œil.

Un programme d'exercices opératoires sur le cadavre complète l'ouvrage.

Les descriptions techniques, les indications et les origines des diverses opérations sont décrites minutieusement.

M. Terson est bien connu par les nombreuses publications ophtalmologiques qu'il a faites dans ces dernières années; rappelons qu'il a publié, il y a deux ans, une *Technique ophtalmologique* (antisepsie, anesthésie, instrumentation) qui est une véritable introduction à la *Chirurgie oculaire* qu'il publie aujourd'hui, — qu'il a publié les éditions fran-

(1) Th. de Paris, 1900, anal. in *Lyon méd.*, 1900, n° 47.
(2) In-18. Prix : 7 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

çaises augmentées de nombreuses additions de l'*Atlas-Manuel des maladies externes de l'œil* et de l'*Atlas-Manuel d'ophtalmoscopie*, du professeur Haab, — enfin, qu'il a décrit le chapitre Maladies de l'œil, du grand *Traité de chirurgie clinique*, des professeurs Le Dentu et Delbet.

C'est dire toute la compétence de l'auteur de ce nouveau précis de chirurgie oculaire.

Manuel des infirmières (1), *Anatomie* et *Physiologie* par le docteur E. VINCENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgie de l'hospice de la Charité de Lyon.

Le personnel hospitalier doit avoir des notions d'anatomie et de physiologie; c'est la base naturelle de tout enseignement médical, à n'importe quel degré. Bien des personnes, parmi celles qui désirent embrasser la profession de gardes-malades, éprouvent de l'embarras à trouver et à choisir un volume élémentaire d'anatomie et de physiologie, qui soit assez développé pour les initier, mais qui ne soit pas trop étendu cependant, au point de surcharger leur esprit d'un bagage inutile.

C'est pour répondre à ce désir que M. Vincent publie ce *Manuel des infirmières*. Il reproduit les leçons qu'il a faites à l'École professionnelle des infirmières des hospices de Lyon.

Ce volume contient 27 leçons sur l'anatomie et la physiologie : 9 leçons sur l'ostéologie; 3 sur l'arthrologie, la syndesmologie et la myologie; 2 sur l'angéiologie et physiologie de la circulation du sang et de la lymphe; 1 sur les organes et de physiologie de la respiration; 1 sur les organes et la physiologie des excrétions (urines, sueur, etc.); 4 sur les organes et la physiologie des sens; 4 sur la névrologie, la physiologie du système nerveux et sur le développement du corps humain.

Ce volume avait besoin, à cause de la brièveté forcée des descriptions anatomiques, d'être complété par de nombreuses figures; elles ont été multipliées d'après les meilleurs auteurs.

Manuel de thérapeutique (2), par le docteur F. BERLIOZ, professeur à la Faculté de médecine de Grenoble, directeur du bureau d'hygiène et de l'Institut sérothérapique. Préface de M. le professeur BOUCHARD.

La quatrième édition du « Manuel de thérapeutique » de M. Fernand Berlioz diffère sensiblement des précédentes. Ainsi que le dit l'auteur dans son « avertissement », chaque jour voit éclore un médicament nouveau, et chacun de ces médicaments a été l'objet d'une étude spéciale. Nous citerons particulièrement les *antiseptiques*, les *antipyrétiques*, les *anesthésiques*, généraux et locaux. La *sérothérapie* et l'*opothérapie* font l'objet d'une étude approfondie et complète, l'auteur ayant en ces matières une compétence spéciale, puisqu'il dirige un institut sérothérapique.

Tous les chapitres ont été revus et mis au courant des dernières découvertes : en un mot, le livre est bien le manuel le plus complet qui existe de la thérapeutique actuelle.

Stations hydrominérales climatériques et maritimes de la France (3). Ouvrage rédigé par la Société d'hydrologie médicale de Paris à l'occasion du XIII[e] Congrès international de médecine.

Destiné à vulgariser la connaissance des stations hydrominérales et climatériques de la France, ce volume présente un caractère essentiellement pratique. Il ne pouvait être question d'y faire figurer les 1291 sources relevées par la statistique ministérielle : il a fallu se réduire aux stations fréquentées, offrant avec une notoriété scientifique établie, des ressources suffisantes aux malades qu'on y peut adresser. Les différentes études qui composent ce volume fournissent donc aux médecins tous les renseignements *utiles* : elles ont été rédigées avec le plus grand soin par les auteurs les plus compétents et leur ensemble constitue l'ouvrage à la fois le plus simple et le mieux documenté qui ait été publié depuis quelques années sur les eaux minérales françaises. Enfin de nombreuses figures complètent les différentes monographies et une carte hors texte accompagne le volume.

(1) In-16, 552 p., avec 184 fig. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 4[e] édit., revue et augmentée. In-16 diamant, cart. toile angl., tr. rouges. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et C[ie].

(3) In-8°, avec nomb. fig. dans le texte et 1 carte. Prix : 5 francs. — Paris, Masson et C[ie].

La profession médicale, ses devoirs, ses droits (1), par M. G. MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, membre associé de l'Académie de médecine.

La profession médicale traverse, depuis quelques années, une crise qui, à des degrés différents, peut-être, mais sous des formes sensiblement identiques, sévit dans tous les pays à civilisation européenne. Bien des facteurs ont contribué à cet état de choses. Il importe de les étudier et, si l'on peut, de les modifier.

On a pu dire que les nouveaux admis à l'exercice professionnel connaissent insuffisamment le groupe dans lequel ils vont évoluer leur existence, qu'ils n'ont qu'une imparfaite connaissance de la déontologie médicale et qu'ils ne l'apprennent guère qu'avec la pratique de la vie. Ils peuvent alors se laisser aller, dès le début, à commettre à l'encontre des malades et des familles ou envers leurs confrères, telles ou telles fautes, simples erreurs sans doute, mais fâcheuses pour eux-mêmes et pour la profession tout entière. Ces assertions contiennent une grande part de vérité.

M. Morache a cherché, dans son livre, à envisager avec la plus entière indépendance les conditions de la profession médicale. Les futurs médecins, ceux qui, déjà, s'engagent sur le terrain si difficile de la pratique professionnelle, recueilleront dans cet ouvrage d'excellents principes qui pourront leur servir de guides, tout au moins les aider à fixer leurs légitimes hésitations. Cet ouvrage intéressera également le grand public qui, s'intéressant à la vie des médecins, sera curieux de connaître leurs devoirs professionnels.

L'insuffisance hépatique (2), par A. GOUGET, médecin des hôpitaux.

L'insuffisance hépatique est par excellence une question à l'ordre du jour. Il n'est, pour ainsi dire, pas de semaine qui ne voit éclore quelque nouvelle communication sur les moyens de dépister cette insuffisance à ses débuts. Et cependant, à part quelques brèves revues, aucun travail d'ensemble n'a paru sur la question. Il y avait là une lacune qu'est venu combler le livre de M. Gouget.

Après une courte introduction, dans laquelle il définit l'insuffisance hépatique et montre qu'elle peut présenter toute une série de degrés, depuis la forme la plus bénigne jusqu'à la plus grave, l'auteur aborde l'étude étiologique de la question, passant successivement en revue les causes déterminantes (mécanique, toxiques, parasitaires, dyscrasiques, nerveuses), et insistant tout spécialement sur la valeur des causes prédisposantes (hérédité, atteinte antérieure

(1) In-12, cart. à l'angl. (Collect. méd.). Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et C[ie].

du foie, etc.); suit un exposé anatomo-pathologique, dans lequel sont étudiées les diverses lésions qui peuvent rendre la cellule hépatique insuffisante. L'auteur met en relief l'importance majeure de la diffusion des lésions, et examine les moyens dont dispose le foie pour échapper à l'insuffisance (hypertrophie, hyperplasie, etc.).

Le chapitre consacré à l'étude des conséquences et des symptômes de l'insuffisance hépatique, est de beaucoup le plus détaillé : c'est, en effet, le plus important pour le clinicien. Après avoir montré que les accidents de l'insuffisance hépatique traduisent une intoxication complexe résultant de la perte des fonctions du foie, l'auteur décrit en détail le syndrome urinaire de cette intoxication. Chacun des éléments de ce syndrome (urobilinurie, glycosurie alimentaire, hypoazoturie, hypertoxicité urinaire, etc.), est méthodiquement étudié d'après le plan suivant : manière de rechercher le symptôme, conditions diverses dans lesquelles il se rencontre, sa pathogénie, sa valeur séméiologique.

Les chapitres suivants passent en revue le retentissement de l'insuffisance hépatique sur les reins, puis sur le tube digestif, la peau, l'appareil circulatoire, le système nerveux, la température et la nutrition générale, et l'action favorisante qu'elle exerce sur l'infection. Les relations avec certaines maladies (goutte, diabète) sont ensuite brièvement esquissées. A cette étude analytique succède une étude synthétique, où se trouvent décrites les principales formes cliniques de l'insuffisance hépatique. Des considérations générales sur le pronostic, le diagnostic et le traitement terminent le volume.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Internat et externat des hôpitaux de Paris. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient de prendre l'arrêté suivant :

« Sont complétés ou revisés, ainsi qu'il suit, les articles ci-après du règlement général sur le service de santé, savoir :

1° Le § 2 de l'article 11, ainsi conçu :

« Des concours sont ouverts chaque année, pour les places d'élèves », est complété comme suit : « Le concours pour les places d'élèves internes en médecine s'ouvrira le troisième lundi du mois de décembre, et celui pour les places d'élèves externes en médecine, le troisième lundi du mois d'octobre.

La date d'entrée en fonctions des élèves est fixée :

Pour les élèves internes en médecine, au 1er mai, et pour les élèves externes en médecine au 15 mai. »

2° Le § 2 de l'article 217 relatif aux conditions d'admission au concours de l'internat en médecine est revisé ainsi qu'il suit :

« Ces élèves ne peuvent toutefois prendre part à ce concours que pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai. »

3° L'article 144 qui détermine les conditions dans lesquelles des mutations et permutations peuvent être autorisées entre les élèves des hôpitaux est complété comme il est dit ci-après :

« Les élèves sont attachés au service.

Les chefs de service ne peuvent, en conséquence, être autorisés, lorsqu'ils changent de service, à emmener avec eux les élèves, internes et externes qui ont été désignés pour les assister.

Cette autorisation pourra toutefois être accordée, par exception, aux chefs qui ne feraient que changer de service dans le même établissement. »

Concours de l'internat. — *Epreuve orale* (9 janvier) : MM. Gauckler, 16 + 23 = 39 ; Bouchot, 14 + 24 = 38 ; Roussy, 16 + 21=37 ; Bourguignon, 15 + 20 = 35 ; Taguet, 15 + 20 = 35 ; Brocard, 11 + 21 = 32 ; Ertzbischoff, 13 + 18 = 31 ; Autefage, 10 + 19 = 29 ; Nivet, 8 + 19 = 27.

Séance du 11 janvier : MM. Boidin, 19 + 25 = 44 ; Lecornu, 16 + 26 = 42 ; Diel, 16 + 23 = 39 ; Bloch (Maurice), 18 + 20 = 38 ; Ferry, 15 + 22 = 37 ; Ricou, 16 + 21 = 37 ; Darcanne, 13 + 22 = 35 ; Thaon, 14 + 21 = 35 ; Philibert, 14 + 20 = 34 ; Flourens, 10 + 20 = 30.

Marine. — M. le médecin de première classe Suard, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir sur le transport-hôpital la *Nive* (escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. le docteur Marchandon.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 1re semaine de janvier, 823 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (858) et surtout à la moyenne ordinaire des semaines de janvier (1028).**

La fièvre typhoïde n'a causé que décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (7) et à la moyenne ordinaire des semaines de janvier (également 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 40.

La variole n'a causé que 6 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 86.

La rougeole n'a causé que 2 décès, au lieu de la moyenne 14 ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 2, et la diphtérie, 8. Ces chiffres sont très voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile n'a causé que 6 décès de 0 à 1 an. Ce chiffre est exceptionnellement faible (la moyenne des semaines de janvier est 28).

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 164 décès, au lieu de 166 pendant la semaine précédente et au lieu de 182, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre comprend notamment les suivants : bronchite aiguë, 23 décès (chiffre identique à la moyenne) ; bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 32) ; pneumonie, 39 (au lieu de la moyenne 56) ; congestion pulmonaire, 28. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès (au lieu de la moyenne 186) ; parmi ces 197 décès, sont 10 tuberculoses dont le siège n'est pas indiqué et qui, naguère, n'auraient pas été comptées sous cette rubrique ; la méningite tuberculeuse, 19 ; la méningite simple, 11 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès ; la congestion et le ramollissement cérébral, 31 décès ; les maladies organiques du cœur, 64 ; le cancer a fait périr 44 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès (la moyenne est 7) ; la cirrhose du foie, 5 (la moyenne est 10) ; la néphrite, 26 (la moyenne est 28). Enfin 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — **Nous avons le regret d'annoncer la mort de** M. le docteur Depasse, médecin principal des colonies, qui dirigeait le collège impérial de médecine à Tien-Tsin. Il a succombé après quelques jours de maladie résultant des fatigues de la guerre et des privations du siège. Il venait d'être nommé officier de la Légion d'honneur, et venait d'être inscrit au tableau d'avancement pour le grade de médecin en chef. Il était âgé de trente-neuf ans.

— Nous apprenons également la mort de MM. Dubrueil, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier ; Duclos, ancien professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Tours.

Hygiène de la grossesse et des suites de couches, par le docteur Louis VORLET, ancien interne des hôpitaux de Marseille. Petit in-8° de 90 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 15 JANVIER 1901. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Rupture sous-cutanée directe de l'artère humérale; oblitération consécutive, guérison sans gangrène, par M. G. Michel, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Prophylaxie des génitalites non virulentes; — Solution pour le traitement des affections choroïdiennes. — Variétés. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du xve au xixe siècle. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

RUPTURE SOUS-CUTANÉE DIRECTE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE

OBLITÉRATION CONSÉCUTIVE. GUÉRISON SANS GANGRÈNE

Par M. G. Michel,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Dans un article paru dans la *Revue de chirugie* de 1898, Lejars décrit, sous le nom de « ruptures sous-cutanées directes des grosses artères », des cas où un choc porte directement sur l'artère en laissant la peau, les articulations, le squelette intacts; mais produisant des lésions diverses de la paroi artérielle qui se traduisent le plus souvent par l'oblitération et la gangrène consécutive.

« C'est là », dit Lejars, « un type très particulier de traumatisme des artères. »

En effet, quelles sont les ruptures artérielles les plus fréquentes? Ce sont celles qui se produisent au cours du déplacement des fragments dans les fractures, ou des extrémités articulaires dans les luxations.

Elles sont fréquentes aussi dans les blessures par armes à feu; elles ont été décrites par Lidell, étudiées expérimentalement par Delorme, mais ce sont là des contusions directes, en communication avec l'air extérieur, dont l'évolution dépend surtout de l'infection de la plaie.

L'attrition sous-cutanée directe est rare, le petit nombre d'observations, 34, recueillies par Lejars, en est la preuve.

Nous avons observé dans le service de notre maître, M. le professeur Gross, une oblitération de l'artère humérale consécutive à un traumatisme direct de l'artère sans lésions des parties molles.

Le peu de fréquence des cas semblables — Lejars, dans son tableau, ne signale que 4 cas de lésions de l'artère humérale — l'évolution heureuse de cette oblitération nous engagent à rapporter notre observation.

A... (Henri), trente-deux ans, employé en vins, entre à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Gross, le 16 février 1900.

Le 14 février étant monté sur un foudre, il fit un faux pas, glissa et tomba d'une hauteur d'environ 1m50. En tombant, la face interne de son bras droit au niveau du tiers supérieur de ce bras porta violemment sur le bord d'un broc à vin qui se trouvait près du foudre. Relevé aussitôt, il se plaignit d'une très vive douleur, au niveau de la région contuse, il fut obligé de cesser son travail.

Rentré chez lui, cette douleur persista; il éprouvait une sensation d'engourdissement dans la main, des fourmillements au niveau des doigts.

Dans la nuit la douleur diminua, aussi voulut-il le lendemain de l'accident reprendre son travail. Il fut obligé de cesser aussitôt, éprouvant une grande fatigue dans le bras; étant dans l'impossibilité de saisir un outil. Il remarque une coloration bleuâtre de la main, un refroidissement de la peau; effrayé il se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen du membre supérieur droit de cet homme, on remarque au niveau du tiers supérieur droit, sur la face interne du bras, une echymose assez marquée, mais peu étendue. Au niveau de cette ecchymose, l'épiderme est rouge sur une longueur de 5 centimètres environ. Cette rougeur a la forme d'une ligne perpendiculaire à l'axe du membre. C'est le point d'application de la force vulnérante, ou plutôt la partie du bras qui a porté sur le rebord du broc.

Le bras n'est pas augmenté de volume, sa forme, sa direction sont normales. L'avant-bras ne présente rien de particulier, sauf à la partie inférieure, où l'on remarque une teinte livide des téguments. Cette lividité est surtout marquée à la main qui est un peu œdématiée.

A la palpation, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence complète du pouls radial droit. L'artère cubitale ne bat pas non plus.

La main est froide, bleuâtre, immobile; quand on dit au malade de remuer les doigts, il le fait; mais, dit-il, ils sont engourdis.

On ne perçoit pas de battements au pli du coude.

Au niveau de l'ecchymose et de la rougeur qui existent dans la région du tiers supérieur du bras, on sent, par la palpation le long du bord interne du biceps, un cordon dur, du volume d'une grosse plume d'oie, long de 5 centimètres environ. Ce cordon est très douloureux à la pression.

La palpation profonde montre que l'os est intact. Au niveau de ce cordon, on ne perçoit pas de battements, il en est de même en dessous, mais au-dessus on en constate d'assez forts, très marqués.

La sensibilité est conservée à la partie inférieure du bras, à l'avant-bras; elle est émoussée à la main, surtout au niveau des doigts.

Comme troubles fonctionnels, on note une diminution de la force musculaire du bras droit, le malade ne peut serrer

que très faiblement la main qu'on lui tend. S'il fait un effort, apparaissent de vives douleurs, et le membre retombe bientôt impotent.

M. le professeur Meyer a l'obligeance d'examiner le malade au laboratoire de physiologie, son examen confirme l'examen clinique.

Un sphygmographe de Dudgeon, très sensible, appliqué sur la radiale et la cubitale, ne révèle, dans ces deux artères, aucune pulsation.

Ce résultat négatif est confirmé par l'observation de la température superficielle, du bras, de l'avant-bras et de la main.

La température superficielle, prise avec un thermomètre très sensible au niveau du deltoïde, considéré comme normalement irrigué, est de 34 degrés.

Avec le même thermomètre, on trouve sur l'humérale audessus de la lésion 34 degrés.

Au niveau de la face antérieure et de la partie moyenne du biceps, au-dessous de la lésion 31 degrés; au pli du coude 32°3; à l'avant bras 29°2; sur la cubitale (partie inférieure de l'avant-bras) 27°6; sur la radiale (même région) 25°4; sur le dos de la main 24°2.

Il existe donc une diminution très considérable de la température locale, à mesure que l'on s'éloigne de la lésion, puisqu'il y a un écart de 10 degrés.

Au dynamomètre, on constate une diminution de la force musculaire du côté droit, côté de la lésion. Cette diminution est plus considérable après une ou deux tentatives de préhension.

Nous complétons l'examen clinique par l'étude des antécédents, et l'examen des différents appareils.

Ses parents sont bien portants; à signaler ce fait: sa mère, ouvrière à la manufacture des tabacs, a été enceinte dix fois; six fois la grossesse s'est terminée dans les premiers mois par un avortement, quatre fois elle accoucha avant terme deux enfants sont morts au bout de quelques jours, deux seulement ont survécu, dont notre malade.

Pour expliquer ces avortements, on ne peut incriminer la syphilis, dont on ne retrouve aucune trace, ni chez le père ni chez la mère; ils sont fréquemment observés à Nancy chez les employées de la manufacture des tabacs.

A... a fait son service dans l'infanterie de marine, a pris part à la campagne du Tonkin. A son retour il a eu des crises de paludisme pour lesquelles on l'a soigné pendant plusieurs mois.

Elles ont disparu depuis quelques années. La seule affection que nous trouvons dans son passé est une pneumonie qui remonte à trois ans.

Il nie tout accident syphilitique. Ce n'est pas un alcoolique.

L'état général est très bon, tous les appareils semblent normaux.

D'après tous ces symptômes, le diagnostic qui fut porté fut celui de contusion de l'artère humérale, suivie de l'oblitération immédiate de l'artère, due aux lésions des tuniques interne et moyenne.

Ce refroidissement des téguments de la main, la suppression du pouls à la radiale et à la cubitale, la diminution de la sensibilité, la faiblesse musculaire, tels sont, avec la constatation d'un cordon dur occupant la région de l'artère, les principaux symptômes de cette oblitération.

Le pronostic fut très réservé, on prescrivit comme traitement des bains chauds fréquents et prolongés. Dans l'intervalle des bains, on enveloppa le bras de ouate; il fut immobilisé en position élevée sur un plan incliné. A l'intérieur on donna une solution iodurée.

Jusque dans les derniers jours de février, la situation resta la même. Le malade se plaignait de quelques douleurs au niveau du cordon dur senti au tiers supérieur du bras. Ce bras étant toujours aussi faible, la température locale étant toujours inférieure à la normale.

Le 26 février à la contre-visite, le malade nous dit avoir senti à plusieurs reprises, par intermittences, son pouls radial : les battements, disait-il, étaient très faibles, nous le prenons, et ne sentons aucune pulsation. Il en fut de même les jours suivants.

Le 3 mars, nous constatons des pulsations très faibles au niveau de la radiale. Peu à peu le membre se réchauffe, les téguments se colorent, les pulsations deviennent plus amples, plus fortes.



Pouls radial gauche : normal.



Pouls radial droit : ample.

Malgré tous les conseils il quitte l'hôpital le 28 mars.

Il fut alors perdu de vue. Nous le revoyons le 20 août.

Nous constatons que les téguments sont normaux, la température locale est normale, le pouls facilement perceptible, mais les pulsations sont toujours faibles.

A la palpation on sent encore le long du bord interne du biceps, l'artère humérale oblitérée, formant un cordon dur comme les premiers jours de l'accident.

Le malade a repris son travail, mais quand il est fatigué il ressent des douleurs au niveau de ce cordon, des fourmillements dans la main; il est très faible, nous dit-il, du bras droit.

Si nous cherchons à mettre en relief les points principaux de cette observation, nous voyons que ce sont les suivants.

Il s'agit d'un traumatisme violent ayant atteint la région du tiers supérieur du bras; l'artère a dû être prise entre l'agent vulnérant et un plan osseux résistant, l'humérus. Ce traumatisme a produit des lésions de la paroi artérielle, qui ont été suivies, presque immédiatement, de l'oblitération de l'artère.

Les signes de cette oblitération ont été : l'absence du pouls dans la zone sous-jacente au point blessé; la pâleur, et le refroidissement du membre, remarqué par le malade lui-même, immédiatement après l'accident.

Ce refroidissement était appréciable au thermomètre; il était très marqué, puisque, entre la température locale en dessous du point contus et la température du corps, il existait un écart de 10 degrés.

L'examen local permettait de reconnaître l'existence d'un cordon dur, occupant la place de l'artère.

Les suites consécutives ont été la réapparition du pouls, tardivement la guérison sans gangrène, le malade ne gardant que des troubles fonctionnels relativement peu marqués.

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur l'étude des différentes lésions, que l'on rencontre au niveau des parois artérielles, sur le mécanisme de leur production. Nous renvoyons au mémoire de Lejars; de plus aux discussions qui suivirent un rapport de M. Berger à la Société anatomique

de 1877, et un rapport de M. Horteloup, à la Société de chirurgie de 1876.

La péri-artérite, admise par les anciens auteurs, n'a pas l'importance qu'ils lui attribuaient. La rupture des tuniques moyenne et interne avec recoquevillement endo-vasculaire, est la lésion observée le plus fréquemment, c'est probablement celle qui existait sur l'artère humérale de notre malade.

Il faut bien savoir cependant que, très souvent, la tunique interne seule a éclaté; la lésion de l'endartère peut être moindre encore, et réduite à une courte déchirure de direction variable, à une « fissure », comme l'a dit Verneuil.

Ces lésions peuvent suffire à entraîner la formation d'un caillot, mais la thrombose est lente et progressive; ce qui n'a pas eu lieu dans notre observation, où la thrombose a été immédiate.

Le mécanisme de ces ruptures artérielles est d'ordinaire complexe, divers éléments interviennent isolés ou combinés; il faut faire intervenir l'*éclatement*, l'*arrachement* et l'*écrasement proprement dit*, sur un plan osseux profond, quelquefois même la section sur une arête osseuse.

Pierre Delbet, dans le *Traité de chirurgie clinique*, dit que cette prise de l'artère entre l'agent vulnérant et un plan osseux résistant, n'existe que dans des cas exceptionnels; pour lui l'arrachement joue un rôle considérable dans la grande majorité des cas.

Quoi qu'il en soit, cet écrasement de l'artère est bien net dans notre observation.

L'absence du pouls dans la zone sous-jacente au point blessé; la pâleur et le refroidissement du membre, ce dernier très marqué chez notre malade, l'insensibilité superficielle et profonde, tels sont les principaux symptômes de l'oblitération des artères.

Quant à l'examen local, chez notre malade, dès le lendemain de l'accident, il permettait de constater un cordon dur, douloureux, bien limité, roulant sous le doigt, occupant nettement la région de l'artère.

Il n'en est pas toujours ainsi; même lorsque les lésions restent confinées aux tuniques interne et moyenne, du sang s'épanche toujours autour de l'artère et forme parfois un volumineux hématome, la rupture des branches vasculaires de la gaine, de certaines collatérales, l'attrition des muscles voisins, en expliquent la présence.

Dans notre observation, rien de semblable, les lésions étaient nettement limitées à l'artère. C'est ce qui explique peut-être leur évolution heureuse.

En effet, si l'on consulte le tableau de Lejars, on voit combien les gangrènes consécutives sont fréquentes. Sur les 34 observations recueillies par cet auteur 4 seulement ont guéri sans gangrène, l'attrition, et la thrombose ayant été démontrée par l'absence du pouls, et les autres signes dont nous avons déjà parlé.

Ce sont les observations de Cusco, Moré (de Nanteuil), Lawson, dans lesquelles il s'agissait de l'artère humérale; celle de Bryant, où l'artère fémorale était en cause.

Or, pour Lejars, l'épanchement sanguin péri-artériel joue un grand rôle dans la production de la gangrène consécutive, en exerçant une compression sur la veine adjacente et sur les collatérales artérielles et veineuses. Dans les observations citées plus haut, il manquait ou était très peu considérable; dans la nôtre il manquait complètement.

D'autres facteurs sont à incriminer pour expliquer les gangrènes; c'est ainsi que, dans la plupart des observations, la thrombose était toujours étendue à un long segment de l'artère contuse. Cette étendue de la thrombose gêne sans conteste le rétablissement de la circulation collatérale. Chez notre malade la thrombose était peu étendue, elle mesurait moins de cinq centimètres.

Il faut faire remarquer que, des 4 observations non suivies de gangrène, 3 se rapportent comme la nôtre à l'artère humérale.

Cela est dû au rétablissement plus facile que partout ailleurs de la circulation collatérale, qui, dans notre cas, s'est faite en grande partie par l'artère humérale profonde, la thrombose existant en dessous du point d'origine de cette branche importante.

Mais malgré l'absence de ces facteurs, épanchement sanguin plus ou moins considérable, étendue de la thrombose, la gangrène n'en est pas moins à craindre. Elle résulte de l'existence de fragments emboliques détachés du caillot principal, venant barrer complètement l'accès de tel ou tel territoire périphérique.

C'est là un grand danger, mais il n'est pas forcé, les observations de Lejars, la nôtre le prouvent, mais il doit toujours faire réserver le pronostic.

D'ailleurs si la gangrène ne survient pas, si la guérison est possible sans aucune trace de mortification périphérique, l'attrition artérielle, suivie de thrombose complète, peut laisser derrière elle un affaiblissement plus ou moins marqué du membre.

Cet affaiblissement du membre est signalé dans l'observation de Cusco, il était très marqué chez notre malade.

Nous serons bref sur le traitement de ces ruptures artérielles sous-cutanées. Le plus souvent on doit se borner à prescrire le repos, le bras étant placé dans une situation élevée. Il faut l'envelopper pour empêcher le refroidissement et éviter soigneusement toute pression locale exagérée.

Une intervention plus active est-elle de mise dans les cas où la rupture des parois coexiste avec un épanchement sanguin plus ou moins abondant s'étant formé autour de l'artère?

En raison de l'entrave qu'il apporte au retour de la circulation par les petits vaisseaux qu'il comprime, il faut ouvrir le foyer, l'évacuer et pratiquer la ligature régulière de l'artère au-dessus et au-dessous du point contus.

A cause du danger de l'embolie périphérique, toujours à redouter dans les cas semblables au nôtre, il semble que l'on pourrait pratiquer la ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous de la thrombose, surtout si cette thrombose n'est pas étendue.

En intervenant dans la période tout initiale, peu de temps après le traumatisme, on préviendrait le détachement des fragments emboliques, par suite la gangrène.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(11 JANVIER 1900)

Petite séance de rentrée consacrée en grande partie à l'installation du bureau pour 1901.

Deux communications seulement.

La première de M. Galliard, sur un cas de **pneumothorax suffocant traité par la pleurotomie**. La malade, âgée de vingt-cinq ans, récemment accouchée et d'après les vagues renseignements que l'on put obtenir, atteinte de pneumonie à la suite de l'accouchement, n'avait de collection gazeuse que dans la partie postérieure et externe de la plèvre. Mais

elle crachait du pus fétide et ce pus semblait provenir d'une collection qui ne communiquant pas avec la plèvre, existait probablement à son voisinage. La menace de la suffocation et la crainte d'une infection pleurale imminente, fit pratiquer la pleurotomie. La plaie n'a donné issue qu'à des gaz fétides. La malade, trois semaines après la pleurotomie, était en fort bon état, mais elle conservait sa collection gazeuse dans la plèvre droite. Il est probable que ce pneumothorax doit être rattaché à la pneumonie consécutive à l'accouchement.

MM. Variot et Chicotot rapportent de nouvelles observations tendant à établir que la **radioscopie** peut rendre de grands services pour le **diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant.** La radioscopie est préférable à la radio-photographie. Il va de soi que la radioscopie rendra surtout des services dans les cas de pneumonie centrale avec symptômes généraux graves et l'absence presque complète de signes physiques relevant de la percussion et de l'auscultation.

MÉDECINE PRATIQUE

Prophylaxie des génitalites non virulentes.

La destruction des microbes antochtones du vagin est *nécessaire*, si l'on veut éviter les génitalites post-matrimoniales; elle est possible et même *facile*, si l'on a recours aux injections antiseptiques pratiquées régulièrement et méthodiquement, de façon à exercer leur action sur toute l'étendue de la muqueuse vaginale. Il est indispensable, si l'on veut maintenir indéfiniment aseptique le conduit vaginal, de les répéter au moins une fois par jour. Des nombreuses substances qui peuvent être employées, aucune n'offre à la fois plus de sécurité et moins d'inconvénients que le sublimé. Ses propriétés bactéricides sont incontestables; il présente de plus sur beaucoup d'autres antiseptiques l'avantage de n'avoir ni odeur ni couleur.

Comme appareil instrumental, il faut rejeter délibérément tous ces injecteurs dans lesquels le liquide est mis en mouvement par une poire en caoutchouc, pour donner la préférence aux récipients qui utilisent la pression atmosphérique. Toute espèce de réservoir ou de bock en verre, en faïence ou en métal peut être adoptée, mais le plus simple est encore une poche en caoutchouc d'une contenance de deux litres, munie d'un couvercle qui en protège le contenu. De son extrémité inférieure part un tube en caoutchouc long de 1m50 à 2 mètres, aboutissant à une canule en verre courte de petit calibre, et, autant que possible, à seul orifice terminal, canule que l'on peut stériliser dans l'intervalle des injections en la tenant plongée dans un tube fixé au mur et rempli de la solution antiseptique.

Pour préparer soi-même extemporanément la solution on commence par remplir la poche avec de l'eau, on y ajoute ensuite 20 centimètres cubes de la solution suivante :

Sublimé	20 grammes.
Alcool	Q. S.
Eau distillée	1 litre.

Peut-être est-il plus pratique, en voyage, de remplacer cette solution par des pastilles dosées à 50 ou 25 centigrammes, pastilles que l'on aura soin, au moment voulu, de faire fondre dans un peu d'eau avant de l'introduire dans la poche.

La solution que l'on obtient ainsi varie de 1 p. 10000 à 1 p. 4000. Bien que l'on puisse impunément employer des solutions plus fortes (à 1 p. 1000 par exemple), les solutions précédentes devront suffire dans la plupart des cas, et même diluées encore à l'apparition du moindre signe inflammatoire.

La technique des injections n'est pas, tant s'en faut, chose indifférente. Pour qu'elles réalisent l'indispensable imprégnation totale de la paroi du vagin, il ne suffit pas de déplacer la canule, de l'incliner en divers sens, de l'enfoncer à des profondeurs variables, trop nombreux, trop irréguliers et trop profonds sont les plis du vagin pour qu'il soit possible de laver et de purifier chacun des sillons qui les séparent; il faut, de toute nécessité, faire baigner la paroi vaginale dans le liquide de l'injection, en comprimant la vulve autour de la canule. Dès que la tension du liquide ainsi retenu dans le vagin se fait sentir, on cesse brusquement la compression vulvaire et l'on recommence ainsi jusqu'à ce que l'appareil se soit complètement vidé, en terminant, la femme doit laver et frictionner soigneusement la vulve, les grandes et petites lèvres, afin de compléter aussi parfaitement que possible le nettoyage aseptique des organes génitaux. (F. Guinard, Soc. méd. du IXe arrond., séance du 8 novembre 1900.) L. B.

Solution pour le traitement des affections choroïdiennes.

Cyanure de Hg	0g30 centigr.
Chlorhydrate neutre de cocaïne....	0g25 —
Eau	275 grammes.
Eau de laurier cerise	25 —

F. s. a. Usage externe.

Cette solution peut être employée avec un réel avantage en fomentations oculaires chaudes, répétées plusieurs fois par jour, pour combattre les choroïdites atrophiques progressives de la myopie et les atrophies choroïdiennes disséminées des goutteux.

Enfin, elle pourra être administrée dans quelques cas graves de choroïdite exsudative, en injections sous-conjonctivales. (M. Galezoswki.)

VARIÉTÉS

Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du XVe au XIXe siècle.

Par le docteur A. Corlieu,

Bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine.

Aussi loin qu'on puisse remonter dans l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris, on ne trouve des indications précises sur les chirurgiens qu'à partir du xve siècle. J'ai publié en 1898, dans la *France médicale* (1), un mémoire sur les médecins de l'Hôtel-Dieu. J'ai cru devoir compléter ce travail pour les chirurgiens, dont j'ai pu suivre la filière chronologique depuis 1446 jusqu'en 1800. Elle est connue depuis cette époque jusqu'à nos jours. L'histoire de la lithotomie à l'Hôtel-Dieu pourrait tenir une place importante dans ce mémoire : mais elle sera l'objet d'un travail spécial.

Jusqu'au commencement du xixe siècle, il n'y eut qu'un seul chirurgien à l'Hôtel-Dieu : aujourd'hui on en compte trois qui sont :

Le professeur Duplay, pour la chirurgie clinique;

Le professeur Panas, pour la clinique ophtalmologique;

L'agrégé Lucas-Championnière, pour la chirurgie.

Duplay est secondé par un chef de clinique, un chef de clinique-adjoint, 4 internes, 9 externes titulaires et un certain nombre de stagiaires et de bénévoles.

Panas a également 2 chefs de clinique, 3 internes, 6 internes, et des stagiaires.

Lucas-Championnière est secondé par 2 internes, 6 externes et des stagiaires.

(1) Nos 23, 28, 30, 31, 32, 33, 42.

Il y a actuellement à l'Hôtel-Dieu 821 lits, sans compter les brancards. Sur ce nombre, 137 sont réservés pour la chirurgie en général, 55 pour les maladies des yeux.

Dans les siècles passés on a souvent compté plus de 2000 malades à la fois. On sait qu'on en couchait plusieurs dans le même lit (1). Pendant dix ans, de 1737 à 1747 inclusivement, il est entré à l'Hôtel-Dieu 231 487 malades; il en est mort 56 307 (2), soit 5 630 décès par an. Actuellement la mortalité générale est à peu près d'un dixième.

J'ai pu, tant dans les archives de l'Assistance publique que dans les manuscrits de la Bibliothèque nationale, relever les noms des 32 chirurgiens qui se sont succédé à l'Hôtel-Dieu de 1446 à 1800, c'est-à-dire pendant 354 ans. De tous ces chirurgiens, il en est peu qui aient laissé un nom digne d'être conservé dans les annales de la chirurgie française.

Jusqu'au commencement du XIXe siècle, le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu était fait par un chirurgien en chef, appelé aussi chirurgien-major. Il était secondé par un *gagnant-maîtrise* (3), sorte de chef de clinique, par dix ou douze compagnons chirurgiens, qu'on pouvait assimiler aux externes d'aujourd'hui, par des commissionnaires, dont le nombre a varié de 12 à 120 — il fut réduit à 74 en 1726 — et par un nombre illimité d'externes.

A la tête des étudiants était le *gagnant-maîtrise* : c'était un titre envié, qui donnait droit à beaucoup de privilèges. Ce titre apparaît pour la première fois en 1585 et le premier titulaire fut Jehan Millot, que nous verrons plus tard chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Le gagnant-maîtrise restait en fonction pendant six ans : il avait ainsi le temps de se former à la pratique; il était dispensé de fournir un diplôme de maître ès arts, sorte de baccalauréat ès-lettres, de la soutenance d'une thèse de chirurgie et du chef-d'œuvre. Le chef-d'œuvre consistait en préparation anatomique ou épreuve chirurgicale faite en présence du doyen de la Faculté de médecine, de deux docteurs-adjoints et des maîtres-chirurgiens. C'était une épreuve pratique. Entre autres avantages matériels, le gagnant-maîtrise était logé, chauffé, éclairé et nourri. Le gagnant-maîtrise était choisi parmi les compagnons par rang d'ancienneté.

Au-dessous du gagnant maîtrise étaient les *compagnons* ou garçons chirurgiens, pris parmi les commissionnaires, après examen subi devant un médecin de l'Hôtel-Dieu, le chirurgien major et le gagnant maîtrise.

Les compagnons avaient leurs fonctions bien déterminées. Le plus ancien était chargé de la réception des malades et il était changé tous les mois. Un autre était pour la salle des opérations, un pour la salle des fractures, un pour l'infirmerie, etc., etc. Ils étaient reconnaissables en ce qu'ils portaient le tablier blanc. Deux compagnons étaient de garde chaque jour pendant une semaine, pour les visites d'admission des malades.

Mais les compagnons chirurgiens n'étaient pas toujours très exacts à la visite d'admission. On leur reprocha de n'être pas toujours très réservés avec leurs malades du sexe féminin. Le 12 juillet 1675, on porta plainte contre eux. On se plaignit qu'à la visite « il s'y commettoit beaucoup d'actions indécentes et que la pudeur empêche de dire, et qui détournent quelquefois les malades de venir, qu'il seroit plus à propos que ce fussent des femmes qui les visitassent, et en cas de doute appelleroient le chirurgien, à quoy a esté fait réponse que cet usage a esté de tout temps, que pour prévenir ces inconvénients, on a estably une femme qui est toujours présente à la visite » (1).

Nos internes d'aujourd'hui protesteraient sans doute contre de semblables mœurs et une telle défiance.

Pour remédier à ces plaintes, le bureau avait décidé, le 18 février 1661, d'adjoindre au visiteur « une femme honneste, d'âge de cinquante ans ou environ, qui soit toujours présente et qui n'ait dans l'Hôtel-Dieu d'autre fonction que celle-là » (2).

Le rôle des compagnons était assez borné : il leur était interdit de faire des opérations sans en avoir référé au maître chirurgien. Le 4 septembre 1665, ils demandèrent à être autorisés à ouvrir les abcès, en présence du gagnant maîtrise, ce qui leur fut accordé.

Au-dessous du compagnon étaient les *commissionnés* ou *commissionnaires*. L'étudiant devait subir un examen devant les médecins de l'Hôtel-Dieu, le maître chirurgien et le gagnant maitrise (3). Primitivement on passait du rang d'externe à celui de commissionné sans examen, par rang d'ancienneté; mais le 31 mai 1769, le bureau établit l'obligation de l'examen. Ils étaient nourris.

Les commissionnés portaient comme signe distinctif un tablier blanc renoué avec un ruban rouge.

Enfin au-dessous des commissionnés venaient les *externes*, qui n'avaient droit ni au logement ni à la nourriture. Pour être externe, il fallait présenter au Bureau de l'Hôtel-Dieu un mémoire contenant le nom et les prénoms du candidat, l'indication de son pays, de son âge (dix-huit ans accomplis), l'extrait de baptême et un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le curé de la paroisse. Il fallait en outre subir un examen en présence de deux ou trois administrateurs de l'Hôtel-Dieu, du chirurgien-major et du gagnant maîtrise. Ils portaient comme signe distinctif un tablier noir.

Le 14 mai 1749 parut un règlement sur le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu.

« Ne seront reçus aucuns malades dans les salles de l'Hostel-Dieu qu'ils n'aient été préalablement visités et trouvés de la qualité requise pour cette maison, sçavoir les hommes par l'un des douze compagnons chirurgiens de l'Hostel-Dieu, et les femmes et filles par la visiteuse préposée à cet effet.

Le compagnon chirurgien qui sera de service à la chambre de visite, et la visiteuse ne pourront pour quelque cause et sous quelque prétexte que ce puisse être sortir hors de l'Hostel-Dieu, ni s'éloigner de la chambre de visite, si ce n'est pour aller au réfectoire ou la nuit pour se coucher, et à l'égard du compagnon pour aller aux pansements, et dans l'un ou l'autre des trois dits cas, s'il survient des malades à visiter, et le compagnon et la visiteuse, chacun en ce qui les concerne,, seront tenus aussitost qu'ils seront avertis, de venir sans délai faire la visite desdits malades.

Ni le compagnon, ni la visiteuse ne pourront se faire remplacer par d'autres personnes de dehors, ni le compagnon par des chirurgiens externes de l'Hostel-Dieu ou autres.

Les compagnons et la visiteuse auront attention lors de la visite de n'admettre que les personnes attaquées de maladies que l'on peut espérer de guérir, de renvoyer tous ceux dont les maux se trouvent incurables ou qui auront des maux vénériens.

Lorsqu'ils douteront si la maladie est incurable ou vénérienne, ils auront recours au chirurgien major et n'admettront le malade qu'après l'avoir consulté et en conséquence de son avis.

Les six compagnons chirurgiens de l'Hostel-Dieu qui doivent être de service dans la chambre de garde s'arrangeront

(1) Un décret de la Convention nationale, en date du 25 brumaire an II (15 nov. 1793), interdit le placement de plusieurs malades dans le même lit.

(2) Biblioth. nat., Mss. 1214, f° 87.

(3) Corlieu. *L'Enseignement au Collège de chirurgie*, 1890, in-8°, p. 42.

(1) Brièle. *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*, t. I, p. 203.

(2) Brièle. *Ibid.*, p. 149.

(3) Brièle. *Ibid.*, t. II, p. 78.

entre eux de manière que le jour et la nuit, en tout temps et à toute heure, on puisse en trouver qui soient prêts au premier avertissement à porter les secours nécessaires aux malades dans les différentes salles.

Ces six compagnons ne pourront ni découcher hors la chambre de garde, ni se faire remplacer par les chirurgiens externes de l'Hostel-Dieu, ni par aucun autre, ni faire coucher dans cette chambre aucun domestique.

Aucun des compagnons chirurgiens de l'Hostel-Dieu ne pourra pour quelque raison que ce soit coucher hors de l'Hostel-Dieu... (1). » (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 JANVIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Launois et André.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Segond, Broca (Aug.) et Lepage ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette et Teissier ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Sébileau ; — (2e partie) : MM. Terrier, Reynier et Legueu; — (2e série) : MM. Brissaud, Gaucher et Méry ; — M. Lejars, suppléant.

MARDI 22 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Chauffard, Hanriot et Ménétrier.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Gley et Desgrez ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Achard et Dupré ; — (2e série) : MM. Troisier, Marfan et Thiroloix ; — M. Hartmann, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Wallich ; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 23 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Walther.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

4e (ancien régime), *Faculté* : MM. Landouzy, Hanriot et Wurtz ; — M. Delbet, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Reynier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Delens, Segond et Mauclaire ; — (2e série) : Fournier, Widal et Méry ; — M. Letulle, suppléant.

JEUDI 24 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Richelot, Campenon et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Wurtz.

2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Gley et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Guyon, Poirier et Wallich ; — M. Thiroloix, suppléant.

4e (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pouchet, Gilbert et Tessier.

VENDREDI 25 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Gley et André.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Reclus et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Méry; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 26 JANVIER, à une heure. — 2e (2e partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Blanchard, Hanriot et Retterer.

3e (1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Richelot, Baret Faure ; — (2e partie) : MM. Raymond, Letulle et Achard ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Schwartz, Quénu et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau et Dupré ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Wallich ; — M. André, suppléant.

(1) Biblioth. nat., Mss. *Collect. Joly de Fleury*, t. 1214, f° 73.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine de Paris vient d'arrêter les sujets des prix Saintour, Corvisart et Béhier.

Prix Saintour. — Valeur séméiologique des variations leucocytaires. (Ce prix sera attribué en 1901.)

Prix Corvisart. — Recherches sur les faits relatifs à l'influence de l'hérédité paternelle de la syphilis. (Ce prix sera attribué en 1901.)

Prix Béhier. — Lésions du cœur dans la fièvre typhoïde. (Ce prix sera attribué en 1902.)

Les élèves qui désireront concourir pour le prix Corvisart devront se faire inscrire sans retard dans l'une des cliniques médicales des maladies mentales, des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques ou des maladies du système nerveux. Le 15 octobre 1901, au plus tard, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies aux numéros des lits qui lui auront été désignés ;

2° La réponse à la question proposée.

Les mémoires présentés en vue des prix Saintour et Béhier seront déposés au secrétariat de la Faculté, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Ce dépôt aura lieu : 1° pour le prix Saintour, avant le 15 octobre 1901, à trois heures, dernier délai ; 2° pour le prix Béhier, avant le 15 octobre 1902, à trois heures, dernier délai.

Guerre. — Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Coudeyras, Loüet, Laferrière, Cohadon, Bauby, Guex, Chanal, Baget, Derappe.

M. Lemoine, médecin-major de première classe au 32e d'artillerie, a été nommé professeur d'hygiène à l'École d'application du service de santé militaire.

Marine. — M. le médecin en chef Abelin, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller concourir au service à terre du port de Brest. Dès son arrivée dans ce port, M. le médecin en chef Legard devra être dirigé sur Toulon où il est appelé à servir à l'École d'application des médecins stagiaires.

— M. le médecin de première classe Rigaud, du cadre de Cherbourg, désigné pour aller servir au 14e d'infanterie de marine, au Sénégal, et M. le docteur Thirion, officier du même grade, médecin-major au 7e d'infanterie à Rochefort, sont autorisés à permuter.

— M. Ambiel, médecin principal à Toulon, et MM. les médecins de première classe Durand et Kéraudren, du port de Brest, sont autorisés à prendre part aux concours qui auront lieu le 15 janvier courant à Toulon, pour les emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Brangier, de Vantebis (Deux-Sèvres).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1901. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PARASITOLOGIE DES KYSTES HYDATIQUES MULTILOCULAIRES, par Mlle S. BROÏDO. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Rareté de la tuberculose chez les indigènes tunisiens; — Épilepsie symptomatique de l'intoxication chronique par la nicotine; — Diagnostic précoce du tabes; — Les symptômes laryngo-trachéaux de l'anévrysme aortique; — *Gynécologie :* Emploi de l'eau oxygénée en gynécologie; — *Thérapeutique :* Le thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et des bronchites. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PARASITOLOGIE DES KYSTES HYDATIQUES MULTILOCULAIRES

Par Mlle S. BROÏDO.

On a l'habitude de considérer la forme multiloculaire ou alvéolaire du kyste hydatique du foie comme extrêmement rare et les auteurs du *Traité de chirurgie* y consacrent à peine quelques lignes. Cependant il est probable qu'en réalité cette forme est bien plus commune qu'on ne le croit. Dans sa monographie consacrée au traitement du kyste hydatique du foie, Langenbuch donne la statistique de Vierardt, d'après laquelle il y aurait eu en tout, jusqu'à 1890, 99 observations publiées, dont 4 en Russie. Or, Melnikov-Rozvedenkov, qui vient de faire au laboratoire du professeur Ziégler, à Fribourg, une étude anatomo-pathologique et parasitologique du kyste hydatique multiloculaire, a pu en recueillir, rien qu'en Russie, 63 observations dont il a examiné les pièces dans la grande majorité des cas. Le nombre total de ces cas doit être bien supérieur, et pour ses recherches, Melnikov-Rozvedenkov a pu examiner en tout 78 cas, dont la plupart inédits.

La question de la nature intime du kyste alvéolaire et de ses rapports avec le kyste classique n'est pas élucidée. Pour les uns, le kyste multiloculaire n'est qu'une variété du kyste uniloculaire, étant engendré par le même parasite que ce dernier. D'autres, et parmi eux Langenbuch, ne croient pas cette identité démontrée et sont enclins à attribuer la production des kystes alvéolaires à un autre parasite que l'échinocoque. Pour trouver une solution à cette question, Melnikov-Rozvedenkov a examiné, comme nous l'avons dit, un grand nombre de pièces provenant de Russie, surtout de Moscou, et d'autres provenant de cas observés en Suisse, en Bavière et en Wurtemberg, régions où le kyste hydatique multiloculaire semble surtout fréquent. En plus, il a examiné au microscope des pièces provenant de bovidés. Ce sont les résultats de ces recherches très minutieuses que nous nous proposons d'exposer ici.

Et d'abord, peut-être ne sera-t-il pas inutile de donner ici la technique suivie par l'auteur, puisqu'elle lui a permis de constater, sur des pièces déjà étudiées, des faits non encore signalés.

Après fixation dans l'alcool, le liquide de Muller, le sublimé, la formoline, les pièces étaient décalcifiées dans une solution de formaldéhyde à 10 p. 100 contenant 4 p. 100 d'acide nitrique. Si les fragments présentaient à l'œil nu des lésions intéressantes, on faisait des coupes sériées; il était alors intéressant de comparer les modifications que présentait la lésion à l'œil nu à mesure que la coupe avançait, avec les lésions constatées au microscope sur les pièces colorées ou non. Les pièces étaient coloréées à l'hématoxyline alunée, étaient ensuite traitées par le carbonate de lithine et colorées au picrocarmin, d'après le procédé de Von Giesen, de Weigert.

A la période initiale, la lésion se présente sous forme de petits noyaux, constituant généralement des trouvailles d'autopsies. A l'examen microscopique de ces noyaux, on voit que la multiplication du parasite se fait par la transformation de l'embryon en un peloton multiloculaire, à l'intérieur duquel les œufs se différencient aux dépens d'une masse protoplasmique finement granuleuse. Ces œufs sont sphériques ou ovalaires, mesurant de 170 à 500-1020 μ de diamètre. Leur nombre est très variable, il peut y avoir de 15 à 60 et plus dans chaque peloton.

L'examen d'une série de coupes semble démontrer que l'embryon venu du canal intestinal par la veine porte s'arrête dans une des branches portes, dans la capsule de Glisson, dans le péritoine et s'y transforme peu à peu en une masse chytineuse multiloculaire, en perforant à l'aide des prolongements chytineux, les cloisons intervasculaires et formant ainsi une seule grande alvéole par fusion de la lumière de plusieurs branches vasculaires. Sur quelques coupes on peut nettement voir comment le peloton se dévide en quelque sorte, ses rubans pénétrant dans la paroi alvéolaire.

Le peloton se compose de travées chytineuses qui en forment la charpente, et de protoplasma granuleux qui remplit les espaces intertrabéculaires. Les rubans chytineux présentent une intertrication très complexe avec formation de nombreuses cavités; le peloton est donc bien multiloculaire. L'épaisseur, la structure, la composition chimique des travées est assez variable.

Les embryons pénètrent, d'autre part, dans le tissu spongieux qui oblitère la lumière des vaisseaux portes, y pro-

voque la dégénérescence caséeuse, avec formation de petites vésicules chytineuses, représentant des embryons morts. Mais à côté de ces derniers pénètrent dans les veines aussi des embryons vivants qui s'y fixent, se développent activement et se transforment à leur tour, en des formations multiloculaires analogues à la formation mère.

Le foyer hépatique primitif s'enkyste et en dehors de l'anneau fibreux qui l'enserre on ne trouve pas d'embryons. L'examen des noyaux métastatiques du poumon et du cerveau est particulièrement intéressant au point de vue de l'étude du développement du parasite. Celui-ci, apporté par le système sanguin, se trouve libre dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins du poumon, de même que dans les bronches (l'auteur décrit des lésions de *bronchite échinococcique*). Les embryons contenus dans l'enveloppe chytinique du parasite se multiplient et émigrent dans le tissu pulmonaire. La masse protoplasmique granuleuse amorphe remplit des vésicules chytiniques isolées qui deviennent ainsi les organes de fructification ; elle se différencie en une substance protoplasmique nucléée aux dépens de laquelle se formeront ensuite de jeunes embryons sphéroïdes. La vésicule, remplie d'embryons, crève et, grâce à leurs mouvements amœboïdes, ces embryons gagnent le tissu voisin. Ces vésicules, organes de fructification, se rencontrent aussi au niveau des foyers primitifs.

Sortis de la vésicule chytinique mère, les embryons pénètrent dans la cavité de l'alvéole où se trouvait la vésicule et passent dans le tissu pulmonaire. Là, leur plus grande partie subit la phagocytose des cellules qui les englobent. La présence de leucocytes dans les cellules embryonnaires du parasite les fait ressembler à des géantoblastes. On y observe des phénomènes de dégénérescence. Mais une partie des embryons qui se trouve dans le tissu pulmonaire continue à se développer et produit des formations en tous points analogues aux scolex, avec leurs ventouses et crochets. Elles se trouvent directement entre les cellules des tissus. On y trouve aussi de petites vésicules chytiniques. Ces dernières peuvent également pénétrer dans la lumière des vaisseaux et des bronches où elles forment des vésicules incurvées, quelques-unes d'entre elles ont des organes glandulaires.

Passant dans le tissu pulmonaire, par le cycle de leur développement, les embryons se transforment en des masses chytiniques complexes, capables à leur tour de donner une nouvelle génération. Dans le tissu qui entoure la masse néoformée, on trouve des œufs du parasite. Ces derniers sont entourés d'une membrane fibreuse épaisse et d'une capsule; au début, ils ne provoquent aucune réaction de la part du tissu qui les loge. Mais, avec le temps, la membrane d'enveloppe se dissocie et se désagrège; en même temps le noyau et le protoplasma de l'œuf subissent des phénomènes de transformation progressive. Ayant pénétré dans les tissus, l'œuf s'y développe d'abord, puis subit la métamorphose régressive et meurt; tandis que, s'il pénètre dans des conduits vasculaires ou autres, il se transforme en des masses chytiniques complexes, avec organes de fructification.

Ces constatations établissent donc ce fait important que le parasite de l'*échinocoque alvéolaire est capable de donner des œufs non seulement en dehors de l'organisme humain, mais aussi dans ce dernier*. A ce point de vue l'échinocoque qui appartient aux cystodes devient l'homologue des parasites de la classe des trematodes, comme par exemple le dystome. La plupart de ces œufs périssent dans la lutte avec les cellules phagocytaires ; mais s'ils ont la chance de passer dans la lumière de vaisseaux ou de conduits, leur avenir est assuré et ils s'y développent, donnent lieu à la production de pelotons chytineux avec embryons à protoplasma finement granuleux ou organe de fructification ; ce dernier se différencie en une substance protoplasmique nucléée, aux dépens de laquelle se formeront de nouveaux embryons.

Se développant dans l'organisme humain, les embryons de l'échinocoque alvéolaire donnent par conséquent lieu à la production de formes jeunes, finement granuleuses, dépourvues de membrane chytinique; ces formes ne font défaut qu'exceptionnellement. Les corps ovoïdes ou sphériques qui contiennent ces productions finement grenues, possèdent une fine membrane amorphe; le contenu grenu est éosinophile. A mesure que ces corps se développent, il se produit dans le corps granuleux de l'embryon une différenciation d'éléments cellulaires; des nucléoles y apparaissent et des vacuoles s'y forment. Ces formes jeunes de l'échynocoque élaborent une toxine qui provoque une réaction énergique des tissus et consécutivement leur nécrose. Mais les formes jeunes elles-mêmes, après avoir atteint un certain degré de développement, succombent, en formant de petites vésicules chytineuses primitives, lesquelles sont stériles. Fait important, ces masses granuleuses peuvent donner lieu à la naissance des formes jeunes non seulement à l'intérieur des vésicules chytineuses, mais aussi à l'extérieur de ces dernières; les formes jeunes sont douées de mouvements amiboïdes.

La masse protoplasmique grenue forme, à l'intérieur des vésicules, les scolex dont on peut suivre pas à pas le développement. D'autre part, à côté de scolex, on voit souvent des corpuscules « calcaires », avec ou sans noyau, se colorant fortement à l'hématogline et composés d'un protoplasma granuleux, transformé en chytine. Ces corpuscules sont par conséquent des formes avortées, des embryons ou des scolex qui ont succombé de bonne heure, par suite de dégénérescence chytineuse; aussi Melnikov-Rozvedenkov propose-t-il de remplacer le terme « corpuscules calcaires » par celui de « corpuscules chytineux ». Ils ne sont attaquables ni par les acides, ni par les alcalis.

Enfin, on trouve aussi, à côté des scolex, des embryons d'échinocoque multiloculaire se composant d'une enveloppe de chytine et d'un grand nombre de corpuscules ovalaires protoplasmiques grenus.

La coexistence des corpuscules « chytineux », avec les scolex et les embryons granuleux, montre leur rapport génésique et prouve qu'ils se développent aux dépens du protoplasma granuleux du parasite.

Dans l'échinocoque alvéolaire des ganglions lymphatiques, les pelotons chytineux sont très riches en scolex aux diverses périodes de leur développement progressif et régressif. La transformation du protoplasma granuleux des scolex ou des embryons en une substance chytineuse constitue une véritable *dégénérescence chytineuse* ou *chytinisation* homologue à la dégénérescence hyaline. Elle s'accompagne de précipitation calcaire, ce qui indique sa parenté avec la nécrose des tissus.

Chez l'homme l'envahissement des tissus se fait non seulement par leur ensemencement par les embryons, doués de mouvements amiboïdes, [mais aussi mécaniquement, grâce à la perforation des tissus par les prolongements

chytineux. Cette pénétration mécanique joue un rôle très important dans la dissémination du parasite.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ÉCHINOCOQUE MULTILOCULAIRE. — Se basant sur tous ces faits constatés à l'examen d'un très grand nombre de coupes, Melnikov-Rozvedenkov conclut que le parasite du kyste hydatique alvéolaire est tout à fait distinct du kyste hydatique ordinaire, ainsi que le prouvent également des expériences de Mongold, de Müller, etc. Ces auteurs, en faisant ingérer des scolex du kyste alvéolaire, ont vu se développer un tænia distinct de celui qui donne le kyste simple. Le kyste alvéolaire doit être classé parmi les néoplasmes granuleux infectieux, tels que l'actynomycose, la tuberculose. Le parasite élabore, dans les tissus de l'organisme humain, une toxine spéciale, nocive pour ces tissus. Il agit donc non seulement mécaniquement, mais encore chimiquement. Les formes jeunes du parasite, c'est-à-dire les embryons pénètrent, grâce à leurs mouvements amiboïdes, dans les espaces intercellulaires. Leur présence y provoque une prolifération cellulaire intense et la circulation s'y trouve entravée. Les fibroblastes et les géantoblastes enveloppent l'embryon et forment la paroi de la cavité dans laquelle se développera le parasite. Le fait essentiel à noter dans la vie de ce dernier, c'est la symbiose qui se produit entre les cellules de l'embryon et les cellules des tissus qui y sont attirées par la présence de la toxine. En s'installant dans les tissus, les embryons de l'échinocoque alvéolaire y provoquent la nécrose de coagulation, analogue à la caséification tuberculeuse. Cette analogie avec la tuberculose se trouve encore augmentée par la formation de cavités par suite de désagrégation de la tumeur, et la production d'hémorragies rétropariétales. L'endartérite et l'endophlébite, qui se développent sous l'influence des toxines de l'échinocoque, sont analogues aux mêmes lésions survenant au cours de la syphilis ou de la tuberculose; elles prouvent que l'action de ces toxines sur la tunique interne des vaisseaux est analogue à l'action de la toxine syphilitique et supérieure à la toxine tuberculeuse.

La présence de cellules géantes est la règle. Ces cellules se développent aux dépens des cellules connectives irritées ou bien aux dépens des formes jeunes du parasite dans lesquelles pénètrent des cellules des tissus. Nous avons dit que l'échinocoque agit non seulement chimiquement, par ses toxines, mais aussi mécaniquement, par les prolongements des pelotons qui perforent les cloisons. Dans ce dernier cas, le tissu dans lequel ils pénètrent se dissocie et s'atrophie; il se forme des alvéoles et des canaux.

Lorsque les embryons pénètrent dans les vaisseaux et canaux, ils y fructifient. S'ils restent dans les tissus, ils provoquent une réaction inflammatoire de la nécrose et succombent en laissant à leur place des vésicules chytineuses stériles. Il y a donc d'une part formation d'alvéoles et d'autre part dégénérescence caséeuse ou nécrose de coagulation.

L'envahissement de l'organisme humain a lieu, d'une part, grâce à la dissémination des embryons filles, formés dans les pelotons chytineux dans les tissus, et d'autre part par pénétration des prolongements des pelotons dont le protoplasma finement granuleux est nocif et toxique pour l'hôte et constitue en même temps le principe fructifiant pour le parasite.

Dans les expériences sur les animaux on peut recourir aux inoculations sous-cutanées et surtout à l'introduction, dans la lumière des vaisseaux, de fragments des masses chytineuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE SPÉCIALE DE L'ÉCHINOCOQUE ALVÉOLAIRE. — Le kyste multiloculaire s'observe surtout dans le foie, mais on peut aussi l'observer dans les ganglions lymphatiques, la vésicule biliaire, les poumons, le diaphragme, le rein et le cerveau. Dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques l'installation du parasite dans la tunique interne, moyenne ou adventice provoque des lésions d'*endo*, *méso* ou *périvascularite échinococcique*, c'est-à-dire endo, méso et périartérite, endo, méso ou péri-phlébite et enfin la *lymphangite échinococcique*. La prolifération du parasite dans le tissu cellulaire donne lieu à une sorte de *phlegmon échinococcique* chronique aboutissant à la production d'adhérences viscérales. La *pleurésie* et la *péritonite échinococcique* sont le résultat de la pénétration de l'échinocoque dans ces séreuses. De même la localisation dans les ganglions lymphatiques donnera la *lymphadénite échinococcique*, celle dans le diaphragme provoque une *myosite* échinococcique. L'inflammation chronique du foie et des poumons atteints d'échinocoque alvéolaire, peut être désignée sous le nom d'*hépatite* et de *pneumonie chronique échinococcique*. Dans la *bronchite et péribronchite échinococcique*, on trouve des embryons et des vésicules chytineux dans le produit de sécrétion bronchique. De même encore on observe une *angiocolite* et une *périangiocolite* et une *cystangiocolite échinococciques*.

Dans tous ces cas on trouve des lésions d'inflammation chronique d'origine infectieuse et en même temps des formes jeunes du parasite.

Ces diverses localisations parlent en faveur de l'analogie du kyste alvéolaire avec les granulomes infectieux. Elles montrent en outre que les parasites accumulés, du groupe des plathelminthes, agissent sur les tissus par les toxines qu'ils élaborent comme le font les parasites du règne végétal (bactéries, champignons).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(15 JANVIER 1901)

M. Guyon, en prenant place au fauteuil présidentiel, prononce le discours d'usage. Après les présentations, il annonce à l'Académie le nouveau deuil qui vient de la frapper dans la personne de son doyen d'âge, M. Chatin, qui appartenait à la compagnie depuis l'année 1853. Il retrace la vie de ce savant, ses travaux importants, les services éminents qu'il a rendus à l'École de pharmacie, la part importante qu'il prit aux travaux de l'Académie des sciences dont il faisait partie depuis 1874 et qu'il présida en 1892.

En terminant, M. Guyon constate que son regretté collègue a éprouvé la plus grande joie que puisse désirer un savant, celle de laisser un fils qui s'est déjà illustré dans les sciences et qui continue si dignement la tradition paternelle.

M. Chatin ayant été président de l'Académie de médecine, la séance sera levée en signe de deuil après qu'il aura été procédé à l'élection de M. Du Castel comme membre titulaire dans la section de thérapeutique. M. Du Castel a été élu par 60 suffrages sur 80 votants. Nous sommes heureux d'adresser à notre sympathique confrère nos sincères félicitations.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Rareté de la tuberculose chez les indigènes tunisiens. — MM. Tostivint et Remlinger attirent à nouveau l'atention sur la rareté de la tuberculose en Tunisie, rareté déjà signalée par plusieurs médecins de la Régence, les docteurs Bertholon et Loir notamment. Cette rareté n'est pas la même chez les différentes races qui peuplent le pays. Pour la population musulmane, la mortalité tuberculeuse est de 7,73 pour 100 décès; elle s'abaisse à 3,96 pour 100 pour la population européenne et elle n'est que de 1,24 pour 100 chez les israélites tunisiens. A quoi doit-on attribuer une mortalité tuberculeuse aussi faible chez les israélites? MM. Tostivint et Remlinger expliquent cette faible mortalité de la façon suivante :

« Alors que, dans les intérieurs arabes et européens, le balai règne en maître, le balayage à sec est totalement inconnu des israélites : le nettoyage humide est seul usité. Chaque jour, plusieurs fois par jour même, chez les riches comme chez les pauvres, la propreté des escaliers, des corridors, des parquets, revêtus de marbre pour la plupart, est assurée par le passage de linges humides. Les poussières qui voltigent dans l'atmosphère sont réduites au minimum. Elles se trouvent encore diminuées de ce fait que dans les intérieurs israélités les meubles sont extrêmement peu nombreux. La nudité des pièces contraste avec l'encombrement des appartements occupés par les Français ou les Italiens. Ce sont ces excellentes habitudes hygiéniques qui paraissent devoir rendre compte de la mortalité si faible des israélites tunisiens par tuberculose. » (*Revue d'hyg.*, 20 nov. 1900.) L. G.

Épilepsie symptomatique de l'intoxication chronique par la nicotine. — Il s'agissait, dans l'observation intéressante rapportée par M. Bikhowsky, d'un jeune homme de vingt-huit ans, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, chez lequel survenaient depuis deux ans des accès d'épilepsie de plus en plus fréquents, prolongés et graves. L'examen le plus minutieux du malade ne révéla aucun autre trouble, aucun symptôme morbide. L'interrogatoire établit que ce malade était depuis quelques années employé à une fabrique de tabac où il était plus spécialenent chargé de la préparation de tabac de qualité inférieure; à cet effet il faisait bouillir dans une marmite des feuilles de tabac auxquelles il ajoutait des substances chimiques diverses destinées à les débarrasser d'une partie de nicotine. La pièce se remplissait alors de vapeurs très caustiques, à tel point que le malade était obligé de préserver ses yeux à l'aide de lunettes spéciales. Il séjournait dans cette atmosphère six à huit heures par jour, humant et souvent goûtant le tabac qu'il préparait.

L'auteur conseilla au malade d'aérer la pièce dans laquelle il travaillait, d'examiner les échantillons dans une autre pièce que celle où il les préparait et de ne pas rester en général si longtemps dans l'atmosphère chargée de vapeurs de nicotine. Grâce à ces mesures, l'état du malade s'est amélioré et depuis cinq mois il n'a pas encore eu d'accès. Aussi M. Bikhowski pense-t-il que les accès d'épilepsie étaient dus à l'intoxication chronique par la nicotine. (*Medyc.*, 1900, nº 35.) S. B.

Diagnostic précoce du tabès. — Le professeur Erb (de Heidelberg) rapelle combien le tabès est encore souvent méconnu; il insiste sur l'importance du diagnostic pour l'institution précoce du traitement. Il énumère à ce propos une série de cas (cinq), dans lesquels les douleurs lancinantes, combinées à l'immobilité d'une ou des deux pupilles, furent à peu près les seuls signes de la maladie; dans un cas on ne trouva que de la parésie vésicale et génitale subjectives, un faible degré de paresthésie, et de la fatigue; objectivement, on ne constatait qu'une oscillation légère du corps, quand on faisait fermer les yeux du malade. Erb porta le diagnostic de tabes bien que les grands symptômes classiques aient fait défaut et que les réflexes tendineux soient restés normaux, la maladie existant cependant depuis quatre à sept ans.

Il est vrai que, dans tous ces cas, le diagnostic de syphilis secondaire n'était pas douteux, ce qui rendait très vraisemblable le diagnostic de tabes. A ces cas, où il n'existe presque que des signes subjectifs, les signes objectifs étant réduits au minimum, Erb en oppose d'autres, notamment un dans lequel, alors qu'il n'existait que des douleurs passagères dans le territoire du cubital, paresthésie momentanée d'un doigt ainsi qu'un léger degré de paresse vésicale, on constatait des troubles de l'équilibre, l'abolition des réflexes, le myosis et l'immobilité des pupilles. Cependant le malade ne ressentait aucun malaise et était capable d'activité. Il avait également eu la syphilis dix-huit ans auparavant. (*Münch. med. Woch.*, C. R. in *Wien. klin. Woch.*, 1900, nº 45, p. 1048.) P. V.

Les symptômes laryngo-trachéaux de l'anévrysme aortique. — M. Collet (de Lyon) ramène à trois principaux les symptômes de l'anévrysme aortique que révèle l'examen laryngoscopique.

En faisant tenir le malade debout pour l'examen pratiqué avec un miroir de Clar (le médecin peut aussi se mettre à genou devant le malade assis), on peut voir convenablement la trachée; dans les cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte on aperçoit, avec une grande habitude, un bon éclairage et de la tolérance de la part du malade, une saillie arrondie qui rétrécit la lumière du canal; à sa surface on peut voir des vaisseaux dilatés, animés de pulsations; d'autres fois la masse tout entière est animée de battements; les pulsations peuvent être exceptionnellement mises en évidence au moyen d'une sonde poussée dans l'œsophage. Le larynx peut être dévié ou œdématié par suite de la compression des vaisseaux veineux laryngés.

Le signe découvert par Olivier, en 1878, consiste en tractions exercées par la systole de la poche anévrysmale sur la bronche gauche, placée au-dessous d'elle, de telle sorte que trachée et larynx subissent des mouvement alternatifs de descente et d'ascension. Pour le rechercher, il faut tendre la trachée en renversant la tête du malade et saisir le cartilage cricoïde comme si on voulait le soulever; on sent alors à chaque systole un mouvement d'abaissement du larynx coïncidant avec la systole cardiaque.

Enfin dans la plupart des cas d'anévrysme aortique, il y a paralysie du récurrent gauche; la corde vocale paralysée est généralement en position cadavérique; quelquefois, quoique immobile, elle est d'abord fixée sur la ligne médiane de la corde comme due à une paralysie d'abord isolée du muscle abducteur; plus tard, les tenseurs se prendraient à leur tour, ce qui se traduit par une excavation du bord libre; et enfin, lorque les adducteurs seraient pris, la corde se placerait en position cadavérique. Le récurrent droit n'est pas toujours indemne et pourrait même être comprimé isolément. Il faut aussi tenir compte des phénomènes de contraction spasmodique qui peuvent être produits par l'irritation du nerf. (*Province méd.*, 23 juin 1000, C. R. in *Rev. hebd. de laryng.*, 1900, nº 33, p. 203.) P. V.

GYNÉCOLOGIE

Emploi de l'eau oxygénée en gynécologie. — M. Chtampké recommande vivement l'usage du peroxyde d'hydrogène dans le traitement des affections utérines. Il y a recours

dans quelques cas d'endométrites rebelles à tout autre traitement médical, et même au curetage, et a obtenu de très bons résultats. Le mode d'emploi consistait soit en application, matin et soir d'abord, une fois par jour ensuite, de tampons imbibés d'eau oxygénée, soit dans un cas par exemple de métrite par rétention partielle du placenta, en injections intra-utérines d'eau oxygénée [avec la seringue de Braun]. (*Przeg. lexarski*, 1900, n° 40.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Le thiocol dans le traitement de la tuberculose et des bronchites chroniques. — M. BRAUN publie diverses observations favorables au traitement de la tuberculose et des bronchites chroniques par le thiocol, et conclut de ses observations que nous possédons dans le thiocol une préparation très importante de gaïacol capable d'agir d'une façon extrêmement remarquable, sur les affections tuberculeuses des poumons, et de guérir complètement les maladies de la muqueuse bronchique, accompagnées de sécrétion putride. Des quantités considérables de ce médicament sont absorbées ou incorporées par l'organisme sans conséquences fâcheuses; le thiocol n'irrite nullement la muqueuse stomacale; on peut le prescrire sous la forme préférée par le malade, il ne possède ni goût, ni odeur repoussante, et la plupart des malades le prennent longtemps et même des mois sans répulsion. (*Klin. ther. Woch.*, 1900, n° 38.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude pratique sur le mal de Pott (1), par le docteur V. MÉNARD.

Dans ce livre, où M. Ménard s'est proposé surtout d'écrire ce qu'il a vu, les médecins trouveront tout ce qu'il leur importe de connaître sur le traitement du mal de Pott, tel que le conçoivent actuellement les chirurgiens d'enfants. Pour exposer clairement et complètement le chapitre de thérapeutique, l'auteur étudie sommairement d'abord l'anatomie pathologique, les symptômes et les complications de la tuberculose vertébrale. La description minutieuse des lésions anatomiques montre combien le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit l'anatomie pathologique du mal de Pott, s'il ne veut pas en arriver, comme certains, à ne voir dans la tuberculose du rachis qu'une difformité locale et à la traiter comme telle, conception qui entraîne les plus fâcheuses conséquences thérapeutiques. L'analyse symptomatique met bien en relief les variantes multiples du tableau clinique, les complications principales et l'évolution de la maladie. C'est alors seulement que M. Ménard aborde le chapitre capital, le traitement du mal de Pott, en s'attachant surtout à développer les principes qui doivent guider l'esprit du médecin et sans s'arrêter à des vues trop exclusives sur les détails des moyens à employer. Si le repos absolu des malades paraît à l'auteur préférable à toute autre méthode, il ne condamne cependant pas absolument les corsets, dont l'application et l'usage raisonné ont rendu de signalés services. Les injections modificatrices doivent, dans presque tous les cas, être préférées à l'intervention chirurgicale, de résultats trop incertains. Enfin, la paraplégie qui, dans ses formes légères, guérit spontanément, et qui, au contraire, oppose dans ses formes graves une résistance extrême à tous les moyens de traitement peut être avec succès combattue par le procédé opératoire de l'auteur. Tel est, très brièvement résumé, le livre de M. Ménard : la clarté et la précision du texte, le constant souci de l'auteur d'être avant tout pratique et clinique, enfin les excellentes figures dues à M. Ch. Sellier font de ce livre une œuvre à tous égards remarquable. L. B.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Vie, génération, stérilité (1), par M. SYLVIUS.

La France diminue!... Tel est le cri général, déchirant. On ne fait plus, on ne veut plus d'enfants! Telle est la résultante des forces de l'égoïsme humain. Adynamie vitale, voilà bien de tes coups contre la reproduction.

C'en est une calamité sociale, d'ailleurs aggravée par les vices d'une humanité qui s'engouffre dans l'alcoolisme, le luxuriantisme et leurs plaies.

Le docteur Sylvius, sonnant ainsi la charge du 12 mai 1900, vient de réunir toutes ses idées sur ce noir sujet en un magistral volume : *Vie*, *Génération*, *Stérilité*, le neuvième de la collection des *Perversions sexuelles*.

Le livre du docteur Sylvius, qui n'oublie pas d'indiquer le remède du mal, comprend huit chapitres où brille une érudition choisie avec titres sensationnels, suggestifs et éducatifs. Ce livre sera lu avec intérêt par tous les médecins.

Maladies des voies urinaires : Thérapeutique générale, thérapeutique symptomatique, médecine opératoire (2), par P. BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de la Société de chirurgie.

Ce volume du docteur Bazy fait suite à ceux qu'il a déjà publiés sur les maladies des voies urinaires : *Exploration*, *traitement d'urgence* et *Séméiologie*. Un quatrième volume : *Thérapeutique spéciale*, complétera bientôt cette série d'études.

Le volume qui paraît aujourd'hui comprend trois parties. Dans la premiére, l'auteur étudie l'administration et l'emploi des médicaments, ainsi que la thérapeutique générale des voies urinaires. Puis, vient l'exposé de la thérapeutique symptomatique et la description des accidents de l'hématurie, de l'infection urinaire, de l'insuffisance urinaire, de la rétention d'urine. Les interventions opératoires font enfin l'objet de la troisième partie.

Ce volume est un véritable vade-mecum du médecin praticien, et rendra les plus grands services à tous ceux qui, sans s'être consacrés spécialement aux maladies des voies urinaires peuvent se trouver en présence de cas graves exigeant une intervention.

L'analyse biologique des eaux potables (3), par le docteur J. GASSER.

Ce livre se divise en trois parties : dans la première sont passés en revue les instruments et appareils nécessaires à une analyse biologique de l'eau ; la seconde est consacrée à la façon dont on recherche le nombre des microbes de l'eau ; la troisième contient l'étude des microbes pathogènes le plus habituellement véhiculés par l'eau, ainsi que les caractères des principaux micro-organismes banaux rencontrés au cours de l'analyse.

La constipation habituelle et son traitement (4) par M. HERSCHELL (traduction de COHENDY).

Dans cet ouvrage M. Herschell a condensé tous les renseignements utiles au médecin pour soigner une constipation rebelle. L'*irrigation continue du rectum et du gros intestin*, l'*hydrothérapie* sous ses diverses formes, l'*électricité*, les *drogues chimiques*, sont successivement étudiées. La recherche des *moyens aptes à régulariser les fonctions intestinales au cours du traitement*, puis un court chapitre sur le *pronostic* de la constipation chronique terminent cet ouvrage court et clair, et écrit dans un but essentiellement pratique. L. B.

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

(2) In-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : 2 f. 50. — Paris, Masson et Cie.

(3) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

(4) In-18. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

La pratique du massage (1), par M. DE FRUMERIE, externe des hôpitaux.

Ce petit livre, écrit spécialement pour les infirmiers et infirmières, est le résumé des conférences faites par l'auteur dans les hôpitaux de Paris. Il est indispensable à toute personne désirant connaître les premiers éléments du massage. Dégagé de toute théorie inutile il est le livre pratique par excellence. Les figures viennent encore aider à la clarté du texte, par leur grande simplicité démonstrative. Attendu avec impatience par le personnel des hôpitaux, il deviendra, nous n'en doutons pas, le vade-mecum de tout bon garde-malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Epreuve orale* (14 janvier) : MM. Lacasse, 18 + 23 = 41 ; Monier, 15 + 25 = 40; Sébilleau, 16 + 23 = 39; Rollin, 14 1/2 + 24 = 38 1/2; Mesnil, 12 + 24 = 36 ; Lebhard, 14 + 21 = 35; Jacquemin, 11 + 21 = 32; Hébert, 8 + 23 = 31 ; Teisseire, 8 + 20 = 28; Wicart, 8 + 20 = 28.

Facultés de province. — *Toulouse.* — Le récent concours du protectorat vient de se terminer par la nomination de M. Florence.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Un concours s'ouvrira le 11 novembre 1901, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Maison départementale de Nanterre. — Un concours s'ouvrira, le 13 février 1901, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à un emploi d'interne titulaire et de trois emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie.

Les internes provisoires pourront être autorisés à prendre part au concours du titulariat en 1902.

Tout interne qui serait reçu docteur devra résigner ses fonctions dans le mois qui suivra sa soutenance de thèse.

Durée des fonctions : du 1er mars 1901 au 28 février 1902.

Traitement annuel pour les internes titulaires : 1 200 francs, plus une indemnité de nourriture et de logement de 1 080 francs, et pour les internes provisoires : 1 000 francs.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité).

Le registre d'inscription s'est ouvert le 10 janvier 1901, à dix heures du matin, et sera clos définitivement le 24 du même mois, à quatre heures.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Mesny, du cadre de Brest, est désigné pour servir sur le *Styx* dans l'escadre de l'Extrême-Orient au lieu et place de M. le docteur Poret.

Nomination. — M. le docteur Gouraud est nommé président de la Ligue nationale contre l'alcoolisme pour l'année 1901.

Société anatomique. — Le bureau pour 1901 est composé comme suit : MM. Cornil, président; R. Marie et Auvray, vice-présidents; Apert et Marcel Labbé, secrétaires; Morestin, archiviste; Milian, trésorier.

Membres du comité : titulaires, MM. Durante, Griffon, Mouchet; adjoints, MM. Lefas, Launay, Rabé.

La Société française d'hygiène vient de renouveler ainsi son bureau pour 1901 : MM. Ladreit de Lacharrière, président; Fichet, Degoix, Aubeau, F. Brémond, Foveau de Courmelles, P. Moreau (de Tours), vice-présidents; A. Joltrain, secrétaire général; Blayac, Rouxel, Goudal, Charlier, Bruhat, O'Followell, secrétaires; Ferdinand-Jean, chef du laboratoire; Régnier, bibliothécaire; Landau, trésorier.

Conférences. — Le vendredi 18 janvier, à huit heures et demie, M. le docteur Bérillon, inspecteur des asiles publics d'aliénés, fera à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, une conférence sur « L'hypnotisme, l'hystérie et les démoniaques dans l'art ». (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.)

Le sultan et le médecin. — Extrait du rapport médical sur la mission Marchand de Loango à Djibouti, par Fashoda, du docteur J. Emily :

« Plusieurs sujets du sultan Tamboura viennent me demander mes soins. La plupart d'entre eux étaient atteints d'affections syphilitiques de la peau, sur lesquelles la pommade mercurielle en applications externes et l'iodure de potassium pris à l'intérieur produisent des effets miraculeux. Le sultan lui-même eut plus d'une fois recours à moi. Un jour, entre autres, il me pria d'aller soigner une de ses filles qui était morte. J'eus de la peine à lui faire comprendre que je n'étais pas Dieu, et que si j'empêchais quelquefois les gens de mourir, il m'était impossible de rappeler à la vie ceux qui l'avaient perdue. » (*Arch. de médecine navale.*)

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Trains extra rapides entre Paris et Menton.* — La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée met en marche tous les jours, depuis le 10 janvier, entre Paris et Menton, deux trains extra-rapides comportant des places de wagons-lits (sleeping-cars), de lits-salons et de 1re classe, et partant, l'un de Paris, à 7 h. 30 soir, et l'autre, de Menton, à 6 h. 10 soir.

Trajet de Paris à Cannes en 14 h. 45.
Trajet de Paris à Nice en 15 h. 20.

Ces trains ont un nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance, aussi bien en 1re classe qu'en compartiment de luxe, en s'adressant à la gare de Paris-Lyon et aux bureaux de ville de Paris, rue Saint-Lazare et rue Sainte-Anne.

— A l'occasion des courses de Nice (jusqu'au 23 janvier), du Carnaval de Nice (du 31 janvier au 19 février), des Régates internationales de Cannes (22 février au 17 mars) et de Nice (mars et avril), des vacances de Pâques, du tir aux pigeons de Monaco, la Compagnie délivrera jusqu'au 15 avril, des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde (les différents goitres), par le docteur JABOULAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Articles originaux et observations recueillis par le docteur Étienne MARTIN, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Un vol. gr. in-8° de 360 p., avec 108 fig. photogravure dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Technique des appareils plâtrés (spécialement pour l'orthopédie), par le docteur Franck MICHEL, ex-interne au dispensaire Furtado-Heine. Un vol. in-18 de 100 p. avec 31 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Précis de thérapeutique oculaire usuelle suivi de notions pratiques d'électrothérapie oculaire, par le docteur A. BOURGEOIS (de Reims). Troisième édition, revue et augmentée. Un vol. in-18 jésus, cartonné, de 135 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-18, avec 31 fig. explicatives. Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

La librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier un **Catalogue général de livres de sciences**, comprenant la médecine, l'histoire naturelle, l'agriculture, l'art vétérinaire, la physique, la chimie et l'industrie ; on y trouvera l'annonce détaillée de plus de cinq mille volumes, avec un extrait de la table des matières des principaux ouvrages et surtout un répertoire méthodique très détaillé, par ordre de matières.

Cette brochure de 104 p., gr. in-8°, est envoyée gratis et franco dans tous les pays du monde, à toute personne qui en fait la demande par carte postale *double* (avec réponse payée).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1901. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La typhose syphilitique, par M. G. CARRIÈRE, agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile à l'Université de Lille. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. Classement des internes titulaires et des internes provisoires.

REVUE GÉNÉRALE

La typhose syphilitique.

Par M. G. CARRIÈRE, agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile à l'Université de Lille.

I

« La fièvre syphilitique, dit le professeur Fournier dans son beau livre sur la syphilis, est rarement isolée. Se produisant à une époque où la diathèse est généralement prodigue de manifestations, elle se trouve naturellement appelée à coïncider d'habitude avec tels ou tels autres symptômes secondaires. De là des associations multiples et variées, de là des différences assez notables dans l'allure et dans la physionomie générale que peut revêtir cette fièvre; de là, parfois aussi, des apparences insidieuses qui courent risque de donner le change au médecin et de conduire aux erreurs de diagnostic les plus inattendues.

En se combinant à l'asthénie, la fièvre syphilitique peut se rapprocher de ce qu'on appelle communément l'état typhoïde, on la prendrait volontiers alors, à ne considérer que l'habitus et les phénomènes extérieurs, pour une fièvre typhoïde. Symptômes fébriles plus ou moins accusés (pouls oscillant entre 110 et 120, température axillaire de 38°5, 39 degrés, 39°5), malaise fortement accentué, surtout dans le sens de l'adynamie, brisement, accablement des forces, prostration véritable, troubles sympathiques plus marqués que d'habitude : langue un peu saburrale, soif, anorexie; état asthénique de toutes les fonctions, pouls mou, dépressible; céphalalgie continue, vertiges; bourdonnements d'oreille; parésie des sens; hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence.

Un tel ensemble ne rappelle-t-il pas quelques-uns des traits caractéristiques de la fièvre typhoïde? En apparence au moins, je vous l'affirme, il est des plus trompeurs. La première impression qu'on éprouve en face d'un malade qui se présente sous cet aspect, conduit presque forcément au soupçon d'une dothiénentérie; il ne faut rien moins qu'un examen plus intime des troubles morbides pour rectifier ce premier diagnostic.

C'est à cet ensemble de symptômes que j'ai cru devoir donner le nom de typhose syphilitique. Grâce, messieurs, pour ce néologisme; peut-être aura-t-il l'avantage d'appeler l'attention sur des phénomènes peu connus et qu'il importe de bien connaître en pratique. »

Je ne pouvais mieux faire que de commencer cette étude par cette belle page du professeur Fournier. L'avenir l'a justifiée, et à l'heure actuelle, personne ne discute plus pour savoir si cette association clinique existe bien : il suffit d'avoir observé pour se convaincre de la justesse de vue du savant syphiligraphe.

Avant Fournier, il existe dans la littérature médicale des observations de ce qu'il a décrit sous le nom de typhose syphilitique. Il suffit de parcourir les travaux de ceux qui se sont occupés de la fièvre syphilitique pour en être convaincu. C'est ainsi que Fracastor, A. Paré, Jean de Vigo, Hunter, Schwediaur, Hecker et Morelli signalent presque tous la lassitude, l'état de torpeur et de stupeur qui accompagnent les phénomènes fébriles de l'infection syphilitique. Haygarth, de Castelnau en publient quelques observations. Guntz, en 1863, jugeait même nécessaire de différencier ces phénomènes fébriles de ceux de la rougeole, de la variole et d'autres fièvres éruptives.

La même année, Lancereaux s'exprimait ainsi : « La fièvre syphilitique peut être continue et pour peu qu'elle s'accompagne de céphalée, de lombago, de nausées, d'hébétude, de stupeur et d'épistaxis, on conçoit qu'elle puisse simuler la fièvre typhoïde. »

Depuis cette époque, nous récoltons quelques observations dans les thèses de Moustapha Faïd, de Courtaux, d'Ingold, dans les mémoires de Kiouchayantz, de Janowsky, de Schierber.

Mais, et c'est là un fait qu'il est important de retenir, c'est le professeur Fournier qui, le premier, isola la typhose syphilitique.

Depuis lors, nombreuses sont les publications sur ce sujet : citons par ordre chronologique : en 1875, celles de Sigmund, Thomas, Vajda; en 1876, la thèse d'Antonini; en 1878, les mémoires de Potain, Dehoucq et Vergely; en 1879, les deux articles de Bucquoy; en 1881, ceux de Petrowsky et de Farriolo, en 1883, celui de Duflocq; en 1884, ceux de Fergusson et de Yeo; en 1886, celui d'Andronico. Citons encore, en 1888, la thèse de Morin, le travail de Philipp; en 1889, l'importante thèse de Vialaneix; en 1895, celle d'Ahleman; en 1900, une observation de Condamin.

Ayant eu l'occasion d'observer moi-même deux cas de ce

genre, et ayant reçu de M. Tavernier une observation provenant du service de Leloir, j'ai pensé qu'il serait utile de réunir tous ces faits et d'en faire une étude détaillée. Cette étude s'impose, il me semble, car l'affection dont nous nous occupons simule parfois si bien la fièvre typhoïde, que l'erreur est pour ainsi dire impossible, qu'elle a été maintes fois commise; soit que l'on considère le malade comme atteint de dothiénentérie, soit que l'on croie à une fièvre typhoïde évoluant chez un syphilitique.

Et d'abord quelle est la fréquence de la typhose syphilitique?

Elle est rare. En dix ans, je n'en ai vu que deux cas. Mais Tavernier, qui depuis plus de quinze ans est attaché au service de M. Leloir, puis de M. Charmeil, n'en a observé qu'un seul cas. M. Arnozan m'écrivait qu'il n'en avait jamais vu.

Je n'ai pu en retrouver que vingt-cinq observations vraiment démonstratives dans la littérature médicale.

Cette rareté est surtout grande lorsque l'on fait une sélection rigoureuse des faits publiés, lorsque l'on n'admet le diagnostic de typhose syphilitique qu'après lecture et analyses minutieuses des observations.

La typhose syphilitique apparaît avec une fréquence beaucoup plus grande chez la femme (6 cas sur 25). D'où vient cette prédilection? Ne serait-elle pas due à ce que chez le beau sexe le chancre initial passe souvent inaperçu? Il en résulte que ces malades ne se traitant pas d'une manière précoce, les ravages du virus sont beaucoup plus grands. Chez l'homme, au contraire, le chancre est reconnu de bonne heure et le traitement est souvent immédiatement institué.

A quelle période de la syphilis apparaissent les accidents de la typhose? La réponse est facile, et il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations, pour voir que c'est du quarantième au soixantième jour après la constatation du chancre qu'ils entrent en scène. Antonini, dans un cas, a vu la typhose syphilitique n'apparaître que quatre mois après.

Cette date d'évolution tardive fait que le chancre est bien souvent guéri lorsque naît la typhose : ceci complique singulièrement le diagnostic chez les individus qui nient systématiquement la vérole.

Le chancre initial est parfois unique, il est plus souvent multiple (deux, trois ou quatre). Son siège est variable. Le plus souvent on le trouve aux organes génitaux, mais souvent aussi, et je signale le fait, le chancre siégeait à la face : Morel-Lavallée l'a vu aux amygdales ! est-ce là la cause de la virulence de la syphilis?

Il n'existe aucun rapport entre la typhose syphilitique et les dimensions du chancre.

Il n'y en a pas non plus avec l'intensité des phénomènes qui marquent la période qui précède la typhose.

Celle-ci apparaît surtout avant l'éruption, elle la précède immédiatement dans la plupart des observations. Souvent aussi elle accompagne l'apparition des syphilides. Plus rarement, elle est postéruptive (elle l'était dans mes observations).

II

Étude clinique. — Le début de la maladie est généralement insidieux. Le sujet a contracté la vérole, il a ou n'a pas constaté son chancre. Celui-ci s'est cicatrisé et la période secondaire s'installe avec ses manifestations parfois si peu marquées, absentes en bien des cas.

Certains malades tolèrent admirablement leur syphilis : rien ne révèle chez eux l'explosion éruptive qui va éclater.

Le plus grand nombre, cependant, et cela ressort très clairement de la lecture des observations, présentent, avant même leurs éruptions, avant l'apparition de la typhose, des manifestations évidentes d'une imprégnation virulente profonde. Chez eux on trouve au maximum tous les symptômes décrits par le professeur Fournier, comme caractérisant l'invasion de la période secondaire, et que ce savant divise en trois catégories : les douleurs, les troubles nerveux et surtout les troubles généraux. Ce sont surtout ceux-ci qui dominaient chez les sujets frappés de typhose syphilitique. Ils étaient asthéniques, déprimés, anéantis, éreintés par la vérole.

Certes, il eût été intéressant d'analyser exactement les perturbations de cette période; certes, il eût été intéressant de savoir s'il est des particularités appartenant aux sujets qui vont faire de la typhose, et qui peuvent faire prévoir cet accident! mais qui eût pu s'en douter? D'autre part, mes deux malades sont entrés à l'hôpital pour leurs accidents typhiques, je ne les connaissais pas auparavant. Il en est de même dans une foule d'observations.

Quoi qu'il en soit, un beau jour l'asthénie s'accentue, le malade ressent des *frissons*; il souffre de la tête, il est obnubilé, il a des épistaxis. En même temps, la fièvre s'allume plus ou moins intense, suivant les cas, elle atteint parfois assez vite son fastigium... Dans nombre de cas, néanmoins, l'apparition de l'état typhique est précédée d'un ou deux septenaires de fièvre. Il y a une véritable phase d'*oscillations ascendantes*, qui aboutit finalement à une hyperthermie souvent très élevée. C'est généralement à ce moment que les malades entrent à l'hôpital; c'est à ce moment qu'on est appelé auprès d'eux.

Mais même dans cette période qu'on pourrait appeler prodromique ou période d'invasion de la typhose, les patients accusent déjà une aggravation des phénomènes asthéniques; ils sont prostrés, ont des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements ou des tintements d'oreilles, ils ont de la rachialgie.

La bouche est pâteuse, amère, la langue est saburrale. On note parfois des nausées et des vomissements. Le ventre est déjà météorisé, tendu et douloureux. On perçoit du gargouillement. La rate est tuméfiée... Chaque jour la température monte de 0°2 à 0°5, et c'est le soir que se fait en général cette exacerbation. Le pouls est rapide et dicrote. L'insomnie est souvent absolue.

N'est-ce pas là un début qui ressemble de point en point à celui d'une dothiénentérie?

Il est, du reste, assez rare d'assister ainsi à l'éclosion de la typhose.

Bien plus souvent, le tableau clinique est complet quand on est appelé à observer les malades. A ce moment, voici quels sont les signes que nous trouvons dans l'ordre d'examen des appareils.

L'anorexie est généralement très marquée, souvent même absolue. Dans quelques cas, cependant, on a relevé la boulimie dont Güntz faisait un signe capital de la syphilis secondaire. Dans mes trois observations, ce phénomène faisait défaut et la lecture des observations publiées ne m'a pas paru démontrer cette fréquence de la boulimie en ce qui concerne la typhose syphilitique. La soif est vive.

La langue est humide et saburrale. C'est là un fait très important sur lequel je reviendrais à propos du diagnostic. *Jamais je n'ai trouvé ni dans mes cas, ni dans les observations*

publiées, la langue sèche et rôtie si caractéristique de la dothiénentérie.

La face interne des joues, le voile du palais et la gorge parfois légèrement rouges sont d'ordinaire également humides.

Les malades ne se plaignent pas de l'estomac. Un malade d'Ingold présentait cependant une épigastralgie intense. Jamais on n'a observé de vomissements.

L'abdomen est météorisé, tendu, ballonné. Il est généralement sensible dans toute son étendue, mais la douleur est souvent localisée dans la fosse iliaque droite, où la palpation l'exaspère. Je l'ai noté dans mes trois cas. Morin, Bucquoy, Duflocq l'ont aussi signalé. Dans le cas de Condamin, la douleur était même si violente qu'on crut à une appendicite et qu'on fit la laparotomie sans rien trouver de ce côté.

Le météorisme est plus ou moins intense, il apparaît dès le début mais peut être tardif : il a été observé dans presque tous les cas.

La palpation de l'abdomen, en même temps qu'elle réveille la douleur, produit le gargouillement. Je l'ai vu chez deux de mes malades, Bucquoy le signale aussi dans son observation.

La diarrhée manquerait au dire de certains auteurs dans la typhose syphilitique : on y trouverait surtout de la constipation. Ceci me semble une exagération. Certes, il existe des cas dans lesquels on insiste sur la constipation que présentaient les sujets. Mais on peut dire que tout aussi souvent il y a de la diarrhée, ce qui ne contribue pas peu à égarer encore le diagnostic. Elle existait dans mes 3 cas, Morin, Duflocq, Moret, Vialaneix l'ont aussi signalée.

Les selles sont liquides, plus ou moins copieuses, glaireuses. Elles renferment des grumeaux et ont une coloration bien franchement ocre. Elles tachent le linge et dégagent une odeur fétide. Cette diarrhée résiste à toutes les médications.

Au point de vue microscopique on y trouve des cristaux de cholestérine, des débris d'épithélium et des globules graisseux. Elles renferment des sels biliaires en grande quantité.

Bactériologiquement on y trouve du coli-bacille presque à l'état de pureté. Ce coli-bacille m'a présenté les caractères classiques; il ne s'agissait pas de types paracolibacillaires. Il n'était pas hypervirulent.

La constipation, lorsqu'elle existe, ne présente rien qui soit digne d'être remarqué.

Jamais on n'a noté l'hémorragie ni la perforation intestinale dans le cours de la typhose syphilitique.

Certains auteurs ont prétendu que la rate n'était pas tuméfiée. Il me semble ressortir de la lecture des observations qu'elle est au contraire généralement volumineuse. Dans mes trois cas elle était très notablement hypertrophiée et même douloureuse. Duflocq et Vergely avaient du reste insisté sur ce fait.

Le foie est augmenté de volume, il peut déborder d'un, deux ou trois travers de doigt le rebord costal. Généralement il fonctionne défectueusement et j'ai pu, dans mes deux cas, déceler le syndrome urologique révélateur : glycosurie alimentaire, urobilinurie et hypertoxicité urinaire. Ce syndrome persistait après la disparition de la typhose. Il est peut-être même antérieur à la syphilis.

Le pancréas fonctionne défectueusement. Dans l'épreuve du salol l'acide salicylurique n'apparaît dans l'urine que trois à trois heures quinze après l'ingestion.

La respiration est généralement précipitée, l'haleine es fétide. Jamais je n'ai noté ni vu noter l'irrégularité du rythme respiratoire. J'ai déjà dit qu'on avait signalé, au début même de la maladie, des épistaxis (Vergely). On peut les observer dans le cours même de la maladie.

Jamais, je n'ai vu signaler de manifestations laryngées; jamais de coryza. En revanche, la bronchite dont la présence est considérée par quelques-uns comme un excellent signe diagnostique en faveur de la dothiénentérie, la bronchite, dis-je, est parfois signalée.

Chez deux de mes malades j'ai trouvé les mêmes râles bulleux à la partie postérieure du thorax qui sont si caractéristiques chez les vrais typhiques.

Jamais je n'ai noté l'apparition de phénomènes congestifs du côté du poumon.

Ce n'est que très exceptionnellement qu'on a trouvé des perturbations fonctionnelles du cœur. Cet organe semble résister admirablement au virus dans l'intoxication syphilitique alors qu'il est très fréquemment et rapidement atteint dans la dothiénentérie.

Le pouls est fréquent, j'ai noté jusqu'à 150 pulsations. J'ai vu noter dans quelques observations des pouls de 160 et 170. Il suit généralement la température et les deux courbes sont assez exactement parallèles pendant la période d'état de la maladie.

Le pouls est dicrote et ce dicrotisme est parfois accentué.

La tension artérielle est variable, elle est plus souvent faible, surtout au début.

L'examen du sang n'a pas été fait ou du moins n'est pas relaté dans les observations publiées. Je l'ai pratiqué dans mes deux cas. Chez tous les deux, j'ai constaté une hypoglobulie très marquée (3 millions à 3 millions 500000). Les globules rouges étaient petits, très pâles et souvent déformés. La teneur en hémoglobine était très diminuée (de 35 p. 100). La coagulation dans la cellule à rigole m'a paru retardée et le reticulum fibrineux assez maigre. Le nombre des hématoblastes est au-dessous de la normale. Le nombre des leucocytes augmente au contraire et va jusqu'à 12 et 15000. Ceux-ci ont été examinés par moi en détail : ce sont les lymphocytes qui dominent (49 p. 100), puis les mononucléaires (30 p. 100), puis enfin les polynucléaires (15). Le nombre des éosinophiles est augmenté (6 p. 100).

Les ganglions sont généralement augmentés de volume et on retrouve de volumineuses adénopathies, à la nuque, aux plis de l'aîne, dans les aisselles et aux épitrochlées : c'est là un fait important que nous utiliserons au diagnostic.

Les malades sont généralement très prostrés. Leur visage exprime la stupeur. Il est difficile de les tirer de leur torpeur. Complètement étrangers à ce qui passe autour d'eux, ils ne répondent qu'avec peine et parfois ils délirent. Étendus dans le décubitus dorsal, le patient a le visage immobile, sans expression, le regard se perd dans l'espace. Les ailes du nez sont agitées de mouvements rapides. La parole et trémulente. Les membres sont immobiles; parfois on observe la carphologie ou les soubresauts tendineux.

N'est-ce pas là l'aspect si spécial du typhique?

Quelques auteurs ont prétendu que cet aspect typique manquait souvent. Ils faisaient de cette absence un signe destiné à différencier la typhose syphilitique de la dothiénentérie. J'ai trouvé l'aspect typhique noté dans la plupart des observations. Il était très caractéristique dans mes deux cas : je ne crois pas qu'on puisse compter sur son absence pour faire le diagnostic différentiel.

Les malades se plaignent d'une céphalalgie intense, tantôt localisée, tantôt généralisée, persistante ou paroxystique, mais toujours très pénible et produisant des sensations de constriction horriblement douloureuses.

L'insomnie est absolue.

Les malades éprouvent des douleurs musculaires vagues; des douleurs rhumatoïdes surtout au niveau du sternum. Ils ont des névralgies, des troubles de la sensibilité objective.

Le délire est fréquent. On l'a vu être parfois si intense qu'il mène à l'aliénation mentale (4 cas de Kirman).

On n'a jamais constaté de troubles moteurs. Les malades ont des éblouissements, souvent de la mydriase, des bourdonnements d'oreilles.

Le foie est toujours volumineux : il déborde de deux, trois travers de doigt le rebord costal. On trouve dans les urines de l'urobiline. La glycosurie alimentaire est positive. Il y a donc insuffisance hépatique partielle : j'ai pu dans mes deux cas me convaincre de ce fait que je n'ai pas trouvé signalé dans les observations de mes prédécesseurs.

J'ai minutieusement étudié les urines de mes malades. Elles sont peu abondantes (5, 6 à 800 centimètres cubes). Leur densité oscille entre 1025 et 1030; elles ressemblent à du bouillon foncé. Elles sont acides. Le taux de l'urée est très élevé (il a oscillé entre 50 et 70 grammes) et il reste à ce chiffre pendant toute la période d'état. L'acide urique est aussi plus abondant qu'à l'état normal (0,95 à 1^{gr}65). On trouve de la leucine, de la tyrosine et de la créatine. Le taux des chlorures, des phosphates et des sulfates est normal ou légèrement augmenté.

La toxicité urinaire est un peu exagérée; la perméabilité rénale normale, ainsi que l'activité glycolytique des tissus.

La peau des malades est chaude, mais — et c'est là un fait qui est digne de remarque — dans toutes les observations et dans les miennes on constate que les sueurs sont profuses. Chez un de mes malades, elles étaient si abondantes que je pensai un instant à la suette.

Quelques auteurs pensent que, dans la typhose syphilitique, les taches rosées font défaut : ils font de cette absence un signe de diagnostic différentiel. Il n'en est rien. Certes, le nombre des taches rosées est parfois si peu élevé, elles peuvent être si dissimulées par l'éruption spécifique qu'on peut croire à leur absence. Qu'on cherche bien et, comme nous l'avons vu chez nos malades, on trouvera.

Ces taches siégeaient sur le dos, l'abdomen et sur les membres. Dans un de mes deux cas et dans plusieurs observations elles étaient très nombreuses et cette abondance même me semble devoir attirer l'attention du clinicien. Elles n'ont aucun relief, elles s'effacent à la pression, elles ne durent que quatre à cinq jours. Même configuration, même coloration, même indolence, même siège. Elles pourraient être confondues avec la roséole, étant donné que les deux éruptions sont souvent concomitantes.

Les taches rosées sont plus petites que celles de la roséole. Elles ne durent que fort peu de temps quand la roséole dure des semaines. L'éruption des taches rosées se constitue d'un jour à l'autre, celle de la roséole procède d'une façon lentement progressive.

Enfin, les taches rosées ne présentent pas à leur pourtour ce léger liséré desquamatif qui constitue la collerette de Biett et qui est pathognomonique de la roséole.

Parfois, on trouve chez les sujets atteints de typhose syphilitique des sudaminas.

On a constaté, mais rarement, l'existence d'escares de décubitus.

Que devient le chancre au milieu de tout ceci? Le plus souvent il ne se modifie pas. Quelques auteurs ont signalé sa réinduration.

La fièvre est élevée et c'est là, ce me semble, l'un des principaux caractères de la typhose syphilitique. Une fois à la période d'état, le malade présente une ligne thermique qui oscille aux environs de 40 degrés. On l'a vu monter à 41°3. La température présente une défervescence matutinale généralement peu accusée (2 à 4 dixièmes de degré). Les deux tracés ci-joint permettent de se rendre compte de la courbe que décrit la température : c'est comme on le voit un plateau.

La nutrition est profondément perturbée. Si l'on pèse le malade, comme je l'ai fait dans un cas, on constate une chute rapide et progressive de la courbe du poids.

III

Que deviendrait la typhose syphilitique abandonnée à elle-même? Nul ne le sait. On ne l'a vue se terminer par la mort que dans une seule observation, celle de M. Hayem, et souvent fièvre et symptômes généraux se calment dès qu'apparaît l'éruption.

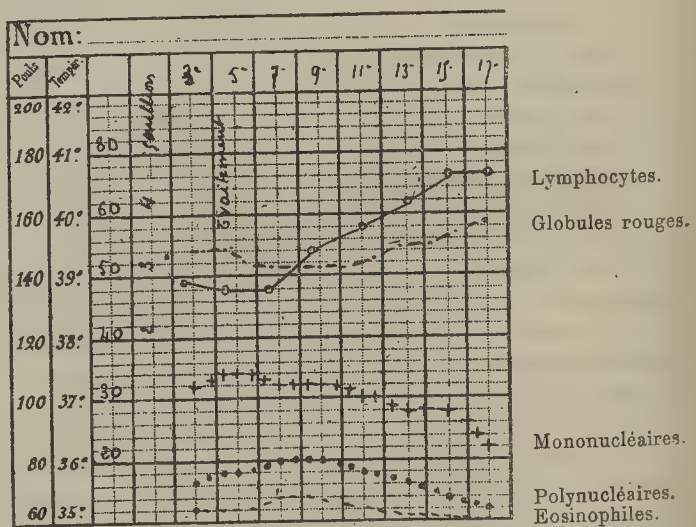
En général, sitôt la nature du mal reconnue, on institue le traitement spécifique qui fait ici merveille. Peu de temps après qu'on y a eu recours, on voit la guérison se produire.

Le laps de temps qui s'écoule entre le moment où l'on a commencé le traitement et celui où l'amélioration se produit est très variable. Il oscille entre deux et vingt jours.

Cette amélioration se traduit : 1° par la sédation et la disparition des phénomènes généraux.

2° Par l'abaissement de la température.

Ces deux ordres de symptômes s'amendent concurremment. L'état typhique s'envole presque par enchantement. L'appétit revient; le météorisme abdominal, le gargouillement, la douleur iliaque disparaissent. La prostration, la stupeur s'en vont. La céphalée se calme, le malade peut dormir.



En même temps, la température tombe à 37°8 ou 38 degrés. Elle remonte encore le soir, les deux ou trois jours suivants, puis redevient normale.

La diarrhée persiste encore trois ou quatre jours. La rate reste volumineuse pendant quelque temps encore. Le foie au contraire revient en un ou deux jours à son volume nor-

mal. La bronchite reste généralement stationnaire, puis disparaît vers le quatrième ou cinquième jour. Le sang se modifie rapidement : le nombre des globules rouges, l'hémoglobine augmentent rapidement; la formule hémo-leucocytaire redevient normale (cf. le schéma p. 68). Quant au pouls il ne semble pas suivre ici la marche de la température et il reste élevé pendant un, deux ou trois jours encore. La quantité d'urine augmente brusquement ; l'urée, l'acide urique et les autres sels retombent au taux normal. Le malade est guéri des accidents qu'il a présentés, il ne lui reste plus que sa syphilis à soigner.

Ce que je viens de dire me dispense d'insister sur le pronostic de la typhose syphilitique. Elle a toujours guéri sauf dans le cas de MM. Hayem et Teissier.

Le pronostic immédiat est donc toujours favorable et il ne faut pas se laisser influencer par l'évolution bruyante de cette affection. Néanmoins que cet optimisme ne nous pousse pas à la négligence. La typhose syphilitique est bénigne parce qu'elle cède rapidement au traitement spécifique. Sans lui, le pronostic serait probablement très grave. Il est peut-être si bénin parce que, en présence d'accidents très intenses, le praticien est enclin à avoir recours à un traitement énergique.

Quel est le pronostic ultérieur? Il est difficile de se prononcer à ce sujet en l'absence de toute donnée sur l'évolution consécutive de la syphilis. Celle-ci est-elle plus grave chez les sujets qui ont présenté les accidents de la typhose? Je ne le crois pas. Ce qu'il y a de certain c'est qu'après la typhose il reste une débilité prononcée et persistante qui ne disparaît qu'après de longs mois.

Les lésions anatomiques ne sont pas connues. Seule l'observation de M. Hayem et Tissier, celle de M. Condamin où l'on ouvrit l'abdomen nous sont de quelque utilité à ce point de vue. Ce dernier auteur n'a trouvé qu'une seule chose : la tuméfaction du ganglion situé à l'angle d'abouchement iléo-cæcal.

Hayem et Tissier ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'une malade atteinte de syphilis secondaire avec état typhoïde. Ils trouvèrent dans le cæcum une ulcération de 15 millimètres de diamètre sur 50 de large, irrégulièrement arrondie, à bords déchiquetés, à fond blanchâtre et s'étendant jusqu'à la musculeuse.

Dans le côlon transverse il y avait deux ulcérations peu profondes de 1 centimètre de diamètre. A l'union du cæcum et du côlon ascendant on voyait deux érosions transversales et fissuraires. L'intestin grêle était seulement hypérémié.

On trouvait des ulcérations anciennes dans le côlon ascendant. Microscopiquement les auteurs ne purent rapporter ces ulcérations ni à la dothiénentérie, ni à la tuberculose, ni à la dysenterie, ni à la leucémie. S'agit-il de syphilis? Ils le croient, mais est-ce bien sûr?

La preuve clinique de cette observation, le séro-diagnostic manque. Ne s'agirait-il pas d'autre part d'une association d'ulcérations ou bien de tertiarisme précoce?

C'est tout ce que nous savons sur cette question. Ces ulcérations existent-elles dans tous les cas de typhose syphilitique? Nous l'ignorons. Cullere, qui a pratiqué un grand nombre de syphilitiques secondaires à Lourcine, n'a jamais rien trouvé du côté de l'intestin.

IV

Le diagnostic de la typhose syphilitique peut être très facile ou des plus difficiles.

Si le malade avoue la syphilis, en fait l'historique, si même malgré ses dénégations on trouve des stigmates indéniables du cou-de-pied de Venus, c'est parfait, le diagnostic s'impose. Il n'en est plus de même quand le malade nie ou ignore sa syphilis, lorsqu'il n'en présente aucun signe. Lorsque, comme chez la femme par exemple, le chancre a passé inaperçu. C'est ce qui s'est passé chez mes deux malades. Le premier ignorant complètement sa syphilis, ce ne fut que l'apparition ultérieure de l'éruption qui put confirmer mon diagnostic. Le second, pour je ne sais quelle raison, niait absolument la syphilis. Il n'y avait pas trace de chancre. Il présentait une éruption érythémato-squameuse des jambes, mais l'attribuait à un bain très chaud pris une huitaine de jours auparavant avec de l'eau de potasse et de la farine de moutarde. Quand j'eus constaté les adénopathies multiples, la tendance à l'alopécie, je le pressai de questions, il avoua alors qu'il avait eu une écorchure à la verge «due, disait-il, à une plaque de tôle qui lui était tombée sur cet organe ». Singulier traumatisme! n'est-il pas vrai? Enfin pressé de questions, confronté avec M. Tavernier qui avait diagnostiqué l'accident primitif, il se décida à avouer.

Si j'insiste sur ces faits c'est pour bien montrer le mal que l'on peut avoir à reconnaître la vérole lorsqu'elle ne s'impose pas à nous.

« En présence d'un malade qui nie ou ignore sa syphilis, qui ne présente aucune manifestation de cette infection, en présence d'un malade, dis-je, qui se présente en l'état typhoïde, il faut, disait Fournier, laisser une place à la syphilis dans les hypothèses qui s'imposent à notre esprit pour interpréter cet état. »

Nous examinons donc successivement toutes les affections capables de donner naissance à l'état typhoïde et qui sont : la suette miliaire, la psittacose, la méningite cérébro-spinale, l'impaludisme, la pyohémie et l'endocardite végétante, la tuberculose granulique, le typhus, la grippe et la dothiénentérie. En quelques mots nous essayerons de différencier chacun de ces états typhoïdes de celui qui est produit par la syphilis.

La suette miliaire se différencie facilement :

1° Par les accès nocturnes d'étouffement, d'angoisse et de palpitations de la période d'invasion, par la barre épigastrique de la période d'état;

2° Par le prurit généralisé et intense de la période d'état;

3° Par les exanthèmes morbilliformes, scarlatiniformes ou purpuriques. Cette triade suffira pour éclairer le diagnostic.

La psittacose se produit généralement par poussées épidémiques; cette notion de l'épidémicité sera donc très importante à rechercher, mais à toute épidémie il faut un début : supposons que nous nous trouvons en présence de ce premier cas. L'absence de phénomènes abdominaux, la prédominance des manifestations pulmonaires feraient bientôt pencher la balance en faveur de la psittacose.

L'examen bactérioscopique du sang lèverait tous les doutes.

La prédominance des phénomènes cérébraux ou médullaires sur la scène clinique feraient songer à la méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire, l'examen cryoscopique et bactériologique du liquide auquel elle donne issue permettront de faire le diagnostic.

L'apparition d'un état typhoïde chez un adolescent en pleine croissance et en croissance rapide doit immédiatement fixer notre attention du côté des os longs et nous faire songer à l'ostéomyélite infectieuse, si nous trouvons au ni-

veau d'une épiphyse, chaleur, rougeur, tuméfaction, douleur. Mais cela n'est pas.

La typho-paludéenne doit également être envisagée à cette heure. On fera tout d'abord une enquête sérieuse dans l'anamnèse du sujet. A-t-il été aux colonies? A-t-il habité des contrées marécageuses? A-t-il eu les fièvres intermittentes? Voilà autant de questions qu'on devra éclaircir. Le facies du typho-paludéen est terreux et cette teinte terreuse éveillerait l'attention. La rate et le foie sont généralement énormes. La splénalgie et l'hépatalgie sont constantes. Les vomissements sont presque de règle. En dernière analyse l'examen du sang, si l'on y trouvait l'hématozoaire, lèverait tous les doutes.

La pyohémie à forme typhoïde fixera également notre attention clinique. Celle-ci survient à la suite d'une cause qu'il est ordinairement facile de retrouver : de là nécessité de recherches minutieuses dans l'anamnèse immédiate. On saisira parfois la porte d'entrée de l'infection.

L'examen somatique régulier nous permettrait de constater dans un ou plusieurs organes des signes de localisations plus étroites : abcès métastatiques des poumons, du cerveau, du foie, de la rate, du rein ou de l'intestin.

L'état typhoïde se rencontre encore dans la trichinose. Mais cette affection, très rare, présente un aspect si caractéristique que leur confusion serait véritablement difficile. Ces douleurs musculaires spontanées si intenses, qui empêchent tout mouvement; ces muscles raides et contracturés : n'est-ce pas spécifique?

L'endocardite ulcéro-végétante se reconnaîtrait assez aisément par l'examen très attentif du cœur et la constatation de souffles diversement localisés ferait pencher la balance en faveur de cette hypothèse.

La tuberculose granulique est parfois bien difficile. On y songerait si le malade avait des antécédents héréditaires ou personnels bacillaires, s'il présentait des lésions tuberculeuses actuelles en un point quelconque de son organisme.

Mais la courbe thermique est, en ce cas, bien plus irrégulière. On ne trouve pas de taches rosées; le pouls n'est pas dicrote, le ventre est aplati, et l'on peut constater des signes qui traduisent une atteinte méningée.

Le typhus récurrent ne peut guère laisser le clinicien hésitant. La constipation y est plus fréquente que la diarrhée. L'exanthème qui apparaît bientôt et qui, constitué par des marbrures, des papules et parfois par des pétéchies, est si caractéristique, éclaircira le diagnostic.

Quant au typhus récurrent la brusquerie du début, la fréquence des manifestations hépatiques, la constatation dans le sang du spirochœte d'Obermaïer, rendent l'erreur véritablement impossible.

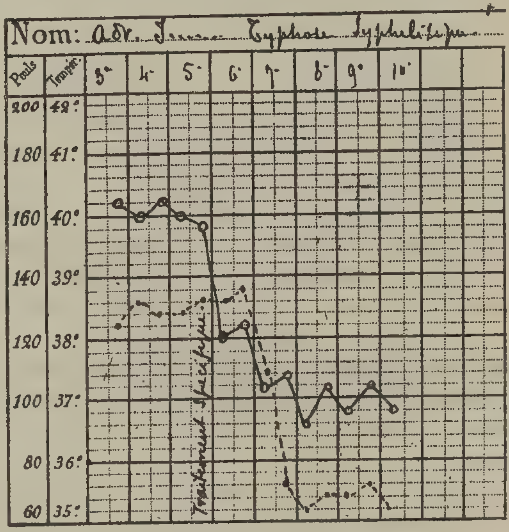
L'influenza peut, dans certains cas, revêtir le masque typhoïde et le diagnostic en est parfois très délicat. L'herpès buccal du début, l'existence d'un catarrhe oculo-nasal au début, la prédominance des phénomènes pulmonaires éveilleront tout d'abord l'attention du clinicien. L'absence des taches rosées, le séro-diagnostic négatif fixeront le diagnostic.

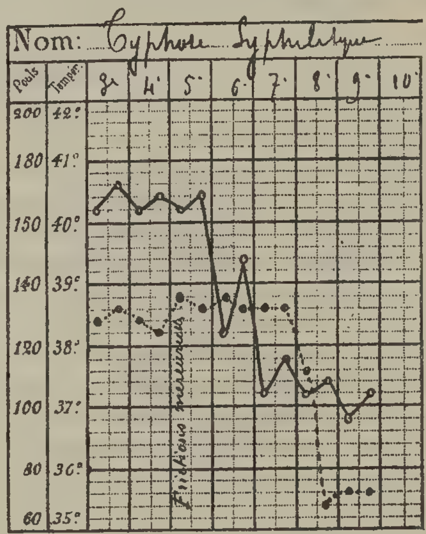
Admettons que toutes ces hypothèses soient éliminées : il ne nous en reste plus que deux : la dothiénentérie et la typhose syphilitique. En l'absence de tout renseignement le diagnostic est très difficile. Rien dans l'invasion de la maladie ne permet de différencier l'une de l'autre ces deux affections.

La courbe de la température est la même dans les deux cas.

Il en est de même du facies, de l'état de stupeur.

L'absence d'épistaxis, de bronchite, de phénomènes abdominaux feront penser à la typhose syphilitique. A mon avis il ne faut pas y compter : ces phénomènes existaient dans mes observations, comme dans bien d'autres du reste.





Je crois que le diagnostic ne peut se faire qu'en se basant sur les données suivantes :

1° L'état saburral et humide de la langue chez un sujet qui présente l'aspect typhoïde doit faire penser à une typhoïde anormale ou à autre chose que la typhoïde.

2° L'intensité extrême de la céphalée, fait qui plaide en faveur de la typhose syphilitique.

3° La sudation extrêmement abondante qui couvrait le corps de mes malades ne se trouve guère avec cette intensité chez les typhiques.

4° L'abondance des éléments éruptifs, leur généralisation devront faire penser qu'il y a sous l'état typhoïde quelque chose d'anormal.

5° L'absence de bacille d'Eberth dans les selles ou dans le suc rétiré par la ponction de la rate serait contre l'hypothèse de la dothiénentérie.

L'examen du sang peut être d'une grande utilité : dans la typhose syphilitique l'hypoglobulie est plus accentuée aussi que la microcytémie ; l'hémoglobine diminue beaucoup plus que dans la fièvre typhoïde. Il y a hyperleucocytose dans la

typhose syphilitique, l'hypoleucocytose dans la dothiénentérie.

6° Enfin le séro-diagnostic qui, dans mes deux cas, a été franchement négatif à toutes les périodes, viendrait faire éliminer presque à coup sûr l'idée de la fièvre typhoïde.

Celle-ci éliminée, on recherchera les signes de la vérole.

Le chancre n'a souvent laissé aucune trace, il est cicatrisé chez la femme et a passé inaperçu.

Méfions-nous des migraines, des maux de gorge, des dartres, des glandes au cou et des douleurs rhumatismales qui dissimulent la céphalée, les plaques muqueuses, les éruptions, les adénopathies et les arthralgies, méfions-nous de ces malades qui, suivant l'expression du professeur Fournier, niant la vérole en bloc, la confessent en détail.

Examinons donc très minutieusement le revêtement cutané sans en oublier un pouce, les ongles et les annexes pour y rechercher les syphilides cutanées; recherchons l'alopécie, les lésions du cuir chevelu.

Inspectons rigoureusement toutes les muqueuses, depuis celles des organes génitaux jusqu'à celles des paupières, du nez et du conduit auditif pour y trouver la syphilide muqueuse révélatrice.

Recherchons l'iritis, les périostoses, les adénopathies inguinales avec le fameux « préfet de l'aine », celles de la région cervicale postérieure et des épitrochlées.

Enfin étudions minutieusement la céphalée et ses caractères; les arthralgies, les myosalgies, les ostéalgies, la sternalgie, les paralysies, et les affections tendineuses ou musculaires.

C'est sur la constatation d'une, de plusieurs ou de toutes ces manifestations que nous établirons le diagnostic de la syphilis.

Mais on peut être syphilitique et contracter la fièvre typhoïde : de là une nouvelle source d'erreur qu'on pourra conjurer en se basant sur les éléments suivants :

1° L'absence de séro-diagnostic positif.

2° L'absence de bacille d'Eberth dans les selles ou le liquide retiré par la ponction de la rate.

3° L'influence rapide du traitement spécifique.

Ces trois procédés ont été employés dans mes observations et ce sont eux qui m'ont permis d'arriver très exactement au diagnostic.

La cause première de ces accidents c'est évidemment la syphilis. On peut se demander s'il s'agit d'une association de fièvre typhoïde et de syphilis évoluant côte à côte. C'est la première question qui se pose au clinicien. Nous la résoudrons par la négative : la typhose syphilitique est un ensemble clinique et non pas une synthèse de deux états pathologiques; cet ensemble est bien le fait de la syphilis. Pour le prouver j'invoquerai les arguments suivants :

1° La fréquence relative de cette association (typhoïde et syphilis) serait assez singulière.

2° L'identité de conditions dans lesquelles la typhoïde frapperait les syphilitiques serait aussi curieuse. Pourquoi serait-ce toujours à la période secondaire, au moment où l'éruption paraît ou va commencer à paraître, que se ferait cette éclosion de la dothiénentérie ?

3° Le parallélisme d'évolution des accidents typhoïdes et des accidents syphilitiques nous fournit, ce me semble, une preuve capitale. Le traitement spécifique jugule sur-le-champ les symptômes typhiques obervés : la température baisse, l'état général s'améliore rapidement.

Le mercure jouirait-il de la propriété d'entraver la dothiénentérie? Assurément non et j'en ai pu faire la preuve chez deux malades atteints de cette affection.

Donc, si le mercure agit, c'est que les accidents observés sont bien de nature syphilitique : *natura morborum ostendunt curationes*.

4° Pour éliminer encore cette hypothèse d'une association morbide, j'ai recherché méthodiquement le bacille d'Éberth dans les selles, la rate, le sang de mes malades : les résultats ont été négatifs sur toute la ligne.

La typhose syphilitique, disent quelques auteurs, et je trouve cette opinion reproduite dans la thèse de Monier, n'est qu'une syphilis avec prédominance de symptômes d'embarras gastrique.

D'abord, je trouve que c'est un singulier euphémisme, que de qualifier d'embarras gastrique les accidents que présentaient nos malades. Et puis s'il s'agit d'un embarras gastrique, essayons du traitement souverain en l'espèce, administrons un éméto-cathartique : peine perdue ! « L'embarras gastrique » persiste et ne disparaît qu'avec le traitement mercuriel.

Ces deux remarques me permettent de ne pas insister davantage.

5° Enfin le séro-diagnostic de Widal pratiqué à différentes reprises et à des périodes plus ou moins éloignées du début de la maladie est toujours resté absolument négatif.

Ces cinq arguments me semblent suffisants pour me permettre de conclure : *la typhose syphilitique n'est pas une association de syphilis et de fièvre typhoïde; c'est une entité clinique dans laquelle la syphilis produit un ensemble de phénomènes généraux qui lui donnent le masque de la dothiénentérie.*

Pourquoi la syphilis revêt-elle un aspect clinique chez certains malades? Telle est la seconde question que nous devrons maintenant nous poser.

Trois hypothèses se présentent à notre esprit :

a. Le microbe de la syphilis est hypervirulent.

b. Il s'agit d'infection secondaire concomitante.

c. La syphilis frappe un terrain qui se défend mal.

A. La première hypothèse est forcément insoluble. Nous ne connaissons pas le microbe de la syphilis; comment en connaîtrions-nous la virulence? A la rigueur, on peut la soupçonner, d'une part à la gravité des phénomènes d'invasion, à la gravité ultérieure de la syphilis. La typhose syphilitique ne se produit-il pas de préférence chez les sujets qui présentent les chancres les plus graves, chez ceux qui font du phagédénisme. Tout ce que l'on peut dire c'est que souvent on constate qu'elle apparaît chez des personnes qui ont des chancres multiples.

Il ne ressort nullement des observations, que l'éruption soit particulièrement intense dans ces cas-là. Enfin, bien qu'il soit prématuré, peut-être, de porter ce jugement chez certains malades, il ne semble pas que la syphilis se manifeste ultérieurement d'une manière plus particulièrement grave.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la typhose syphilitique survient chez des malades qui n'ont pas été soumis au traitement spécifique ou qui l'ont été d'une manière insuffisante.

En résumé *rien ne permet de prévoir que la typhose syphilitique soit due à une infection hypervirulente. Cet élément peut cependant jouer un rôle dans certains cas* : l'insuffisance du traitement dans les cas observés nous le prouve.

B. S'agit-il d'association microbienne, d'infection secondaire? Je ne le crois pas. L'examen bactériologique et l'en-

semencement du sang sont restés négatifs dans les cas observés par moi. Je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une infection intestinale consécutive et si, à l'occasion de la syphilis, le coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, n'acquérait pas des propriétés virulentes spéciales.

J'ai examiné à ce point de vue les selles de mes malades. J'y ai constaté une flore microbienne très riche, dans laquelle dominait le coli-bacille, mais ce coli-bacille, isolé, n'avait pas de virulence spéciale.

Des cultures massives de toutes les espèces microbiennes des selles n'étaient pas virulentes non plus.

Enfin, l'extrait alcoolique des selles, dans ces cas, n'avait pas une toxicité sensiblement plus élevée que celui des selles normales. Nous conclurons donc : *la typhose syphilitique n'est pas le fait d'une infection secondaire, ni celui d'un réveil hypervirulent des microbes intestinaux.*

C. S'agit-il d'une syphilis évoluant sur un terrain affaibli, mal défendu? Cette question mérite d'être serrée de près.

Que nous apprend la clinique à ce sujet?

La typhose syphilitique s'observe de préférence chez les femmes, en moyenne à l'âge de vingt-trois ans. Il n'y en a qu'une seule observation chez une femme de trente-cinq ans (Antonini). L'homme est exceptionnellement atteint, je n'en ai trouvé que 6 cas sur 45 observations.

Presque toujours, on voit la typhose syphilitique évoluer sur des sujets surmenés physiquement ou intellectuellement. Ce sont les lingères, les domestiques, les blanchisseuses qui sont toujours en cause et toujours c'est à la suite de fatigues, qu'apparaissent les accidents. Le surmenage intellectuel ou psychique agit dans le même sens et ce sont les sujets en proie à la nostalgie, aux chagrins, aux phobies (surtout à celles qui sont dues à la syphilis elle-même) qui sont principalement frappés.

Ce sont les tempéraments lymphatiques et nerveux qui offrent le meilleur terrain.

J'ai du reste cherché à savoir si quelque chose traduirait cet affaiblissement du terrain. Il est difficile de s'en rendre compte car les faits observés peuvent être aussi bien l'effet que la cause de la typhose syphilitique.

L'hypoglobulie est toujours très marquée et elle persiste longtemps. Le taux de l'hémoglobine est toujours peu élevé; les leucocytes sont en nombre normal; il n'y a pas de leucocytose de défense.

Examinons les appareils : nous constatons que le foie est insuffisant et qu'on trouve, en analysant les urines, le syndrome pathologique caractéristique de l'insuffisance cellulaire hépatique.

La perméabitité rénale est diminuée, l'activité glycolytique des tissus l'est aussi. Ces perturbations fonctionnelles existent longtemps après la maladie. Tout semble nous prouver que l'organisme atteint est un *locus minoris resistantiæ*, mais l'était-il avant la syphilis? C'est ce qu'on peut présumer mais non pas affirmer :

Résumons-nous : *la typhose syphilitique semble due à la localisation du virus syphilitique sur un terrain affaibli ou mal défendu.*

Abordons maintenant l'étude du traitement. Ici, je serai bref. Il est nécessaire d'instituer un traitement intensif. Nous aurons donc recours au traitement mercuriel. Nous avons à notre disposition la voie buccale, hypodermique ou cutanée. Je rejette la première, le mercure absorbé par la bouche pourrait entretenir ou exciter les troubles gastro-intestinaux; il pourrait, s'il y a réellement des lésions intestinales, être absorbé en trop grande quantité à ce niveau, d'où intoxication. Ce sont là des probabilités et la lecture des observations publiées et où l'on a employé le mercure par la bouche ne nous a pas convaincu de ces dangers. Néanmoins c'est une mesure de prudence.

Je préfère les deux autres modes et l'on peut employer soit l'injection intrafessière de calomel, d'huile grise, d'huile biiodurée ou de benzoate de mercure; mais je donne la préférence aux frictions mercurielles. Ce sont elles que j'ai employées dans mes deux cas et elles ont pleinement réussi, puisque, deux jours après, l'amélioration et la guérison se produisaient.

Par mesure de prudence, il convient de mettre les malades à la diète liquide.

Bibliographie. — AHLEMAN. Th. Greifswald, 1895. — Algunos casos de fiebre syphil., *Boll. de med. e cirurg. de Jam.*, 1879. — ANDRONICO. La fiebre syphil., *Lo Sperimentale*, 1886. — ANTONINI. Th. de Paris, 1876. — BAYX. *De doloribus muscul. in morbo Gallico in Aphrodisiaco*, p. 849. — BREMER. Om fierbeltefælde nos syphilitisch, *Nord. med. Ark. Stock.*, 1874. — BRODRICK. *Dublin med. Presse*, 1863. — BUCQUOY. *Gaz. des hôpit.*, 1879. — MC. CARTHEY. Th. de Paris, 1847. — CONDAMIN. *Lyon méd.*, 1900. — COURTAUX. Th. de Paris, 1871. — DE CASTELNAU. Sur la fièvre syphilitique, *Ann. mal. de la peau*, 1845. — DEHOUCQ. Un cas de fièvre syphilitique, *Tribune méd.*, 1888. — DUFLOCQ. *Courrier méd.*, 1883. — FARRIOLO. *Riv. de sc. med.*, Barcelona, 1881. — FERGUSSON. A case of syph. pyrex., *Journ. cut. et vener. Diseases*, 1884. — FOURNIER. *Leçons sur la syphilis.* — GALLIARD. Entéropathies syphilitiques, *Presse méd.*, 1897. — GUNTZ. *Zeits. f. med. Chir. u. Gebietsch.*, 1863 et 1865. — HAYGARTH. *Med. u. phys. Journ.*, 1860. — IGNOLD. Th. de Paris, 1875. — JANOWSKY. Beitræge z. Lehre, vom syph. Fieber, *Vrtljschr. f. prakt. Heilk.*, 1874. — KIOUCHAYANTZ. Dra sluch syphilit. likovadski pe Glubokom zavag orgamma, *Protok zasard Kavkarzk med. Oboschr.*, Tiflis 1872. — LANCEREAUX. *Leçons sur la syphilis.* — LEREBOULLET. *Gaz. hebd.*, 1900. — MONIER. Th. de Bordeaux, 1898. — MOURE. Th. de Paris, 1888. — MUSTAPHA FAÏD. Th. de Paris, 1875. — PETROWSKI. *Vratch*, 1881. — PHILLIPS. *Proc. med. Soc. Lond.*, 1888. — POTAIN. *Gaz. des hôpit.*, 1878. — SCHUSLER. Complic. fébriles de la syphilis, *Arch. f. Dermat.*, 1873. — SIGMUND. *S. f. Aertz. Ber d. K. K. allg. Krankh. zu Wien*, 1875. — THOMAS. *Atlanta M. Sc. Journ.*, 1875. — VAJDA. Ueber das syphil. Fieber, *Vrtljschr. f. Dermat.*, 1875. — VERGELY. *Bordeaux méd.*, 1877. — VIALANEIX. Th. de Paris, 1889. — YEO. *Tr. Chir. Soc.*, London 1884; *Med. Times*, 1884.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(17 JANVIER 1901)

Les **fractures du crâne**, au dire de M. Poirier, auraient peu bénéficié des progrès de la chirurgie actuelle. A en juger par les auteurs les plus récents, elles resteront toujours d'un pronostic extrêmement grave et, le plus souvent, les malades seraient emportés, soit par les accidents immédiats, soit par la méningo-encéphalite consécutive. Au point de vue du traitement, ces mêmes auteurs ne laissent que bien peu d'espoir de succès à l'intervention chirurgicale.

M. Poirier en appelle de cette condamnation et, à l'appui de son opinion, communique l'observation suivante : un ébéniste de trente-deux ans, sans tare nerveuse, sans antécédents syphilitiques, mais alcoolique, en rentrant, pris de boisson, chez lui le 10 décembre, tomba dans son escalier sur le côté droit de la tête. Transporté aussitôt chez le marchand de vins du voisinage, il rend du sang par le nez et

par la bouche et perd connaissance. On le transporte à l'hôpital Tenon; l'interne de garde constate une ecchymose en lunettes, une grande agitation. Le lendemain, l'agitation persiste, la température est de 38°5, le malade se plaint d'une grande céphalalgie. Le quatrième jour, allant mieux, il rentre chez lui, mais la céphalalgie persistant, le délire survenant, il rentre à Tenon le sixième jour. Le pouls est à 60, la température à 39 puis à 39°8. M. Poirier diagnostique une fracture de la base du crâne, à l'étage antérieur, et une méningo-encéphalite. Les deux internes pratiquent une double trépanation, une de chaque côté, incisent la dure-mère qui est congestionnée et donnent issue à un liquide rougeâtre semblable à celui qu'avait donné la ponction lombaire pour l'anesthésie par la cocaïne; on évacue ce liquide, on draine et on referme les plaies. La température tombe, le soir, à 38 degrés, le lendemain à 37 et le malade guérit. L'examen du liquide y a montré la présence du staphylocoque doré. Il s'agissait d'une méningite infectieuse.

M. Tuffier fait un rapport sur deux observations de M. Mauclaire relatives à des **plaies pénétrantes du crâne par armes à feu**. Dans le premier cas, balle de révolver dans la région temporale droite, plaie pénétrante avec fracture de l'étage antérieur du crâne, hémorragie nasale, radiographie avec l'appareil de M. Contremoulin, permettant de reconnaître la présence de la balle à l'angle interne de l'orbite (extraction de la balle). Dans le second cas, il s'agissait également d'une plaie pénétrante du crâne par balle de revolver.

M. Tuffier rapproche de ces deux cas sept faits qui lui sont personnels et qu'il analyse rapidement. Tous ces faits prouvent que l'appareil de M. Contremoulin rend les plus grands services pour la détermination exacte du siège des balles qui pénètrent dans le crâne et permet aux chirurgiens d'opérer à coup sûr l'extraction de ces balles. L'appareil de M. Contremoulin a été, jusqu'ici, appliqué trente et une fois avec succès dans les hôpitaux de Paris pour des cas de ce genre.

M. Michaux cite un fait qui confirme l'extrême utilité de cet appareil : un homme se tire une balle de revolver à l'angle externe de l'œil. Une mauvaise radiographie induit M. Michaux en erreur et lui fait pratiquer une opération inutile. Six mois après, le malade souffrant toujours, on a recours à l'appareil de M. Contremoulin qui montre la balle sur la face interne de l'orbite opposé. L'extraction fut faite et M. Michaux s'associe aux éloges mérités qu'a faits M. Tuffier de l'appareil de M. Contremoulin.

C'est encore de **plaies pénétrantes**, mais cette fois de l'**abdomen**, qu'il s'agit dans un rapport de M. Rochard, sur plusieurs observations de M. Auvray. Rappelons rapidement ces faits.

Premier cas : plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, péritonite septique, quatre perforations intestinales, laparotomie, suture des perforations, mort; l'intervention ayant été pratiquée trop tardivement.

Deuxième cas : plaie pénétrante à droite de l'ombilic par coup de couteau, petite hémorragie provenant d'une artère épiploïque, hernie de l'épiploon, laparotomie, ligature de l'artère épiploïque, résection de l'épiploon, dévidement de l'intestin, aucune perforation intestinale, guérison.

Troisième cas : plaie pénétrante par coup de couteau, état grave, hernie de l'épiploon, résection, laparotomie, constatation de l'existence d'un pneumothorax, incision transversale perpendiculaire à la première incision, plaie double du côlon ascendant, suture, plaie diaphragmatique, suture de cette plaie diaphragmatique par l'incision abdominale, avec résection des cartilages costaux, guérison.

M. Rochard revenant, à ce propos, sur la communication faite récemment par M. Chaput (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1900, p. 1587), ne croit pas, comme lui, que dans ces cas de plaies pénétrantes abdominales par coup de couteau, il soit nécessaire de dévider tout l'intestin. Il suffit d'examiner les anses intestinales voisines de la plaie.

Quant aux plaies diaphragmatiques, M. Rochard pense qu'il serait préférable d'aller les suturer par une voie transpleurale plutôt que par l'abdomen, où le chirurgien est gêné, pour cette suture, par les organes intra-abdominaux. Le pneumothorax existe déjà et n'a d'ailleurs pas grande importance, car il se résorbe assez rapidement.

M. Walther partage cette opinion et cite le fait suivant : Un jeune homme reçoit, d'un souteneur, un coup de couteau au niveau des derniers espaces intercostaux du côté gauche. Malgré cela, il court après son agresseur, l'arrête et le mène lui-même au poste. Là seulement il s'aperçoit qu'il est gravement blessé; en effet, il avait tout son épiploon sur le thorax. M. Walther a agrandi l'incision, a pu attirer le diaphragme, a fait très facilement une suture en capiton par cette voie transpleurale. Il y a eu très peu de pneumothorax qui, du reste, a disparu très rapidement et le blessé a fort bien guéri.

M. Tuffier, d'accord avec M. Rochard, croit qu'il est inutile de faire le dévidement de tout l'intestin dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau. Récemment, il voit dans son service un jeune homme qui, la veille au soir, avait reçu un coup de couteau dans l'hypocondre gauche. Il fait la laparotomie, trouve un liquide séro-purulent en grande quantité, examine les anses intestinales voisines, ne trouve rien. Il n'y avait pas de sang et le liquide épanché était sans odeur. Il se contente donc de drainer et il ferme le ventre. L'examen du liquide a montré la présence de staphylocoques, mais il n'y avait pas de colibacilles. Il était donc bien certatn de n'avoir pas laissé, dans le ventre, de perforation intestinale.

M. Delorme, revenant sur les plaies diaphragmatiques, reconnaît que la suture de ces plaies par l'abdomen n'est pas sans difficultés. Aussi propose-t-il la voie transpleurale. Mais où faut-il faire l'incision thoracique? Où faut-il faire la résection costale ou condro-costale? M. Delorme estime que c'est la sixième côte ou la septième qu'il convient de réséquer. Par cette pénétration par voie transpleurale, on respecte l'intégrité du diaphragme et on arrive à suturer très facilement la plaie diaphragmatique.

M. Chaput se défend d'avoir dit qu'il fallait toujours dévider tout l'intestin dans les plaies pénétrantes abdominales par coup de couteau. Il ne conseille l'éviscération que dans les cas d'hémorragie, où il faut absolument trouver le vaisseau à lier.

Une discussion collatérale s'élève sur le pneumothorax, à laquelle prennent part MM. Tuffier, Michaux, Bazy, Delorme, Quénu et Rochard : les uns attachant peu d'importance à ce pneumothorax, les autres ne le trouvant pas indifférent.

M. Nélaton présente un jeune garçon auquel il a refait un nez tout à fait remarquable.

MM. Sebileau et Lombard présentent les pièces anatomi-

ques d'un jeune homme mort d'une **tumeur du médiastin (lymphadénome)**.

Cet homme succomba à son quatrième accès de suffocation sans cornage; il n'avait présenté que des symptômes de compression de la veine cave supérieure (exophtalmie double, dilatation jugulaire, circulation sous-cutanée thoraco-ventrale inversée). Examen laryngoscopique : Néant.

L'examen des pièces démontre l'existence d'une volumineuse tumeur mamelonnée, occupant toute l'étendue du médiastin antérieur et développée surtout du côté droit.

La trachée est déviée et son calibre est déformé.

A droite le tronc brachio-céphalique naît et chemine en pleine tumeur; cependant il n'y eut aucune différence appréciable entre le pouls droit et le pouls gauche.

La veine cave supérieure est invisible; les deux troncs brachio-céphaliques veineux sont inclus dans la tumeur et non disséquables; la jugulaire gauche a le volume de la crosse aortique jusqu'au point où elle s'engage dans la tumeur; ses parois sont artérialisées.

Le pneumogastrique droit fait un coude brusque, comprimé, dans le parenchyme néoplasique, par l'origine de la mammaire interne. Le récurrent droit naît dans la tumeur, y chemine et en sort tout en haut, attiré loin de l'œsophage, dont il est séparé par un gros ganglion néoplasique. Il n'y eut cependant aucun trouble de motilité de la corde vocale correspondante.

Les deux phréniques descendent, flexueux et aplatis, sur les faces latérales de la tumeur, sous la plèvre médiastine très épaissie. Aucun trouble du jeu diaphragmatique.

Examen histologique par M. Millian : lymphadénome typique à fin reticulum et à petites cellules rondes, d'une remarquable pureté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. 1. Gernez, Louste, Gaultier, Boidin, Menet, Pécharmant, Mercadé, Digne, Chevassu, Denis.

11. Halbron, Regnard, Lecornu, Tessier, Fouquet, Mauban, Braillon, Lacasse, Morlet, Bertier.

21. Duclaux, Bloch (Paul), Bosc, Monier, Touchard, Bauer, Le Gambier, Beaujard, Lemaître (René).

31. Lequeux, Juy, Dreyfus-Rose, Devraigne, Lhermitte, Brelet, Diel, Sebilleau, Guénot, Gauckler.

41. Ambard, d'Œlsnitz, Hulleu, Tillaye, Jarois, Heitz, Rostaine, Paisseau, Lardennois, Vitry.

51. Petit (Henri), Mlle Francillon, MM. Okinczyc, Rollin, Delaunay, Bloch (Maurice).

Internes provisoires. — MM. 1. François-Dainville, Calvé, de Lacombe, Heller, Viteman, Morisetti, Beaufumé, Bouchot, Le Play, Desmarest.

11. Cauchoix, Bréchot, Algret, Méheut, Trémolières, Ambrosi, Descomps, Ferry, Dobrovitch, Villaret.

21. Ricou, Cantonnet (André), Papin, Roussy, Viliandre, Français (Raymond), Mesnil, Jouhaud, Boisseau, Camus (Maurice).

31. Rivet, Darcanne, Français (Henri), Thaon, Lebhard, Cerise, Courtois, Deglos, Bourguignon, Pillet.

41. Taguet, Blondin, Philibert, Vaillant, Gaudeau, Hervoit, Genévrier, Laborde, Morel, Liné.

51. Brocard, Dieu, Verliac, Jacquemin, Janet (Julien), Ertzbischoff, Saison, Hébert, Tanon.

Guerre. — Par décret en date du 11 janvier 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Dubarry, Dufour, Grouille.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Roch, Darde, Chopinet, Lelong.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Ribierre, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Merlin, Casteret, Laval, Gandar.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Montalti, médecin aide-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Marine. — M. Baudry, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 2e semaine de janvier, 1035 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente et voisin de la moyenne ordinaire des semaines de janvier.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (au lieu de la moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 42, chiffre voisin de la semaine précédente (40).

La variole a causé 11 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (6) et analogue à ceux qu'on observait en décembre. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution (60 au lieu de 86 antérieurement). La variole continue à constituer pour la population parisienne une menace dont les personnes qui se font revacciner (quel que soit leur âge) se mettent à l'abri pour plusieurs années.

La rougeole n'a causé que 4 décès (la moyenne 14); la scarlatine, 1; la coqueluche, 7, et la diphtérie, 8. Ces chiffres sont voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 28).

En outre, 44 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 211 décès, au lieu de 164 pendant la semaine précédente et au lieu de 182, moyenne ordinaire de la saison; l'abaissement passager de la température est sans doute cause de cet accroissement subit. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 24 décès; bronchite chronique, 38; pneumonie, 44. Autres maladies de l'appareil respiratoire, 105, au lieu de la moyenne 71 (dont 46 sont dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie). En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 210 décès (au lieu de la moyenne 186); la méningite tuberculeuse, 7 décès; la méningite simple, 66; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 53 décès; les maladies organiques du cœur, 77; le cancer a fait périr 66 personnes; enfin 35 vieillards sont morts de débilité sénile. La hernie et l'obstuction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 13, et la néphrite, 17.

Conférences d'internat. — MM. Chastenet, de Giry et Lortat-Jacob, internes des hôpitaux, commenceront prochainement une conférence privée. Se faire inscrire à l'École pratique ou à la Salpêtrière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 22 JANVIER 1901. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — DE L'HÉMOSTASE DANS LES PLAIES DU FOIE PAR INSTRUMENT TRANCHANT, par M. Maurice GUILLOT, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE. La digitale, par M. L. BABONNEIX, interne des hôpitaux de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 21 janvier 1901.

Le comité exécutif, chargé d'organiser les fêtes du centenaire de l'Internat, dont nous annoncions il y a quelques jours la formation, est définitivement constitué par MM. Brouardel, président; Bouchard et Guyon, vice-présidents; Durand-Fardel, secrétaire général; Tillaux, Henrot (de Reims), Sevestre, Thibierge, M. Chaillous, Paul Tissier, Laignel-Lavastine et Bourlot.

M. G. Steinheil, éditeur, a bien voulu accepter d'être trésorier du comité.

Dans sa première réunion, qui a eu lieu samedi à la Faculté, le comité a commencé l'étude des projets de célébration du centenaire par des fêtes, par la frappe d'une médaille commémorative et la publication d'un livre d'or de l'Internat.

DE L'HÉMOSTASE DANS LES PLAIES DU FOIE PAR INSTRUMENT TRANCHANT

Par M. Maurice GUILLOT, interne des hôpitaux.

Les cas de guérison de plaie du foie par instrument piquant et tranchant sont assez peu nombreux pour qu'il soit intéressant de rapporter avec quelques détails une observation nouvelle. Jointe à celles de Poncet, de Broca, de Brin (d'Angers) et de Jacomet, elle portera à six le nombre des observations publiées en France, et à trois le nombre des guérisons.

Le nommé Léon V..., âgé de vingt-cinq ans, reçoit, le 25 novembre 1900, à cinq heures de l'après-midi, un coup de couteau dans l'hypocondre droit. On transporte le malade à son domicile, puis, sur l'avis du médecin, à l'hôpital Saint-Louis. Il entre dans le service de mon maître, M. Ricard, à sept heures et demie, salle Cloquet, n° 30.

A son entrée, le malade présente tous les signes d'une hémorragie interne grave. La face est pâle, les lèvres décolorées, le pouls est à 130, les réponses sont faites d'une voix faible et il y a déjà eu une perte de connaissance prolongée. Température 36°8.

Localement on trouve, au-dessous des fausses côtes droites, à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et à 3 centimètres de la ligne médiane, une plaie à grand axe oblique en haut et à droite, à travers laquelle fait hernie une portion de gros intestin reconnaissable à ses franges épiploïques. Cette plaie ainsi tamponnée ne saigne aucunement. Le ventre, très légèrement ballonné, est assez souple dans toute son étendue, sauf à la région épigastrique et dans tout l'hypocondre. En ces deux points existe une contracture localisée très nette.

Devant l'urgence absolue et qui n'admettait aucun retard, la laparotomie immédiate est décidée. Je la commence avec l'aide de mon collègue Pédeprade à huit heures moins dix minutes, c'est-à-dire vingt minutes à peine après l'entrée du malade à l'hôpital.

Opération. — Anesthésie par le chloroforme. Elle s'accompagne malheureusement à plusieurs reprises de vomissements, car le malade a été frappé à la sortie d'un repas des plus abondants.

Le siège para-ombilical de la blessure permettant en apparence d'écarter l'hypothèse d'une plaie du foie, on pratique une incision verticale para-médiane passant par le point de pénétration. Dès que cette incision, d'une longueur de 7 à 8 centimètres, eut été faite, un flot de sang noir s'échappa de l'abdomen.

Une large valve mise sur la partie supérieure de l'incision permit de voir que tout ce sang venait de la région hépatique. En conséquence l'incision fut rapidement menée en haut jusqu'aux fausses côtes, et l'on vit alors, sur la face convexe d'un foie gros et congestionné, une plaie verticale commençant au bord antérieur et dont l'extrémité supérieure échappait à la vue.

L'hémostase préventive étant faite par une compresse tamponnée entre le diaphragme et le foie, une large valve fut mise pour relever le bord antérieur de la glande, et l'on passa à l'exploration de l'estomac et de l'intestin. Ces viscères étaient indemnes, probablement à cause de la direction du coup donné très obliquement de bas en haut et de gauche à droite.

Pour l'hémostase définitive de la plaie hépatique on ne pouvait guère compter d'une façon absolue sur la suture, car pour atteindre la partie supérieure il eût fallu réséquer les dernières fausses côtes, intervention complémentaire contre-indiquée par l'état général très grave du sujet. La suture fut toutefois tentée dans la partie inférieure de la plaie, qui d'ailleurs paraissait saigner davantage. Un point au catgut put être mis, mais les autres déchirèrent le tissu hépatique, produisant de nouveaux points de saignement qui firent cesser ces tentatives. La profondeur de la plaie ne permettant pas de recourir avec quelque espoir au thermocautère, on employa le tamponnement qui fut exécuté de manière à comprimer la plaie de la face convexe, et en même temps à fournir un point d'appui aussi solide que pos-

sible à la face inférieure du lobe droit du foie. A cet effet une large compresse de gaze fut glissée dans la plaie puis étalée entre foie et diaphragme, après quoi, le bord hépatique étant soulevé, on glissa sous lui deux grandes compresses fortement comprimées.

Le reste de la cavité abdominale fut nettoyé rapidement et complètement avec des compresses sèches, et la plaie, par l'extrémité de laquelle sortaient les trois compresses de tamponnement, fut fermée en un seul plan par quatre fils d'argent.

Pansement aseptique, très compressif.

Immédiatement, un litre de sérum qui fut renouvelé deux heures plus tard, une piqûre d'éther et une de caféine.

Durée totale de l'intervention : vingt-deux minutes.

26 novembre. Matin 37°8. Pouls 110. Langue un peu sèche. Aucune émission de gaz. Grande faiblesse. Le ventre n'est pas douloureux. Pas de vomissements. Un litre de sérum et quelques cuillerées d'eau bouillie glacée.

Soir 37°6. Pouls 110. Même état. Sérum et caféine. Une sonde rectale soulage le malade.

27 novembre. Matin 37°6. Pouls 110. Sérum.

Soir 38°2. Pouls 120. Pansement brusquement imbibé de sang. On change l'ouate et l'on serre le bandage. L'hémorragie s'arrête. Sérum.

28 novembre. Matin, 37°6. Pouls 100. On commence l'alimentation.

Soir 37°6. Pouls 100.

29 novembre. Matin 37°8. On fait le pansement.

Le tamponnement est enlevé sans grande douleur grâce à une injection de morphine. On le remplace par un petit drainage sous-hépatique.

Suites ultérieures. — Elles sont très simples. Les fils sont ôtés le huitième jour.

Le vingtième jour 16 décembre, le malade se lève, porteur d'une cicatrice linéaire avec un point faible à la partie supérieure.

L'observation précédente porte à 35 le nombre des plaies du foie par instruments tranchants que l'on trouve tant dans les ouvrages d'ensemble de Terrier et Auvray (1), de Tricomi (2) et de Gohathowsky (3), que disséminées dans les périodiques. En voici l'énumération dans l'ordre alphabétique.

1. Adler. Homme, vingt ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Deuts. med. Wochens.*, 1892, n° 2, p. 38.)
2. Amante. Homme. Couteau. Suture. Guérison. (*Riforma med.*, 1893, vol. III, p. 284.)
3. Brin. Couteau. Suture. Guérison. (*Presse méd.*, 12 février 1898.)
4. Broca. Homme, trente-neuf ans. Couteau. Tamponnement. Mort. [Deuxième plaie du foie méconnue.] (*Mercredi méd.*, 1891.)
5. Broca. Homme, quarante-cinq ans. Couteau. Suture. Mort. [Perforation de part en part méconnue.] (Loc. cit.)
6. Burckhardt. Homme, vingt-sept ans. Couteau. Tamponnement. Guérison. (*Centralbl. f. Ch.*, 1887, n° 5.)
7. Catallani. Fillette, trois ans. Couteau. Tamponnement. Guérison. (*Il Policlinico*, 1899, vol. VI, p. 446.)
8. Dalton. Femme, vingt-cinq ans. Couteau. Suture. Guérison. (*S. Louis Courrier of Med.*, 1890.)
9. Dalton. Homme, trente-six ans. Couteau. Tamponnement. Mort. (*The Journ. of the Am. med. Assoc.*, Chicago, 1890.)
10. Dalton. Homme, vingt-huit ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Id.*, 1890.)
11. Dalton. Homme, dix-huit ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Id.*, 1890.)
12. Dalton. Homme, vingt-deux ans. Couteau. Tamponnement. Nouvelle hémorragie. Deuxième tamponnement. Guérison. (*Id.*, 1890.)
13. Dalton. Homme, vingt et un ans. Harpon. Suture. Guérison. (*Trans. of the med. Assoc. of Missouri*, 17 mai 1892.)
14. Gann. Homme, vingt ans. Couteau. Suture. Guérison. (*The Lancet*, juin 1894.)
15. Observation personnelle. Tamponnement. Guérison.
16. Jacomet. Homme, dix-neuf ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Gaz. des hôpit.*, 21 novembre 1899.)
17. Jones. Homme, dix-huit ans. Couteau. Suture. Guérison. (*The Lancet*, 1894, p., 1132.)
18. Longo. Homme, vingt-cinq ans. Suture. Guérison. (*Riforma med.*, 1897, vol. I, n° 61.)
19. Lupo. Homme. Couteau. Tamponnement. Guérison. (*Riforma med.*, 1895, vol. II, n° 30.)
20. Lupo. Homme, trente ans. Epée. Tamponnement. (Deux plaies du gros intestin.) Mort. (*Riforma med.*, 1893, vol. IV, n° 42.)
21. Manega. Homme, trente-deux ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Riforma med.*, 1897, n° 103.)
22. Mori. Homme, quarante-deux ans. Tranchet. Suture. Mort. (*Gaz. med. Lombarda*, 1897.)
23. Pitzorno. Homme. Couteau. Suture. Guérison. (Suppl. al *Policlinico*, 1896-97, n° 38.)
24. Poncet. Président Carnot. Poignard. Tamponnement. Mort. [Méconnaissance d'une plaie de la veine porte.] (Rapp. médico-légal de M. le professeur Lacassagne. Lyon, 1894.)
25. Postampski. Homme, vingt-huit ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Arch. et atti della Soc. Ital. di Chirurg.*, Roma 1890, 6e année.)
26. Postampski. Homme, trente-six ans. Couteau. Suture. Guérison. (*R. Accad. med. di Roma*, 1892.)
27. Podrez. Homme, trente ans. Couteau. Suture. Guérison. Cité par Gohathowsky. (*Vratch*, 1899, n° 30.)
28. Podrez. Femme. Couteau. Suture. Mort. (*Id.*)
29. Schlatter. Homme, vingt-cinq ans. Couteau. Suture. Guérison. (*Beitr. z. klin. Chir.*, XV, 2.)
30. Smits. Femme, quatre-vingts ans. Couteau. Suture. Guérison. Cité par Tricomi. (Loc. cit.)
31. Tricomi. Femme, trente-six ans. Couteau. Tamponnement. Guérison. (Loc. cit.)
32. Vollbrecht. Homme, vingt-huit ans. Sabre. Suture. Guérison. (*Berl. klin. Wochens.*, 1888, n° 41.)
33. Zeidler. Homme, seize ans. Tranchet. Thermo-cautère. Guérison. (*Deuts. med. Wochens.*, 13 septembre 1894.)
34. Zeidler. Homme, vingt-huit ans. Tranchet. Thermocautère. Guérison. (*Id.*)
35. Zérénine. Homme, vingt ans. Couteau. Tamponnement. Guérison. (*Chirourg. Lietop.*, 1894, vol. V, p. 799.)

L'énumération de ces 35 interventions et de leur suite donnerait, prise telle quelle, une idée très fausse de la fréquence des opérations du même genre et de leur gravité. On trouve cités par les modernes, et notamment par Tricomi,

(1) Terrier et Auvray. *Revue de chir.*, 1896.

(2) Tricomi. Esperimenti sull'emostasi del fegato, *Il Policlinico*, 1899, vol. VI-C, fasc. ix et x.

(3) Gohathowsky. Des plaies du foie..., *Vratch*, 1899, n° 30.

des chirurgiens tels que Montenovesi et Scalzi qui ont l'un « suturé quelques plaies du foie », l'autre « fait avec Postempski 16 interventions avec 16 guérisons » (1). Malheureusement ces auteurs ont omis de détailler les faits, et il est impossible de faire entrer leurs observations en ligne de compte. D'autre part on a une tendance très marquée à ne publier dans ce genre que les résultats heureux, tendance qui fausse irrévocablement presque toutes les statistiques.

Il est donc étonnant qu'on ait quelquefois cherché à faire sortir de tableaux ainsi dressés des arguments pour ou contre une méthode de traitement.

Rappelons-le tout de suite, si les procédés d'hémostase appliqués aux résections hépatiques sont actuellement assez nombreux (2), ceux que l'on a appliqués aux plaies accidentelles du foie et notamment aux plaies par instrnments tranchants se réduisent à trois : suture, compression, thermo-cautère. Dès l'abord on peut dire que le thermo-cautère ne peut être employé que dans les plaies superficielles : c'est le cas dans les deux faits rapportés par Zeidler, et cette vue a été confirmée par plusieurs insuccès dans les plaies profondes (exemple, une observation de Broca). Restent donc le tamponnement et la suture. La comparaison en a été faite tantôt expérimentalement, tantôt à l'aide des observations cliniques. Dans le domaine expérimental, Postempski (3) se déclare partisan de la suture, Del Vecchio (4) au contraire ne la trouve pas efficace, Tricomi (5) observe que le simple tamponnement avec de la gaze suffit pour assurer l'hémostase d'une plaie longue de 4 centimètres et profonde de 3. De toutes ces expériences on ne peut rien conclure de bien ferme, car d'une part certains observateurs, tels que Tricomi, ne se sont guère préoccupés de la suture pure, et d'autre part on ne saurait comparer au point de vue opératoire une lésion faite récemment sur un chien dans des conditions bien déterminées, à une plaie hépatique qui peut, chez un homme, saigner depuis plusieurs heures, et à laquelle peuvent être associés d'autres désordres graves. Sur le chien, il est aisé, sans se presser, de réaliser une hémostase idéale ; sur l'homme, le temps, c'est-à-dire le sang perdu, crée des indications particulières.

Si du point de vue expérimental il est impossible de choisir une méthode, du point de vue clinique l'impossibilité est plus flagrante encore. Tricomi, qui l'essaya, arrive dans ses conclusions à une contradiction singulière. Sa statistique globale lui donne pour le tamponnement une mortalité de 19 p. 100 et pour la suture une mortalité de 30 p. 100 ; ce qui, de toute évidence, est en faveur de la première méthode ; et cependant Tricomi conclut « que l'hémostase idéale est assurée par la suture » (page 439).

Quant au rapport donné comme représentant les mortalités inhérentes à chaque méthode, il fournit, quand on l'examine de près, un exemple curieux de la relativité des statistiques. Tricomi confond, dans son appréciation du traitement, les plaies par arme blanche, par coup de feu et par contusion. Or ces plaies donnent, en dehors des moyens d'hémostase employés, des mortalités bien différentes. C'est ce qu'ont établi d'une manière indiscutable les travaux partout cités de Meyer et d'Edler (1). Il faut donc, pour apprécier un mode de traitement, séparer avec soin les plaies par arme blanche des autres plaies.

Si l'on refait le pourcentage de Tricomi sur les cas qui nous intéressent plus particulièrement, on trouve 18 cas traités par suture avec 2 morts, et 10 cas (2) traités par tamponnement avec 4 morts, ce qui donne pour la suture une mortalité de 11, 11 p. 100 et pour le tamponnement de 36, 36 p. 100, proportion absolument opposée à celle de Tricomi.

Notons tout de suite que les nouveaux résultats ainsi obtenus ne sont pas plus concluants que les précédents. Il n'y a aucune conclusion systématique à tirer d'une expérience qui, encore aujourd'hui, se borne à 35 cas. D'ailleurs la plus grande mortalité dans les cas où l'on a employé le tamponnement n'est pas due nécessairement au mode d'hémostase lui-même, car si l'on ne tenait compte que de celui-ci on pourrait arriver à cette conclusion que les 2 cas de Zeidler traités par le thermo-cautère représentent la technique idéale.

Le problème est autrement complexe ; l'importance de l'hémorragie, le siège de la plaie, le degré d'infection de la cavité péritonéale, la durée de l'intervention sont des facteurs de succès ou d'échec aussi importants que la méthode hémostatique employée. C'est ce que montre d'ailleurs la lecture des observations ; on y voit presque toujours l'opérateur commencer par tenter la suture, et seulement dans le cas où elle échoue recourir au tamponnement ; car la suture échoue précisément dans les cas les plus graves, et ce sont ces cas qui sont laissés au tamponnement et lui donnent une mortalité si lourde.

Cette mortalité serait peut-être diminuée si, les indications du tamponnement étant mieux connues, on perdait moins de temps, soit dans des tentatives de suture, soit dans des opérations complémentaires (incisions en T, résections costales etc.), souvent indispensables pour tenter la suture, mais aussi souvent inutiles pour faire une bonne hémostase par compression.

Est-il possible de résumer en une formule nette les indications du tamponnement ?

Terrier et Auvray (loc. cit., p. 154), qui, d'ailleurs, considèrent la suture comme le procédé de choix, reconnaissent qu'elle devient impossible quand la plaie est trop profondément située, ou quand le tissu hépatique est devenu particulièrement friable.

Tricomi (loc. cit., p. 439) dit de recourir au tamponnement si la plaie est irrégulière, s'il y a une lésion d'un gros vaisseau (3), si la plaie est très profonde, si elle siège sur la face concave (4) ou sur la partie supérieure de la face convexe.

On peut résumer l'opinion de ces auteurs et la discussion précédente en disant :

Outre les cas où, bien qu'aisée en apparence, la suture ne réussit pas, il faut d'emblée se décider au tamponnement :

1° Si l'état général du malade demande une intervention des plus rapides.

2° Si les bords de la plaie sont irréguliers.

(1) Montenovesi et Scalzi. Congr. della Soc. Ital. di chirurg., *Riforma med.*, 1893, vol. IV, p. 368.

(2) Terrier et Auvray. *Revue de chir.*, 1896 et 1897. — Kousnetzoff et Pensky. *Id.*, 1896. — Tricomi, etc.

(3) Postempski. *Études cliniques et expérimentales sur les blessures de quelques viscères abdominaux*, Rome 1885.

(4) Del Vecchio. Cong. int. de méd. de Rome, 1894.

(5) Tricomi. Loc. cit.

(1) Terrier et Auvray. Loc. cit.

(2) Nous disons 10, au lieu de 11, car nous éliminons le cas de Dubujadoux compté par erreur comme plaie par arme blanche.

(3) Nous ferons remarquer ici que le tamponnement d'un gros vaisseau, tel que la veine porte, ne représente peut-être pas la solution idéale.

(4) Lejars (in *Chirurgie d'urgence*, p. 256) conseille la suture, non seulement sur la face concave, mais même sur le bord postérieur.

3° Si la plaie par sa profondeur expose à laisser derrière les sutures une cavité qui peut être infectée et dans laquelle le sang va s'accumuler.

4° Si la plaie siège sur la face concave et à plus forte raison au niveau du bord postérieur.

5° Si la plaie siège à la partie de la face convexe inaccessible sans résection costale.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(18 JANVIER 1901)

L'organisation des **services hospitaliers** est plus que rudimentaire. Le temps marche vite, et cependant, à tout bien considérer, nous sommes encore très près de l'époque où, dans les hôpitaux, les malades couchaient plusieurs dans le même lit. Tout le monde a vu, à l'Exposition universelle, comment dans le passé étaient organisées les salles de malades ; n'est-ce pas maintenant à peu près la même chose, au moins dans certains hôpitaux ? Il faut remédier à ce déplorable état de choses, et le but de la Société médicale des hôpitaux est justement d'attirer l'attention *des pouvoirs publics* (attention singulièrement difficile à fixer !) et d'insister sur la nécessité de diverses réformes urgentes.

Parmi ces réformes — et elles sont légion ! — il en est une que M. Le Gendre indique, et qui est de la plus haute importance.

Il n'est pas de jour où, dans un service un peu actif, un ou des malades soient pris — à propos d'une pneumonie ou d'une fracture de jambe — d'un délire actif, violent, dangereux pour le patient et pour ses voisins, et dont le moindre inconvénient est d'empêcher ceux-ci de dormir pendant souvent plusieurs nuits de suite.

Que fait-on en pareil cas? Deux solutions se présentent aussi mauvaises l'une que l'autre.

Ou bien on laisse le malade s'agiter, crier, hurler pendant plusieurs jours, au grand détriment de ses voisins; ou bien on établit un certificat à l'aide duquel le malade est expédié dans un asile d'aliénés.

N'est-ce pas là coutume surannée et quelque peu honteuse?

Il y a à la faire cesser un intérêt général — un seul malade ne devant pas en gêner trente ou quarante — et un intérêt particulier, car il n'est pas indifférent pour un malade d'avoir été interné dans un asile d'aliénés, ne fût-ce que pendant quelques jours. L'ouvrier qui sort d'un hospice de fous trouve difficilement à se placer, et conserve longtemps un dossier, et par conséquent une tare illégitime. De là la nécessité de créer dans chaque hôpital, d'aménager un local spécial destiné à l'isolement temporaire des malades agités mais non aliénés.

Après diverses observations de MM. Rendu, Dupré, Chauffard, Barth, observations qui plaident toutes dans le même sens, la Société vote à l'unanimité le vœu suivant proposé par M. Le Gendre :

La Société émet le vœu que dans chaque hôpital, un local soit aménagé pour l'isolement EFFECTIF *des agités temporaires.*

Ce vœu sera transmis aux « fameux pouvoirs publics » qui, dans l'espèce, sont : le directeur de l'Assistance publique, le président du Conseil municipal et le ministre de l'Intérieur.

Peut-être pourrait-on saisir de cette question la presse politique?

Des gens bien informés prétendent que les « pouvoirs publics » sont moins sourds à cette voix!

M. Widal et ses élèves, MM. Sicard, Ravaut et Monod, continuent la série de leurs **recherches sur la présence des éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien.** De ces travaux, il résulte que dans le cours de la méningite tuberculeuse, on rencontre des éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien, qu'il existe une lymphocytose très marquée au cours de la paralysie générale et du tabes; qu'on ne rencontre pas d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien des individus indemnes de toute lésion chronique ou aiguë des méninges (hystérie, névrite périphérique, méningisme); que dans la méningo-myélite, on trouve très nettement ces éléments figurés.

L'examen histologique du liquide céphalo-rachidien peut, dans certains processus chroniques cérébro-spinaux, permettre d'affirmer la participation méningée. Le leucocyte, dans le liquide céphalo-rachidien, n'est pas plus un élément spécifique de la méningo-encéphalite ou du tabes qu'il ne l'est de la tuberculose méningée. Il est le témoin de réactions qui ne nécessitent pas l'intervention d'éléments tels que les polynucléaires.

M. Touche lit une note sur les **troubles radiculaires dans la paraplégie pottique.**

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La digitale.

Par M. L. BABONNEIX, interne des hôpitaux de Paris.

L'action physiologique de la digitale variant à l'extrême suivant les pays, suivant l'âge et le mode de récolte de la plante, il importe, pour obtenir des résultats constants, d'observer les RÈGLES PHARMACOLOGIQUES suivantes : une même digitale sera toujours prescrite (1) ; les préparations en seront faites avec des feuilles recueillies sur des pieds de deux ans, au moment de la floraison, séchées à l'ombre, puis à l'étuve (sans dépasser une température de 30 degrés), conservées à l'abri de l'humidité et de la lumière ; ne datant enfin que de quelques mois, d'une année au plus.

Aux feuilles de digitale peuvent être frauduleusement substituées certaines autres feuilles (bouillon blanc, bourrache, grande consoude) et surtout les feuilles de conyze ; le moyen le plus simple, dans ce dernier cas, de déceler la supercherie consiste à traiter l'infusion ou la macération suspecte par l'ammoniaque. Les préparations de digitale ne subissent aucune modification ; celles de conyze, au contraire, verdissent au contact de l'alcali (2).

Les PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES (3) de la digitale peuvent être ainsi résumées : la digitale agit surtout sur la *circulation*; à doses thérapeutiques, elle *ralentit les battements du cœur, augmente leur énergie, élève la pression artérielle* ; à doses toxiques, elle produit les effets inverses. Les effets cardiaques de la digitale ont été attribués à l'excitation des nerfs modérateurs, à l'inhibition des nerfs accélérateurs,

(1) Par exemple, la digitale des Vosges, qui présente une composition à peu près constante.

(2) Tous ces détails sont empruntés au livre de MM. Brissemoret et Jeannin, *Les drogues usuelles*, p. 77, 435.

(3) La *composition chimique* de la digitale est encore très discutée. Pratiquement, il suffit de savoir que, de tous les produits isolés, *seules* les digitalines du Codex possèdent une composition et une action constantes.

à la paralysie de la fibre cardiaque. Ces diverses hypothèses contiennent toutes une part de vérité : la digitale, actionnant directement le myocarde et le système nerveux du cœur (pneumogastrique), possède une *action cardiaque totale* (Dujardin-Beaumetz, Huchard).

Beaucoup moins importantes sont les autres propriétés physiologiques. La digitale, à doses thérapeutiques, n'influence que peu la *respiration et le système nerveux central;* elle irrite légèrement les *muqueuses digestives*, abaisse la *température générale*, paralyse les *fibres musculaires striées*, excite les *fibres musculaires lisses* (Rabuteau).

L'action de la digitale présente enfin ce caractère d'être *tardive* et *prolongée*; l'influence du médicament ne se manifeste, en effet, qu'au bout de dix à douze heures, et persiste encore pendant une douzaine de jours environ. Cette lenteur de l'absorption et de l'élimination ne doit jamais être perdue de vue lorsque l'on administre de la digitale.

La digitale possède quatre PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES principales :

a. *Action tonique cardio-vasculaire.* — Les indications de la digitale dans les maladies du cœur et des vaisseaux ont été longuement discutées : elles dépendent beaucoup moins du siège et de la nature des lésions que du retentissement de celles-ci sur la tension artérielle. *La tension artérielle est-elle normale ou augmentée, la digitale est nettement contre-indiquée. Est-elle abaissée*, comme dans l'asytolie, *la digitale trouve alors une indication formelle.* « La digitale est le médicament de l'asystolie, et non de telle ou telle lésion valvulaire (1). »

A cet égard si, avec MM. Fernet et Huchard, l'on divise l'évolution des cardiopathies valvulaires en quatre périodes, une première *eusystolique* où le myocarde est intact et la tension artérielle normale, une deuxième *hypersystolique*, où la compensation s'établit grâce à l'hypertrophie du myocarde, une troisième, *hyposystolique*, où la compensation commence à devenir insuffisante, et une quatrième, *asystolique*, où la tension artérielle fléchit définitivement, on peut dire que la digitale, inutile et même dangereuse aux phases initiales, s'impose absolument aux périodes hyposystolique et asystolique de la maladie (2).

Le même principe général : *emploi de la digitale toutes les fois que la tension artérielle faiblit*, trouve encore son application dans le traitement des autres affections cardio-vasculaires. C'est ainsi que la digitale sera avantageusement prescrite à la phase terminale des *cardiopathies artérielles* et des *néphrites chroniques* (3), alors que les symptômes d'asystolie se sont substitués à l'hypertension artérielle du début; dans les *endopéricardites aiguës* compliquées de phénomènes asystoliques; dans les *palpitations* liées à l'insuffisance du myocarde; dans certaines *maladies aiguës* (pneumonies typhoïdes ou grippales, fièvres éruptives, etc.), qui s'accompagnent de tachycardie et d'hypotension, etc. (4).

La principale *contre-indication* de l'emploi de la digitale consiste, nous l'avons dit, dans l'élévation de la pression artérielle (manifestations diverses de l'angiosclérose); mais ce n'est pas la seule. L'*intolérance digestive*, l'*existence de troubles fonctionnels cardiaques d'origine intestinale, la lenteur du pouls* (1) [Huchard] constituent autant de contre-indications importantes, auxquelles il faut, peut-être, adjoindre, pour plus de prudence, la *dégénérescence graisseuse du cœur* (2).

b. *Action diurétique.* — La digitale n'agit qu'indirectement comme diurétique, « en faisant rentrer dans la circulation, pour les éliminer par les reins, les liquides des hydropisies et des œdèmes (Potain). Elle sera donc uniquement indiquée dans les hydropisies d'origine cardiaque.

Ainsi, l'action diurétique de la digitale est, le plus souvent, subordonnée à son action cardio-vasculaire. Mais ces différentes actions peuvent, comme l'a montré M. Merklen, se dissocier, et l'on observe alors, soit de la diurèse sans ralentissement du pouls, soit inversement du ralentissement du pouls sans diurèse.

c. L'*action antipyrétique* de la digitale a surtout été mise à profit dans le traitement de la pneumonie. A hautes doses, elle modérerait l'hyperthermie pneumonique et permettrait au malade d'arriver d'une façon plus rapide et plus sûre à la défervescence.

d. La digitale a enfin été préconisée dans le traitement de quelques *hémorragies* (hémoptysies, métrorragies). Cet emploi n'est pas sans inconvénients : d'abord l'hémostase est toujours lente à se produire (3); de plus, dans certains cas d'hémoptysie, l'énergie plus considérable imprimée au cœur peut exposer le poumon à de nouveaux dangers d'hémorragies (4).

C'est une vérité banale aujourd'hui que la *digitale ne doit jamais être prescrite longtemps, même à doses fractionnées.* Une telle méthode conduit infailliblement à l'intoxication digitalique. La durée de l'administration de la digitale ne doit, sous aucun prétexte, dépasser quatre jours (Gubler), encore varie-t-elle avec les cas. Le malade est-il en pleine asystolie, on prescrira une forte dose de digitale (de 0,40 à 0,60 de poudre en infusion, ou mieux encore 1 milligramme de digitaline) à prendre en *un seul jour.* S'agit-il, au contraire, de *prévenir* un accès d'asystolie, la digitale sera continuée pendant trois ou quatre jours, à la dose de 0,10 à 0,15 *pro die* (5).

Deux précautions, également importantes, concourent à assurer le succès de la médication digitalique : la première consiste à prescrire, quelques jours avant la digitale, toutes les médications propres à stimuler le fonctionnement des organes excréteurs (régime lacté, purgatifs, etc.); la seconde à exiger du malade le repos horizontal pendant toute la durée d'action du médicament (6). De plus, il est prudent d'attendre au moins trois semaines avant de tenter une nouvelle épreuve.

Le traitement des cardiopathies par la digitale soulève enfin une importante question pratique. Quand faut-il

---

(1) HUCHARD. *Traité de thérapeutigne appliquée*, X, p. 416.

(2) Cette opinion, qui est celle de M. Huchard, n'est pas admise par tous. Beaucoup de cliniciens voient dans la dégénérescence graisseuse du cœur une contre-indication absolue à l'emploi de la digitale (Dujardin-Beaumetz, Jaccoud, Bucquoy).

(3) L'albumine ne constitue pas une contre-indication (Huchard).

(4) Dans les *myocardites aiguës*, l'emploi de la digitale ne va pas sans quelques dangers; il vaut mieux faire appel à la caféine ou à la strophantine.

---

(1) La digitale, agissant surtout sur les nerfs modérateurs du cœur, détermine déjà par elle-même un ralentissement du pouls.

(2) Le rythme couplé, que certains auteurs rangent encore parmi les contre-indications, est dû, le plus souvent, à la saturation digitalique de l'économie, il indique ainsi la nécessité de suspendre, au plus tôt, la médication.

(3) MANQUAT. *Traité de thérapeutique*, t. II.

(4) BERLIOZ. *Manuel de thérapeutique*, p. 226.

(5) « Ainsi la digitale, à doses différentes, et par une action différente, devient non seulement le médicament *curatif* de l'asystolie *existante*, mais encore le médicament *préventif* de l asystolie menaçante. » (HUCHARD. *Consultations médicales*, p. 484.)

(6) Pour éviter les syncopes qu'ont paru provoquer, dans quelques cas, de simples changements de position du malade.

interrompre le traitement? Quels symptômes permettent d'affirmer que le malade est arrivé à la limite de la tolérance?

MM. Potain et Barié ont proposé de prendre comme critérium la persistance ou la disparition des œdèmes. *Tant que les œdèmes persistent, continuer la digitale; dès qu'ils disparaissent, cesser la médication.*

Les bonnes PRÉPARATIONS de digitale ne sont pas nombreuses : la *poudre* en cachets, pilules, est irritante et nauséeuse ; la *teinture alcoolique* et l'*alcoolature* sont infidèles, la *teinture éthérée* « n'a de valeur qu'à condition d'être mal préparée, l'éther ne dissolvant pas les principes actifs de la plante » (1), le sirop à peine préparé subit des altérations chimiques suffisantes pour en faire rejeter l'emploi.

La macération et l'infusion de poudre de feuilles de digitale constituent certainement les meilleures préparations de digitale. Voici comment il convient de les prescrire.

Macération de digitale.

Feuilles de digitale privées de leurs nervures .... 0g40 centigr.
Eau distillée froide .... 300 grammes.

Faire macérer douze heures; filtrer; sucrer avec 60 grammes de sirop.

A prendre en quatre à cinq fois dans la journée *dans l'intervalle des repas.*

Infusion de digitale.

Poudre de feuilles.......... 0g40 centigr.
Eau chaude à 70 degrés..... 120 grammes.

Faire infuser une demi-heure; filtrer; sucrer.

A prendre en deux fois par jour, pendant quatre jours, en diminuant progressivement les doses de 0g10 centigrammes (Jaccoud).

Les *doses* des autres préparations digitaliques sont indiquées dans le tableau suivant :

Teinture alcoolique à 1/5 :
(LIV gouttes = 1 gramme).. } *adultes* :
Teinture éthérée .... } XV à XXX gouttes.
Alcoolature..............

Extrait aqueux.

(1 gramme = 4 grammes de feuilles.) 0,05 à 0,15.

Extrait alcoolique.

(1 gramme = 3gr33 de feuilles .....) 0,05 à 0,15.

Sirop de digitale.

(20 grammes = 0,50 de teinture.
20 grammes = 0,033 d'extrait alcoolique.)

Adultes : 10 à 50 grammes.

Enfants :	de 2 à 3 ans	1 cuillerée à café.	
—	de 3 à 6 —	2	— —
—	de 6 à 10 —	3	— —
—	de 10 à 15 —	4	— —

(Comby.)

Vin de Trousseau.

(20 grammes = 0,08 de digitale.)

Adultes : 20 à 40 grammes.

Les formes pharmaceutiques précédentes présentent une *équivalence* nettement mise en relief dans le tableau de M. Huchard : 10 centigrammes de poudre = 1 milligramme de digitaline = 45 milligrammes d'extrait aqueux = 50 milligrammes d'extrait alcoolique = 50 centigrammes de teinture alcoolique = 1 gramme de teinture éthérée = 20 grammes de sirop de digitale = 20 grammes de vin de digitale.

(1) HUCHARD. Loc. cit.

Des INCOMPATIBILITÉS de la digitale, les unes sont de nature *chimique* : ce sont les sels métalliques et les décoctés astringents (tanin); les autres, *physiologiques* (1), se divisent en antagonistes *rénaux* : antipyrine, belladone, opium (ferment le rein); — *cardiaque* : quinine (affaiblit les battements cardiaques); — *vasculaire* : nitriles (trinitrine), iodures, vaso-dilatateurs (abaissent la pression sanguine).

D'où cette conclusion pratique : *ne pas associer la digitale à d'autres médicaments.*

L'INTOXICATION DIGITALIQUE, toujours *insidieuse*, doit être soigneusement recherchée. Elle évolue en deux phases : dans la première, les troubles *digestifs* (nausées, vomissements, coliques); *circulatoires* (tachycardie, arythmie, pouls bigéminé), et *nerveux* (céphalée, vertiges, mydriase, xanthopsie, délire) prédominent. Dans la deuxième, l'extrême pâleur du visage, le refroidissement cyanotique des extrémités (2) présagent une mort prochaine; en général la mort survient lentement et non subitement (3).

L'antidote de la digitale reste à découvrir. Ni le tanin, ni la saponine, ni l'aconitine ne sauraient prétendre à ce rôle. Il faudra donc se contenter d'une médication purement symptomatique : *a.* évacuer le poison; *b.* tonifier le cœur (injections de caféine, d'éther); *c.* maintenir le malade dans la position horizontale le plus longtemps possible.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 11 janvier 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. Longuet, Morin, Benoît, Abramovitsch, Robine, Bertherand, Gauchet, Sainton, Gueutal, Martinet.

Bonniot, Quiret, Brot, Lanthier, Lazard, Tourtourat, Clerc, Moundlic, Dally, Goubert.

Durandeau, Wateau, Blanchard, Boyer, Crémazy, Setlerier, Robert, Coyon, Herrenschmidt, Roussel.

Le Sourd (F.), Bois, Moussard, Ulmann, Poupy, Vergely, Martinot, Cadol, Bioche, Kuhn.

Foix, Montagnier, Weil, Fougères, Bernard, Guldenschuh, Pasquiou, Girou, Bachimont, Castille.

Proust, Carre, Santiard, Desanti, Sempé, Lecocq, Wanwtberghe, Limasset, Tondeur, Tabourin.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Meslet, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur la *Saône*, en remplacement de M. le docteur Guillarmou, qui a terminé la période réglementaire d'embarquement.

Bureau d'hygiène de Lyon. — M. le docteur Pehu vient d'être nommé, après concours, sous-directeur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Anizon (de Nantes), Alphonse Jantel et Ballin (de Lyon).

(1) HUCHARD. Loc. cit.
(2) La tachycardie traduit la paralysie du vague; les troubles de la deuxième période témoignent de l'influence prédominante, vaso-constrictive, du grand sympathique (Huchard).
(3) GOURIN. *Manuel de médecine*, t. VII.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

MÉDAILLE D'OR, Expon Univ. PARIS 1900

HYGIÈNE DE L'ESTOMAC ET DES VOIES DIGESTIVES

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par 3 *de nos plus éminents chimistes-experts, professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris :*

« ***Au point de vue thérapeutique,*** *l'efficacité de* « *l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît* « ***incontestable*** *et confirmée par de* ***très nombreux cas*** *dans lesquels cette préparation* « *a été ordonnée* ***avec le plus grand*** « ***succès.*** *Il est de* ***notoriété*** « ***publique*** *qu'il est prescrit* « ***journellement*** *par* « *les* ***Médecins.***»

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(Bière de Santé Diastasée Phosphatée)

SEUL ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Sa richesse **exceptionnelle** (6 grammes 27 par litre) en **PEPTONES VÉGÉTALES** associées aux phosphates organisés des Céréales et **DIRECTEMENT ASSIMILABLES;** Sa faible teneur en alcool (naturel) qui permet de l'employer, même **dans l'alimentation du premier âge**; Ses propriétés ***GALACTOGÈNES*** **spéciales** auxquelles la jeune Mère doit de triompher si aisément, des fatigues de l'allaitement; Sa merveilleuse efficacité, enfin, contre l'**ANÉMIE**, la **CHLOROSE**, les affections de l'**ESTOMAC**, la **TUBERCULOSE**, etc., font de la ***BIÈRE DÉJARDIN***, le ***MÉDICAMENT-ALIMENT*** hors de pair, toujours admirablement toléré, en même temps que l'agent, par excellence, de l'**ASSIMILATION INTÉGRALE.**

E. DÉJARDIN, Phcn-Chte de 1re Classe, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris, **109**, Bould Haussmann, **PARIS**

Itrol	Traitement des plaies; **Blennorrhagies**, maladies des yeux particulièrement **La Kératite** (d'après CRÉDÉ)
Collargolum	**Argent Crédé** pour l'intérieur; **Onguent Crédé** pour l'extérieur; dans les maladies septiques.
Créosotal et Duotal	Les plus efficaces dans les affections de Poitrine; employés avec succès certain dans la **Tuberculose, Bronchite, Phtisie,** etc.

BROCHURES & RENSEIGNEMENTS : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS. *Téléphone 113-70.*

Par Jour 5 à 8 CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN à 50 centgr.

BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage des spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque

BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

VIN DE BUGEAUD

TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA

Phie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS

HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

RÉVULSIFS

VÉSICATOIRE LIQUIDE

BIDET

EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX

PROPRETE, EFFET CERTAIN

APPLICATION FACILE

PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS

LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

PILULES : 6 par jour.

GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 24 JANVIER 1901. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — APPENDICITE ET OCCLUSION INTESTINALE, par M. Ét. CESTAN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — HYGIÈNE PUBLIQUE. Désinfection des locaux au moyen du formadol. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

APPENDICITE ET OCCLUSION INTESTINALE

Par M. Ét. CESTAN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Dans un travail publié voici quelques mois sur « les erreurs de diagnostic de l'appendicite » (1), j'avais, après d'autres, signalé la fréquence des cas d'appendicite aiguë revêtant à tel point le masque de l'occlusion intestinale qu'une erreur diagnostique s'ensuit, trop souvent déplorable pour le traitement. Le récent article de mon ami Marion (2) a paru dans ce journal sous ce même titre au moment où je terminais la rédaction de cinq observations personnelles venant à l'appui de cette thèse. Je crois donc utile de les publier à la suite de l'article précité. Elles viendront grossir le nombre toujours croissant des faits de même ordre, vérifiés par une intervention directe.

OBSERVATION I. — Le 6 octobre 1897, je fus mandé auprès d'un fermier de cinquante-six ans pour des accidents occlusifs datant, m'affirma-t-on, d'une grosse semaine. Je trouvai ce malade avec un abdomen distendu à l'extrême, sans saillie marquée d'une anse intestinale, sans douleur localisée à droite, sans tumeur profonde appréciable. Il avait depuis huit jours un arrêt absolu, me dit-on, des matières et des gaz ; depuis trois jours des régurgitations fécaloïdes et du hoquet. Le facies était fatigué, mais l'état général paraissait encore satisfaisant et le pouls, bien que rapide, assez bien frappé ; pas de température.

De par l'âge du malade, les crises de constipation antérieures pour lesquelles cet homme usait et abusait depuis longtemps de purgatifs violents, je songeai à l'existence probable d'un néoplasme intestinal haut situé, car le toucher rectal était négatif, ou à des accidents occlusifs d'ordre paralytique. Après échec d'un lavement électrique, je pratiquai sans tarder, sous chloroforme (ce fut un tort), une incision médiane qui, après l'issue inattendue d'une grosse quantité de pus, me montra des anses intestinales rouges, distendues, et un foyer purulent dans la région cæcale. Je fis incontinent l'incision classique de Roux ; sans chercher l'appendice, j'établis un large drainage par les deux incisions et pour parer aux accidents occlusifs, fis sur le cæcum distendu un petit anus de soulagement. Malgré la brièveté relative de mon intervention, le malade dont la résistance n'était qu'apparente et ne fut pas soutenue par les injections de sérum peu en usage à cette date, le malade, dis-je, fut long à se réveiller et succomba dans la nuit qui suivit.

OBS. II. — Mme C..., soixante-trois ans, sans autres antécédents que quelques accès paludéens et plusieurs crises douloureuses dans le côté droit de l'abdomen étiquetées coliques hépatiques, à tort sans doute, est prise le 27 août dernier d'une douleur à droite, d'intensité moyenne, qu'elle prend pour une crise hépatique nouvelle. Le 30 août, son médecin la trouve au lit, très souffrante, la face anxieuse et grippée, la langue sèche, le pouls petit à 86, la température à 36°8. La constipation est complète depuis sept à huit jours ; il y a eu quelques matières évacuées par lavement mais pas de gaz, et la malade vomit ses aliments et les boissons glacées qu'elle absorbe. Le ventre est très ballonné, un peu douloureux partout mais surtout du côté droit. Au niveau de la fosse iliaque droite, matité, sensibilité plus vive, mais sans défense musculaire ; ailleurs tympanisme. Le médecin ordonne des boissons glacées, quelques lavements et des opiacés.

Le 1er septembre, même état ; après consultation, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale que l'on traite par des lavements, des purgatifs répétés et de la strychnine.

Le 2 septembre, l'état s'est aggravé ; le facies est nettement péritonéal ; les vomissements, plus fréquents, sont devenus fécaloïdes. Le ventre plus distendu est douloureux à gauche. L'arrêt des matières et des gaz persiste absolu. Le pouls est à 90, la température à 36°6.

Le 4 septembre, je suis appelé auprès de la malade, que je trouve dans un état presque désespéré, la face et les extrémités cyanosées et déjà refroidies, le pouls rapide et mal frappé, le ventre énorme avec une sensibilité et une submatité légèrement plus marquées au niveau de la fosse iliaque droite. Me fondant sur ce fait et sur les prétendues crises hépatiques antérieures que je rapporte à des poussées probables d'appendicite, je porte d'accord avec mes confrères le diagnostic de péritonite appendiculaire à forme occlusive et tente une intervention en désespoir de cause. Ici encore, j'eus tort de ne pas recourir à la cocaïne et d'user du chloroforme.

Une incision de Roux me permit rapidement d'évacuer une énorme quantité de pus et de drainer un foyer très étendu, se prolongeant dans l'excavation pelvienne. Sérum à haute dose.

(1) Toulouse, impr. Cléder. Broch. de 38 pages.
(2) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 24 nov. 1900, n° 134, p. 1339.

Cinq heures après, délire, agitation, pouls à 120, thermomètre à 39°3. Six heures après, pouls progressivement à 120 130, 140; hypothermie graduelle et mort dix heures après l'intervention. Le lit était inondé par plusieurs litres de pus, vomis par les drains.

Dans ces deux cas, la mort a été rapide; dans les suivants la guérison est survenue après divers incidents.

Obs. III. — Mme D..., vingt-neuf ans, est prise, le 26 juillet dernier, de malaises, de douleurs abdominales avec coliques et vomissements alimentaires, qui la forcent à s'aliter. Les accidents augmentent; les selles se suppriment, le ventre se ballonne, les vomissements deviennent plus fréquents, bilieux, verdâtres puis fécaloïdes; le facies se tire et les médecins appelés, en l'absence de fièvre et de signes localisés, après avoir vainement cherché des signes nets d'appendicite, adoptent l'hypothèse d'une occlusion intestinale pour laquelle purges et lavements répétés sont ordonnés et restent sans effet. L'état s'aggrave et on me mande le 6 août. La malade est pâle, les traits tirés, le nez pincé, les lèvres bleuâtres, les extrémités un peu froides, le pouls rapide et petit à 130, la température abaissée. Les vomissements sont presque continus et cette femme m'affirme n'avoir pas eu de selles depuis onze jours. Pourtant, le matin même, un lavement a provoqué l'expulsion de deux gaz. Le ventre est uniformément distendu; la percussion ne donne aucun renseignement précis; le toucher vaginal, pratiqué avec un gant de caoutchouc, reste également négatif. Seule la palpation profonde réveille une légère douleur à droite.

Nous portons le diagnostic de péritonite appendiculaire à forme occlusive et proposons une intervention sous anesthésie cocaïnique, tellement l'état général nous paraît précaire.

L'incision de Roux nous conduit sur un cæcum dilaté à l'extrême, au-dessous duquel nous ouvrons un très vaste abcès plongeant dans le pelvis. Sans rechercher le vermium nous drainons largement; puis, en présence des phénomènes occlusifs, faisons une petite bouche de sûreté sur le cæcum. Nous terminons par une injection sous-cutanée de 1 litre et demi de sérum artificiel.

Contrairement à nos craintes, la malade se remit parfaitement; l'anus artificiel fonctionna régulièrement dès le lendemain tandis que s'apaisaient les symptômes occlusifs.

J'espérais que la fistule cæcale resterait étroite, une fois le cours normal des selles rétabli. Il n'en a rien été. Cette fistule s'est agrandie peu à peu, la presque totalité des matières passant à son niveau.

Aussi ai-je dû, le 5 octobre, essayer d'en pratiquer la fermeture par trois plans étagés de catguts. Cette tentative n'a que partiellement réussi, car il persiste encore une fistulette fécale et un trajet purulent qu'entretient sans doute l'appendice malade resté enfoui. Le malade est donc hors de danger; mais devra subir une opération complémentaire.

Obs. IV. — Le 26 septembre, j'étais appelé par télégramme auprès d'un garçonnet d'une dizaine d'années, le jeune S..., pour des signes d'occlusion intestinale. Cet enfant, d'assez bonne santé habituelle, avait été pris six jours avant d'une douleur subite dans le côté gauche du ventre, accompagnée de vomissements alimentaires, de fièvre et de constipation opiniâtre. Le repos au lit, les purges et les lavements répétés n'avaient pu amener de matières et bientôt les vomissements fréquents, devenus bilieux puis d'odeur fécaloïde, les traits tirés, le pouls rapide et petit, le ballonnement, la sensibilité diffuse du ventre avaient fait croire à ses médecins qu'il s'agissait de phénomènes occlusifs. L'hypothèse d'une appendicite, un instant soulevée, avait été rejetée parce que le siège initial et maximum de la douleur se trouvait à gauche, et que la palpation révélait aussi une rénitence profonde à ce niveau.

Je trouvai l'enfant très abattu, avec un ventre uniformément distendu et sensible, dont l'examen était très difficile. Le palper des fosses iliaques droite et gauche resta négatif, mais une percussion minutieuse révéla, derrière l'extrémité inférieure du grand droit du côté droit, une légère différence de timbre, une sonorité hydroaérique, et la palpation profonde réveillait en cet endroit une douleur un peu plus marquée. Je portai le diagnostic d'appendicite aiguë à forme occlusive, avec abcès pelvien et foyer secondaire probable à gauche. Une incision sous chloroforme, pratiquée sur le bord externe du muscle droit, donna issue à un mélange de gaz et de pus infect; le foyer était heureusement moins étendu que je ne le craignais. Large drainage. Injections répétées de sérum.

Le malade, malgré la gravité de son état, se remit assez vite. Au neuvième jour, une fistulette fécale se déclara qui s'oblitéra toute seule au treizième.

L'enfant est aujourd'hui guéri.

Ces quatre premiers faits sont des exemples d'occlusion précoce éclatant dès le début de l'appendicite. Dans l'observation suivante, les accidents occlusifs, loin d'être immédiats, ne se sont produits qu'un mois et demi après le début de l'affection.

Obs. V. — Je fus, à la fin d'octobre 1899, appelé auprès d'une jeune fille de dix-sept ans, M. D..., pour des accidents abdominaux d'allure mal définie, qui avaient été pris par le médecin traitant pour une fièvre typhoïde irrégulière. Dans la fosse iliaque droite existait une très volumineuse collection purulente d'origine appendiculaire; une large incision donna issue à deux gros verres d'un pus grisâtre, mal lié, horriblement fétide, et à deux concrétions fécales calculiformes. L'appendice ne fut pas recherché. Large drainage.

La malade s'était remise de cette atteinte, lorsque, neuf jours après cette première incision, la température remonta sensiblement. Je redoutai et cherchai un foyer secondaire qui ne tarda pas à se dessiner, cette fois, aux confins de la fosse iliaque gauche. Je l'ouvris sur le bord externe du muscle droit correspondant et le drainai à son tour.

Les phénomènes s'amendèrent encore, mais, trois jours après, la circulation intestinale devint de plus en plus malaisée, le ventre se ballonna, des nausées puis des vomissements apparurent avec tous les signes d'une occlusion. L'examen soigneux du ventre ne montra pas de nouvel empâtement en train de suppurer, mais aux environs immédiats du second foyer, une anse intestinale plus tendue faisait nettement saillie (signe de Schlange) indiquant le siège de l'obstacle. C'était, à n'en pas douter, une occlusion par coudure due à des adhérences inflammatoires.

Une laparotomie pour dégager l'anse adhérente était logique, mais périlleuse, car il fallait opérer au voisinage immédiat d'un foyer infecté et sur une malade extrêmement affaiblie. La famille d'ailleurs s'y opposa.

J'essayai sans succès les grands lavements huileux, la strychnine et la caféine. Mais les événements se précipitèrent, le ventre devint énorme, les vomissement fécaloïdes, la peau froide, le pouls très rapide.

Enfin tout espoir perdu, me laissa-t-on pratiquer, sous cocaïne, une entérostomie étroite et rapide sur l'anse adhérente qu'à travers une étroite boutonnière mon doigt put accrocher et ramener au dehors. Dès le lendemain matin,

le ventre s'était dégonflé et les vomissements avaient cessé. Quelques jours après, j'introduisis dans l'intestin, par le minuscule anus artificiel, une très longue sonde œsophagienne molle et poussai vers le bout inférieur une injection huileuse qui sortit en partie par l'anus normal. Pareillement, avec une canule rectale profondément conduite, je pus de bas en haut amener du liquide jusqu'à l'anus artificiel. Ces doubles lavages furent quotidiennement répétés. Bientôt, le cours normal des fèces se rétablit progressivement. Vingt jours après la fistule ne donnait plus passage aux matières et la malade commençait à se lever.

Depuis, cette fistule, réduite à un petit pertuis insignifiant, est resté constamment si sèche que la jeune fille se déclare très satisfaite et repousse toute intervention complémentaire pour en assurer la fermeture définitive.

Telles sont nos observations, dont seule la dernière offre une certaine rareté; les premières sont certainement plus banales, mais comportent pourtant quelques réflexions.

Les accidents occlusifs, liés à l'appendicite, sont ou bien précoces et d'ordre paralytique, sans obstacle mécanique d'aucune sorte, ou bien tardifs et dus alors à des adhérences partielles ou généralisées qui fixent l'intestin en position vicieuse ou l'étranglent dans un anneau. Très exceptionnellement, il faut admettre, avec Marion, que l'occlusion est due à un réflexe provoqué par un appendice malade.

Les occlusions précoces, paralytiques, par péritonite appendiculaire, auxquelles appartiennent nos quatre premiers faits, sont fréquentes. Pratiquement, ce sont les plus importantes car elles donnent presque toujours lieu à des erreurs regrettables de diagnostic et de traitement. Un médecin insuffisamment prévenu, égaré par les signes occlusifs, ne voit qu'eux, méconnaît la péritonite appendiculaire et fait de mauvaise besogne. Aussi malgré que Henrot, Duplay, Thibierge, partout cités, aient parfaitement distingué ces occlusions et les aient décrites, est-il utile d'y revenir encore, car on n'y songe jamais assez. Les faits collectés par Siron dans sa thèse et par Marion dans sa revue, ceux de Lépine, d'Albarran et Caussade, d'Avriagnet et Bernard, de Pasteau, les nôtres et d'autres qu'il serait facile de réunir, étant donné leur nombre, en sont la meilleure preuve. L'an passé, nous insistions déjà sur ce point, et la fréquence de ces confusions est telle comme la fréquence de l'appendicite, que nous dirions presque aux médecins : En présence d'accidents occlusifs sans cause manifeste, songez toujours à l'appendicite possible pour orienter votre thérapeutique et rejeter purgatifs, entéroclyses ou lavements électriques, tous moyens plus dangereux encore qu'inutiles, car ils ne peuvent que diffuser la péritonite existante.

Les occlusions tardives, par adhérences, sont plus exceptionnelles et les exemples s'en comptent encore; notre dernier fait semble s'y rapporter. Le diagnostic, facile dans notre cas, peut ailleurs s'entourer de difficultés grandes que seules pourront surmonter la notion d'une appendicite antérieure ou l'existence d'une cicatrice opératoire au niveau du flanc droit.

Ici, bien que l'acte chirurgical reste la seule ressource, les moyens médicaux offriront peut-être moins de dangers possibles, la perte de temps mise à part. Cette dernière et très importante réserve faite, nous pourrons dire qu'ils seront en ces cas plus inutiles que dangereux.

Somme toute, l'occlusion d'origine appendiculaire, quel que soit son mode spécial, reste uniquement justiciable de la laparotomie, comme l'a déjà écrit Marion. Cette affirmation sera acceptée de tous et je ne sache pas que même les partisans les plus résolus de l'expectation armée dans l'appendicite aiguë refusent d'y souscrire, car cette expectation perd tous ses droits en face d'accidents ainsi menaçants.

Mais il est deux points cependant qui méritent de nous retenir encore un instant et que Marion a passés son silence. Ils concernent uniquement les occlusions paralytiques précoces.

Le premier est celui de l'anesthésie. Je crois fermement qu'il faut être aussi sobre que possible des anesthésiques généraux sur des malades infectés et sans résistance. La cocaïne suffit à la besogne rapide et simple le plus souvent qui consiste à ouvrir, drainer le foyer appendiculaire et à extirper le vermium s'il se présente facile à cueillir. Je reste convaincu que le chloroforme est pour beaucoup dans la mort rapide qui a suivi ma très sommaire intervention sur mes deux premiers malades. Et je ne doute pas que ce même chloroforme eût achevé la troisième et la cinquième si je l'eusse employé, tellement leur état paraissait compromis.

Le second est celui de l'entérostomie complémentaire. Ces occlusions paralytiques aiguës par péritonite appendiculaire, avec cette distension énorme des anses intestinales, doivent-elles être traitées seulement par l'ouverture large du ou des foyers purulents? Ou bien, pour combattre les phénomènes concomitants de stercorémie par stase parétique, convient-il de faire simultanément, sur une anse dilatée proche du cæcum ou sur le cæcum distendu, une petite entérostomie, soupape de sûreté plutôt qu'anus vrai, par laquelle on essaiera de vider et laver l'intestin?

On sait que Schede, Henrotin, Hadra et plus récemment Houzé dans sa thèse ont vivement recommandé cette pratique dans les péritonites aiguës et rapporté des faits à l'appui.

Personnellement j'ai eu trois fois recours à cette fistulisation intestinale : chez une jeune femme atteinte de septicémie post-opératoire consécutive à l'emploi de catguts septiques et chez les malades des observations I et III. Seule cette dernière a guéri. Le malade de l'observation I mourut trop tôt pour qu'on pût mesurer l'utilité de son anus artificiel, et chez la jeune femme atteinte de septicémie, l'entérostomie parut impuissante à vider autre chose que l'anse ouverte; la masse intestinale distendue refusa de s'évacuer et les phénomènes occlusifs ne subirent aucune atténuation. Ce résultat est presque logique d'ailleurs, puisqu'il s'agit non d'un arrêt par obstacle mécanique, mais d'une stase paralytique d'ordre inflammatoire que l'entérostomie ne peut prétendre abolir.

Aussi malgré les faits rapportés par Houzé en faveur de cette entérostomie complémentaire et bien que notre troisième malade lui doive peut-être une guérison inespérée, sommes-nous, jusqu'à nouvel ordre, prêt à déclarer avec Guinard qu'il faut y recourir le moins possible et seulement lorsque la situation paraîtra tout à fait compromise. Non pas que cette manœuvre allonge et aggrave considérablement l'intervention, mais le plus souvent elle semble inutile et, si le malade survit, elle peut devenir source d'ennuis et d'opérations ultérieures pour en obtenir l'occlusion.

HYGIÈNE PRATIQUE

Désinfection des locaux au moyen du Formadol.

Des expériences de désinfection de locaux ont été entreprises à Lyon par MM. les docteurs Rabot et Cotton au moyen du « Formadol », nouveau produit chimique dégageant des vapeurs fortement antiseptiques.

Ce produit est présenté sous forme de trochisques; il suffit de les allumer par le sommet, recouvert d'amadou. D'après une analyse faite par M. le professeur Pouchot, à Lyon, il y a production de vapeurs d'eau, de formaldéhyde, d'iode et d'acide carbonique.

Voici le rapport sur les essais faits par ces deux savants :

« Dans des bouillons de viande, nous faisons pousser à l'étuve à 37 degrés, des cultures de staphilocoques pyogenes albus et pyogenes citreus provenant d'une ostéomyélite du fémur, des streptocoques, des bacilles de la diphtérie, du coli communis, des bacilles d'Eberth, des bacilles du charbon. Lorsqu'elles ont pris un complet développement, nous plaçons dans des cristallisoirs renfermant ces cultures avec leur bouillon, des morceaux de drap de 5 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Nous maintenons les cultures à l'étuve jusqu'à dessiccation complète. Des ensemencements sur sérum ont montré dans ces morceaux de drap, la présence des organismes signalés plus haut. Nous répétons alors avec ces fragments de drap bien desséchés des expériences déjà faites avec des lambeaux de toile encore humides, des bouillons renfermant les mêmes cultures. C'est-à-dire : dans deux pièces contiguës et communiquant par une porte largement ouverte, nous déposons sur le plancher des fragments de drap renfermant des cultures desséchées de :

Staphilocoques pyogenes albus.
— citreus.
Streptocoques.
Bacilles diphtériques.
Bacilles d'Éberth.
Bacilles du charbon.
Coli communis.

Chacun de ces types est placé dans des points différents, les uns sur le parquet, dans les angles de l'appartement, sur la cheminée, sur les portes : les uns appliqués contre le mur à des hauteurs de 1 mètre à 1m50.

Des linges renfermant des matières fécales de typhiques bien desséchées sont ensemencés sur sérum au moment où ils sont déposés sur le parquet.

Des fragments de toile recouverts de crachats bien secs ayant montré la présence de bacilles de Koch sont, les uns suspendus contre le mur, les autres déposés sur le parquet.

Les cultures ainsi disposées, nous plaçons 15 cônes n° 1 au Formadol devant produire la quantité nécessaire de vapeurs désinfectantes pour stériliser le local en question cubant 138 mètres cubes 30. Nous les allumons après avoir eu bien soin de fermer les portes et les fenêtres et d'obstruer la cheminée de notre mieux. Au moment où nous quittons l'appartement, les cônes en ignition dégagent des vapeurs. L'expérience commencée à neuf heures du matin est terminée à une heure de l'après-midi. Les portes et les fenêtres sont largement ouvertes. Les morceaux de drap sont alors ramassés avec des pinces bien flambées et déposés dans des tubes renfermant des bouillons de viande. Le tout est porté à l'étuve à 37 degrés. Nous y plaçons aussi le tube de sérum ensemencé avec les matières fécales typhiques avant d'allumer les cônes. Au bout de vingt-quatre heures le tube de sérum montre des cultures bien nettes. Elles sont constituées par des stries qui s'étendent peu de chaque côté; elles offrent l'aspect d'une bande blanche à reflets gris. L'examen microscopique montre très nettement des bacilles d'Éberth. Les autres tubes de bouillon dans lesquels ont été déposés des fragments de drap contenant des cultures sèches de :

Staphylocoques pyogenes albus.
— — citreus.
Streptocoques.
Bacilles diphtériques.
— typhiques.
— du charbon.
— coli communis.

ne se sont pas troublés. Des ensemencements sur sérum de ces bouillons les ont montrés parfaitement stériles, les vapeurs dégagées par les cônes se sont montrées cette fois aussi actives sur les cultures desséchées, qu'autrefois sur des cultures humides.

Il nous reste à parler du résultat obtenu par ce procédé de désinfection sur les crachats tuberculeux desséchés. Des fragments de toile sont déposés dans de l'eau stérilisée avant la désinfection.

D'autres sont placés dans les mêmes conditions après la désinfection. Nous agitons vivement les tubes de façon à faire détacher les crachats, et à les répartir également dans le liquide. Un centimètre cube de l'eau contenant le fragment de toile non désinfecté est injecté à deux cobayes, chacun d'eux recevant dans l'aine 1 centimètre cube de ce liquide, tenant en suspension des fragments de crachats ramollis. Vingt jours après, ces animaux sont sacrifiés. Le cobaye qui a reçu le liquide du morceau de toile non désinfecté, présente dans l'aine gauche un ganglion ramolli. Le pus étendu sur une lamelle de verre est coloré par le liquide de Ziehl décoloré par l'acide sulfurique au tiers et recoloré par le bleu de méthyle. L'examen microscopique de cette préparation montre de très grands bacilles de la tuberculose. La rate présente cinq saillies très marquées ayant une coloration jaunâtre; à la coupe, ces saillies sont formées par du pus montrant des bacilles tuberculeux. Par contre, les deux cobayes inoculés par du liquide renfermant des fragments de toile désinfectés ne présentent aucune lésion appréciable. Pas d'engorgement ganglionnaire, pas de tuméfaction de la rate. Les crachats avaient donc été parfaitement stérilisés, les bacilles tuberculeux, même les spores, détruits.

Lyon, le 23 novembre 1900.

Dr COTTON. Dr RABOT,
Médecin des hôpitaux de Lyon. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(22 JANVIER 1901)

Séance très chargée et dans laquelle nous avons à signaler plusieurs communications intéressantes :

C'est d'abord un cas d'**extirpation de la rotule suivie de la conservation des mouvements du genou et de la restauration des fonctions du triceps**, présenté par M. Berger. Il s'agit d'un malade qui était atteint, depuis l'âge de neuf ans, de douleurs excessives provoquées par la pression, et ayant pour siège un point limité situé près du bord interne de la rotule droite. Depuis quelque temps, ces douleurs revenaient sous forme de crises spontanées, de plus en plus fréquentes; la flexion du genou les provoquait et leur intensité était telle que le malade se soumettait à une immobilité volontaire et qu'il était réduit à une impotence presque complète. L'examen direct, possible sous le chloroforme seulement, la radiographie démontrèrent que les lésions avaient leur maximum vers le bord interne de la rotule.

L'extirpation de cet os fut suivie d'un retour si complet des fonctions du membre, et particulièrement de l'extension

active du genou, que le malade, débarrassé de ses douleurs, peut se servir de son membre opéré presque aussi bien que d'un membre normal; la flexion du genou peut dépasser l'angle droit, et l'extension est suffisante pour pouvoir gravir un escalier sans difficulté, monter à cheval, etc.

L'examen des lésions montra qu'il s'agissait d'une ostéomyélite chronique d'emblée non tuberculeuse, forme rare à la rotule, et que M. Berger rapproche de l'abcès central des épiphyses et de l'ostéite à forme névralgique de Gosselin.

Le point intéressant de cette observation est le retour si complet des fonctions et surtout de l'extension active du genou. M. Berger l'attribue surtout à la suppléance qui se fait entre les muscles vastes interne et externe et le droit antérieur qui, chez ce malade, est dans un état d'atrophie relative. Le massage, la gymnastique méthodique, l'électrisation précoces ont puissamment contribué à obtenir ce beau résultat.

M. Labbé prend la parole pour rappeler que, dans des cas analogues, il a obtenu de très bons résultats de l'éradication du point où se trouve exactement limitée la douleur. Il est vrai que cette intervention n'a pas suffi dans le cas que vient de citer M. Berger. Quant au rétablissement des fonctions par suite de la suppléance du vaste externe et du vaste interne, il y a bien longtemps que M. Labbé a appelé l'attention sur ces faits, et il cite des cas de fracture complète de la rotule avec écartement considérable, dans lesquels les fonctions du membre ont pu être complètement récupérées après des massages et l'électrisation prolongée de ces deux muscles.

M. Laborde présente un **appareil de contention pour prévenir les attitudes vicieuses et les déformations chez les jeunes violonistes** qui a été imaginé par un violoniste de profession, M. Altermann. Cet appareil consiste en un demi-cercle, qui embrasse la partie inférieure du bras, un peu au-dessus du coude, et qui, d'autre part, est fixé à une *ceinture* par une tige susceptible de s'allonger suivant la longueur du bras lui-même.

L'*appui-bras* sert de point d'appui au bras, prévient la fatigue musculaire, empêche l'élévation de l'épaule, enfin donne au bras, dès le début, la position classique qu'il doit avoir pour tirer de l'instrument tout le parti qu'on est en droit d'obtenir.

On peut constater l'action de redressement immédiat et de ses conséquences sur l'attitude en comparant deux photographies instantanées que présente M. Laborde ; et dont l'une représente le petit violoniste en position visiblement défectueuse de tenue du violon, sans l'*appui-bras* ; et la seconde le montre en tenue redressée et parfaite, grâce à l'application de l'appareil.

M. Laborde appelle l'attention de l'Académie sur un nouveau cas de **rappel à la vie d'un enfant nouveau-né en état d'asphyxie blanche complète à l'aide des tractions rythmées de la langue**. Qu'on nous permette de reproduire ici la lettre qu'il a reçue à ce sujet :

« Paris, le 21 novembre 1900.

Cher confrère et ami,

Une existence de plus à votre actif. Voici, en deux mots, le fait dont je vous ai déjà parlé :

Dans la nuit du 18 au 19 novembre, j'accouchais au forceps, après trente heures de douleurs, une primipare, à terme, d'un enfant du sexe féminin.

Trois quarts d'heure environ avant l'application du forceps, j'avais encore nettement entendu les bruits du cœur.

La jeune femme, très nerveuse, présentait une inertie utérine complète; je lui donnai du chloroforme, et j'appliquai, aussitôt que possible, le forceps.

Après quelques difficultés sur lesquelles je passe, j'amenai assez rapidement la tête hors de la vulve, et je terminai aussi promptement que possible l'accouchement ; et je me trouvai en présence d'un enfant mort, d'un véritable petit cadavre en état d'asphyxie blanche complète, sans une seule respiration, sans un seul battement cardiaque perceptible.

Je pratiquai aussitôt, moi-même, les tractions rythmées de la langue, avec une pince hémostatique de Péan.

Après un grand quart d'heure, je n'avais encore rien obtenu; bain sinapisé, insufflation de bouche à bouche, rien n'y fit.

N'ayant avec moi qu'une garde-malade, qui surveillait la mère, je confiai la pince, que j'avais replacée sur la langue, à un parent intelligent, et le priai de continuer à la tirer bien régulièrement, comme je le lui avais montré.

Je revins, pendant ce temps, auprès de la mère pour la délivrer ; ce qui demanda quelques instants. Puis je retournai à l'enfant, toujours rien.

Je regardai la pendule : l'application du forceps ayant été terminée, exactement à onze heures un quart, comme il était alors onze heures trois quarts, il y avait donc juste une demi-heure que nous faisions, sans le moindre succès, les tractions rythmées de la langue.

Je ne me décourageai pas, me rappelant, à ce moment, vos résurrections tardives de noyés, et vos recommandations expresses de persister sans se lasser. Je continuai donc et je fis, en même temps, une injection sous-cutanée d'éther.

Quelques secondes après, je perçus de légers battements de cœur; mais toujours pas la moindre respiration plausible.

Je persistai et, après un temps qui nous parut long, l'enfant eu un hoquet inspiratoire, et se mit à respirer bruyamment; je la débarrassai de mucosités qui encombraient l'arrière-gorge, et dès lors, la fillette se mit à crier, et à respirer très normalement.

Il y avait exactement cinquante-cinq minutes qu'elle était venue au monde.

Aujourd'hui (sixième jour), c'est une superbe petite fille qui ne demande qu'à vivre et à téter.

Comme la famille m'exprimait sa reconnaissance, je lui expliquai en lui apprenant votre nom, que c'était à vous qu'en devait revenir la plus grande part. Elle m'a bien promis qu'elle ne l'oublierait pas, au moins jusqu'à ce qu'elle puisse l'apprendre à l'enfant sauvée, qui, comme me le faisait remarquer le parent intelligent qui m'avait si bien secondé, se trouvera ainsi avoir quatre pères : le sien, vous lui et moi.

Agréez, etc.

Dr BROCHIN. »

M. Laborde fait suivre la lecture de cette lettre de deux remarques :

La première est relative à l'infructueux emploi de tous les moyens autres que les tractions linguales, notamment de l'insufflation de bouche à bouche, dont il a démontré expérimentalement l'inefficacité.

Il est vrai, ajoute-t-il, que, dans le cas qui précède, l'on n'a pas eu recours au tube laryngien : l'heureux auteur du sauvetage m'a fait, à ce sujet, l'aveu suivant, dénué d'artifice et qui — en dehors de toute autre considération — donne bien la note de l'appréciation comparative des procédés, sur le terrain pratique :

« On n'a pas toujours dans sa poche — surtout quand on n'est pas accoucheur de profession — le tube laryngien; et l'on a toujours sa main et ses doigts — même en l'absence

d'une pince — à sa disposition ; et, vraiment, prendre la langue et tirer, avec la confiance, aujourd'hui, bien assise sur l'expérience, en la puissance incomparable du procédé... est autrement simple, facile et commode que l'introduction, toujours difficile et le plus souvent aléatoire, d'un tube dans le larynx d'un nouveau-né. »

Nous avons, plus que jamais, dit en terminant M. Laborde, toutes sortes de raisons de nous rallier à cette appréciation, que le praticien vulgaire — nous entendons par là, le plus répandu et le plus intéressé à cette question — met, d'ailleurs, d'ores et déjà, journellement en œuvre dans les asphyxies de tous genres, sans excepter l'asphyxie du nouveau-né, particulièrement visée ici.

La seconde remarque a trait à la persistance tenace, inlassable, de la mise en œuvre des tractions linguales, qui a si bien triomphé aux mains de M. Brochin qui voudra bien recevoir, à ce sujet, nos félicitations, d'autant plus sincères et empressées, qu'il a donné un remarquable et fructueux exemple de nature à féconder l'emploi de la méthode, pour le plus grand intérêt public.

M. Proust analyse une étude sur l'**épidémie de peste de Beyrouth (1900)**, par M. H. de Brun. (Sera publié.)

M. Blanchard lit, au nom de M. Wardell-Stiles, une note sur les hémoptysies causées par un parasite observé en Chine et au Japon et même dans certaines parties de l'Amérique, la **douve pulmonaire**. Ce parasite provoquerait la formation de kystes dans le poumon, kystes ulcérant les vaisseaux et donnant lieu à de légères hémoptysies.

M. Lereboullet analyse un important mémoire qui lui a été adressé par M. Matignon, médecin de la légation de France en Chine, intitulé : **Hystérie et boxers en Chine**.

Trois choses, écrit M. Matignon, frappent tout d'abord celui qui fréquente et observe les Chinois : leur naïveté, leur crédulité et leur suggestibilité. On peut y ajouter l'impulsivité qui les rend susceptibles, sous des influences diverses, de colères d'une rare violence les conduisant aux actes les plus invraisemblables et fréquemment au suicide.

Tous les caractères de l'hystérie et surtout l'insensibilité des muqueuses, les zones d'anesthésie, etc., se retrouvent chez la plupart des Chinois. Les scènes destinées à exciter le fanatisme et à démontrer le pouvoir surnaturel des boxers rappellent de tout point celles que nous avons vues fréquemment chez les Aissaouas.

Ces malheureux, que la suggestion avait ainsi fanatisés, se précipitaient inconscients dans la mêlée, entraînant avec eux des femmes et des enfants.

Tout cela tend à expliquer la rapidité avec laquelle s'est développé le mouvement boxer dans le Nord de la Chine.

M. Hanriot propose, au nom de la commission des **eaux minérales**, l'adoption des propositions suivantes, qui sont adoptées sans opposition :

« La commission des eaux minérales estime que dans l'état actuel de nos connaissances sur les relations qui peuvent exister entre la composition d'une eau et son activité physiologique, il n'est pas possible d'affirmer que le chauffage ne modifie pas les propriétés originelles de l'eau.

Une eau minérale doit être consommée dans l'état où la fournit le griffon de la source. Toute manipulation en dehors de l'embouteillage aseptique doit donc être rigoureusement interdite.

Une autorisation limitée à quelques eaux — peut-être moins altérables que les autres — aurait le grave inconvénient de créer un fâcheux précédent. L'extrême variabilité de minéralisation de l'ensemble des sources rendrait, d'ailleurs, tout à fait arbitraires la désignation des eaux stérilisables. »

M. Guéniot a lu un important rapport sur deux travaux, l'un de MM. Doléris et Malartic, l'autre de M. Depaigne, relatif à l'emploi en obstétrique **des injections intra-médullaires de cocaïne comme anesthésique**.

Au dire de M. Doléris, ces injections n'auraient pas seulement l'avantage de supprimer la douleur, mais encore celui d'empêcher les hémorragies et de régulariser le travail. Nous publierons les conclusions de ce travail.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 JANVIER AU 30 JANVIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 28 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Varnier ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reynier et Sébileau ; — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier ; — M. Lejars, suppléant.

MARDI 29 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Berger, Maygrier et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Schwartz, Campenon et Wallich ; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Quénu et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Hallopeau et Charrin ; — (2e série) : MM. Debove, Gilbert et Ménétrier ; — M. Achard, suppléant.

MERCREDI 30 JANVIER, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Segond, Poirier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Netter et Widal ; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 4 mars 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, no 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 28 janvier 1901 et sera clos définitivement le lundi 11 février suivant, à trois heures.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 mars 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, no 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février, et sera clos définitivement le lundi 4 mars, à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clédat de Lavigerie (d'Ussel-sur-Sarsonne, Corrèze).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 26 JANVIER 1901. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par MM. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris, et LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Par MM. COURTOIS-SUFFIT et LEVI-SIRUGUE.

La tuberculose pulmonaire est curable à toutes ses périodes, c'est chose assurée, et si le médecin doit, en dépit des difficultés nombreuses et du succès moins certain, s'acharner à guérir les phtisiques à la période confirmée et même avancée de leur maladie, il doit surtout — le succès dépend de lui et de la mise en œuvre énergique et rapide de la thérapeutique hygiénique appropriée — savoir, quand faire se peut, dépister la tuberculose tout à fait à ses débuts, alors qu'*aucun signe de certitude n'existe encore*. Nous avons cru faire œuvre utile en groupant les différents phénomènes cliniques et les récents procédés d'investigation scientifique, qui permettent de faire ce diagnostic précoce.

I

LES STIGMATES DE LA PRÉDISPOSITION. — Les symptômes qui attestent la prédisposition à la tuberculose sont nombreux et connus depuis longtemps; on sait, avec quel soin, Arétée avait décrit la constitution spéciale du tuberculisable. Il convient de les rappeler car, éveillant l'attention du clinicien, ils sont en quelque sorte la première étape du diagnostic.

Le candidat à la tuberculose est pâle, son visage est alangui et triste : ses pommettes rougissent facilement; sa peau fine et blanche laisse percer les sinuosités bleuâtres des veines superficielles; ses yeux que protègent des cils lourds et soyeux sont entourés d'un cercle bleuâtre, son cou est gracile, tel « celui du cygne »; tout l'ensemble de sa physionomie a une beauté morbide très particulière qui répond à ces mots des anciens auteurs : *Tabidorum facies amabilis*. Sa poitrine est étroite; ses omoplates ont la forme d'ailes (*scapulæ alatæ*).

Chez la femme, le masque est souvent celui de la chlorose, à quelques nuances près. Dans cette fausse chlorose, la teinte de la peau est plutôt jaune; la maigreur est fréquente alors que l'embonpoint est ordinaire dans la chlorose vraie; à l'auscultation des vaisseaux du cou, on perçoit à peine, dans un cas, un souffle très léger, alors que le bruit de diable est caractéristique dans l'autre cas.

Le candidat à la tuberculose a souvent une coloration spéciale des poils. Landouzy a remarqué qu'à Paris « les roux vénitiens » étaient plus particulièrement prédisposés à la phtisie. Dans un article récent, M. Delpeuch a distingué l'*érythrisme* généralisé de l'*érythrisme* partiel. Ceux dont les poils sont franchement et totalement roux sont normaux au même titre que les blonds ou les bruns, et ne sont pas plus fréquemment phtisiques qu'eux; ceux qui, ayant les cheveux bruns ou blonds, ont la barbe ou la moustache ocre rouge; ceux qui ayant les cheveux et la barbe bruns ou chatains, ont les aisselles et le pubis de couleur rousse, etc., ceux-là présentent de l'*érythrisme* partiel, c'est-à-dire une anomalie de développement, ceux-là seuls sont prédisposés à la phtisie puisque 80 p. 100 d'entre eux sont atteints de tuberculose.

La conformation du thorax, est parmi tous ces signes, l'un de ceux qui a le plus attiré l'attention : Laënnec (1) signalait le rétrécissement du thorax; Hirtz, le rétrécissement du sommet de la cage thoracique; Freund, la brièveté excessive des trois premières côtes; Aufrecht, Hönisch et Jaccoud, la direction horizontale et la situation profonde des clavicules; Charpy, l'exagération du diamètre bi-huméral; Gintrac, la diminution de l'espace intermammaire; d'autres ont signalé l'exagération de l'angle de Louis c'est-à-dire de la saillie sternale située à l'union du manubrium avec le corps du sternum... Truc (2) pense que chez les phtisiques il y a diminution de l'angle xiphoïdien, c'est-à-dire de l'angle compris entre la base de l'appendice xiphoïde et le rebord cartilagineux des fausses cotes; chez l'adulte normal, cet angle est de 70 à 75 degrés; chez le prédisposé, il est inférieur à 60 degrés.

La *corpulence* ou le rapport du poids à la taille de l'individu d'après la définition du professeur Bouchard, est loin d'être normale chez le tuberculeux en puissance. Pour l'homme, on peut regarder comme approximativement exacte, la formule qu'emploient les médecins militaires dans l'examen des conscrits. D'après cette formule, le poids exprimé en kilogrammes doit être représenté par le chiffre des centimètres au delà d'un mètre, c'est-à-dire qu'un individu ayant 1m65 par exemple doit peser 65 kilogrammes. Un chiffre notablement inférieur doit éveiller des soupçons. Chez la femme, cette formule ne serait pas applicable ainsi

(1 et 2) MARFAN. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 2e édit., p. 751.

qu'il résulte des recherches entreprises par M. G. Papillon et consignées dans sa thèse (1). Cet auteur a abouti à confirmer les résultats exprimés par le professeur Bouchard (2), qui a montré que la corpulence, c'est-à-dire le rapport poids/hauteur doit être chez la femme de 3,9 ; toute femme chez qui ce rapport est inférieur à 3,1 peut être regardée comme maigre. Pour fixer les idées, une femme qui a une taille de 1m65 et qui pèse 49 kilos a un rapport $\frac{49,0}{16,5} = 2,3$ bien inférieur par conséquent à 3 ; c'est une femme en imminence de tuberculose. Les individus maigres et de *taille* au-dessus de la normale sont à un haut degré décimés par la tuberculose ; le professeur Landouzy a insisté sur l'imminence de bacillose chez l'individu qu'il appelle *vir populeus* (populeus, peuplier).

Le *périmètre thoracique* diffère de la normale chez ces individus. Pour être exactement apprécié ce périmètre doit être, comme le poids, rapporté à la taille. Les médecins militaires s'accordent à considérer comme impropres au service, les conscrits dont le périmètre mesuré sous l'aisselle, les bras maintenus pendants le long du corps, est inférieur à la demi-taille. Chez la femme, on devra dans cette mensuration éviter les erreurs qui peuvent provenir du volume des seins. Papillon conseille de mesurer le périmètre après un effort de toux, c'est-à-dire en expiration forcée, et au maximum d'un grand soupir, c'est-à-dire en inspiration forcée ; il n'y a plus qu'à prendre la moyenne de ces deux chiffres.

Ces recherches, qui donnent déjà un précieux indice pour dépister le terrain tuberculisable, peuvent être complétées par la *spirométrie* qui donne la mesure de la capacité respiratoire. Chez l'homme, elle doit être de 3 litres et demi ; chez la femme de 3 litres pour une taille moyenne, de 2 litres et demi pour une petite taille.

Les prédisposés à la bacillose sont souvent des individus porteurs de *marques dystrophiques*. L'*infantilisme*, le *féminisme* sont fréquents chez les hérédo-tuberculeux ; ce sont d'ailleurs des signes communs à toutes les dégénérescences héréditaires. Plus importants encore sont les stigmates de cette dégénérescence spéciale qu'on appelle la scrofule, malgré l'opinion de M. Marfan qui prétend que la scrofule serait une tuberculose atténuée qui, par vaccination, prémunirait l'individu contre la phtisie. Cette scrofule s'extériorise par des traces d'écrouelles au cou, par une ophtalmie granuleuse, des taies cornéennes, une otite chronique suppurée, un lupus, ou même une simple pléiade ganglionnaire du cou. Ce tempérament lymphatique peut s'accuser encore par l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes. Le professeur Dieulafoy, M. Lermoyez ont montré que ces organes pouvaient renfermer le bacille de Koch et être le point de départ d'une infection du poumon. Chez d'autres, c'est l'existence de certaines cardiopathies dont on connaît les rapports avec la tuberculose qui doit fixer l'attention vers le poumon ; nous faisons allusion d'une part au rétrécissement mitral pur, que les travaux de MM. Potain et Teissier ont montré être souvent une lésion de nature bacillaire ; et d'autre part au rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire qui, à l'instar du rétrécissement acquis, en gênant l'hématose, constitue une cause d'appel pour le bacille de Koch.

(1) Th. de Paris, 1898.
(2) *Semaine méd.*, 1897.

Quelques auteurs, au point de vue de la prédisposition à la phtisie, attachent une grande importance au *rapport entre le volume du poumon et celui du cœur*. Rokitanski disait que les tuberculeux ont le cœur petit et le poumon relativement volumineux dans un thorax étroit, mais allongé. Beneke admet aussi que le cœur des phtisiques est trop petit et leurs artères trop étroites pour le volume de leur poumon. Brehmer soutient une opinion analogue. Nordhorst a constaté que les phtisiques ont le cœur petit et les artères étroites, mais que le volume du poumon, très variable, a beaucoup moins d'importance que la diminution de son extensibilité.

A côté de tout cet ensemble de *prédispositions innées*, comme les appelle M. Landouzy, il faut placer les *prédispositions acquises*. C'est aussi le professeur Landouzy qui a insisté sur la fréquence de la tuberculose chez les anciens varioleux ; la coqueluche et la rougeole créent des inflammations broncho-pulmonaires qui peuvent être la porte d'entrée pour le bacille de Koch. Il est aisé de comprendre la fréquence de la tuberculose chez les individus qui ont subi dans leur enfance une trachéotomie ; ici, il y a rétrécissement cicatriciel de la trachée qui diminue la prise d'air et par suite l'oxygénation du poumon. On connaît également les rapports bien démontrés de l'anévrisme de l'aorte et des rétrécissements surtout néoplasiques de l'œsophage avec la tuberculose. D'ailleurs toutes les maladies qui modifient profondément la nutrition sont susceptibles de se terminer de même. Il en est ainsi des grandes affections chroniques du système nerveux, du diabète et de ce qu'on appelle la misère physiologique ; l'intoxication alcoolique joue à ce point de vue un rôle extrêmement important. Le zona (Lemonnier), la sciatique (Landouzy) seraient assez souvent suivies, à échéance plus ou moins lointaine de mois ou d'années, de l'éclosion d'une bacillose.

II

Les signes précédents éveillent l'attention et ceux qui suivent les fixent déjà mieux.

L'arrivée du sujet, depuis peu de temps, de la campagne dans une grande ville, peut être un indice. On attache souvent une certaine importance aux tendances du malade à s'enrhumer facilement, mais M. Fernet fait remarquer avec raison que cette tendance est fréquente en dehors de toute prédisposition tuberculeuse, chez des arthritiques. Bien plus importante est la notion d'accidents asthmatiques présentés par le malade, et le diagnostic d'asthme vrai est un de ceux que l'on ne doit faire que par exclusion. Souvent, sous le masque bruyant des accès d'asthme se cache une lésion minime de tuberculose pulmonaire, qui constitue une épine, point de départ de la violente réaction nerveuse. Plus importante encore est l'existence antérieure d'une de ces pleurésies dites *a frigore*, survenue spontanément, insidieusement, en dehors de toute cause telle que rhumatisme, grippe, etc. On sait que l'anatomie pathologique en a démontré la nature bien souvent tuberculeuse (Kelsch et Vaillard), d'accord en cela avec la clinique qui faisait voir la fréquence de la phtisie chez les anciens pleurétiques (Landouzy). La notion d'une fistule anale, d'un mal de Pott, ou de toute autre manifestation tuberculeuse a la même valeur. Chez l'homme on doit rechercher l'épididymite tuberculeuse.

Si l'interrogatoire du malade ne fournit pas toujours ces renseignements, il apprend du moins, dans tous les cas,

qu'il est survenu sans cause appréciable et chez des sujets qui s'alimentent bien, une *perte de poids* progressive, dont on peut établir la courbe en pesant le malade tous les quinze jours, autant que possible avec le même costume. Utile chez l'adulte, ce signe l'est bien plus chez l'enfant, dans les premières années de la vie, où la tuberculose est d'un diagnostic encore plus délicat.

A cette période d'invasion de l'organisme par la tuberculose, il n'est pas rare que le malade accuse une sensation marquée de fatigue, de dépression des forces, un *état neurasthénique* spécial. Papillon (1) a cherché à donner quelques caractères permettant de reconnaître cette neurasthénie du début de la tuberculose. Ce qui la caractériserait, ce serait la concomitance de tachycardie apyrétique; rarement on y trouverait le signe indiqué par Erben, et consistant en un ralentissement passager du pouls, après deux ou trois mouvements d'accroupissement ou de flexion du tronc. Souvent coïncideraient dans le cas de tuberculose avec cette neurasthénie des troubles de la miction marqués par une évacuation incomplète de la vessie avec un certain degré d'incontinence. Mais ce sera surtout par la suite des renseignements fournis par l'examen du malade, qu'on arrivera à préciser la cause de cette neurasthénie.

Cet état neurasthénique s'accompagne de douleurs et de troubles digestifs. Les *douleurs* siègent en divers points du thorax, surtout sous la clavicule ou entre les omoplates (point de côté des sommets de Peter). Elles sont dues généralement à de la pleurésie sèche. Peter a également indiqué la douleur provoquée par la pression du pneumogastrique à la base du cou. Cette compression provoquerait aussi une douleur au siège de la lésion pulmonaire (clou phtisique). Ce serait là un phénomène de début qui disparaîtrait ultérieurement.

Les *troubles digestifs* consistent en des douleurs après le repas (gastralgie post cibum). Ce qui caractérise cette dyspepsie prétuberculeuse, c'est que souvent l'ingestion des aliments fait tousser le malade, et que la toux le fait vomir (toux émétisante). Les matières vomies sont hyperchlorhydriques; l'estomac est souvent dilaté.

La *toux* s'observe à peu près dans tous les cas (Lasègue). Elle est brève, sèche, formée d'une ou au plus deux saccades; elle survient dans la journée, pendant le premier sommeil, se calme ensuite pour reparaître le matin. Souvent elle se montre aussi après le repas. Elle peut être coqueluchoïde.

La *voix* change de timbre, elle se voile et s'enroue. Chez la femme, il est fréquent que dès le début les *règles se suppriment*, et souvent le médecin est consulté pour cela par des malades qui ne sont que des tuberculeuses.

Si tel est le début ordinaire, on peut voir brusquement survenir chez un individu qui se trouvait auparavant bien portant une *hémoptysie*. Chez la femme aménorrhéique, elle peut se produire au moment qui correspond aux règles supprimées et répondre à ce qu'on a appelé l'hémoptysie supplémentaire. Dans ces cas, la lésion tuberculeuse peut être presque inappréciable, mais elle existe certainement dans la majorité des faits. Il faut donc se défier du diagnostic d'hémoptysie essentielle ou névropathique. G. Sée, Hugueny, Cochez ont pu déceler le bacille de Koch dans le sang de ces hémoptysies précoces, mais, le plus souvent, cette recherche est infructueuse.

(1) ~~Arch. de méd.~~, janv., 8 mars 1900.

Arch. générales des sciences médicales

La *dilatation inégale des pupilles* a été étudiée par Destrée et considérée par lui comme un signe précoce; ainsi, dans un cas, il l'aurait vue apparaître cinq ans avant tout autre symptôme de tuberculose pulmonaire. La dilatation serait unilatérale si la tuberculose ne frappe qu'un côté; si celle-ci porte sur les deux poumons, les conséquences à ce point de vue en sont variables. Elle serait due à une excitation du grand sympathique par des ganglions tuberculeux du hile, comme le montre l'expérimentation pratiquée en faisant porter l'excitation au niveau du hile. Récemment, Harrington (1) a pu aussi constater cette mydriase bilatérale.

Un examen des gencives pourrait montrer l'existence du *liséré gingival*, signalé par Frédéric Thompson. Il consiste en un liséré rouge foncé, qui existe sur le bord gingival et qui contraste avec la coloration pâle des tissus voisins. La valeur de ce signe aurait été confirmée par Andressen, qui l'a vu chez 69 phtisiques avérés, chez 23 suspects, et qui ne l'a vu manquer que chez 14 tuberculeux avérés et 38 suspects.

Après avoir jeté un coup d'œil sur l'état des pupilles, sur les gencives, le médecin fera déshabiller le malade et il pourra d'abord noter l'émaciation générale, les vestiges de l'infantilisme avec peu de développement du système pileux, ou au contraire chez des individus exempts de toute trace d'infantilisme, un développement exagéré du système pileux qui a fait dire : *vir pilosus*, *vir tuberculosus*. Fixant ensuite son attention sur le thorax, il en notera le rétrécissement, la malformation (*scapulæ alatæ*), la *saillie des omoplates*; la *dépression sus-claviculaire* le frappera. D'un côté, elle s'accusera plus que de l'autre au moment de l'inspiration. Ce fait tient à l'adhérence entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale à ce niveau. En même temps on pourra constater l'*amyotrophie scapulo-thoracique* que Boix décrivait récemment comme un signe révélateur du début de la tuberculose pulmonaire. Elle consiste en une atrophie des muscles de la calotte scapulo-thoracique, c'est-à-dire du dôme charnu qui coiffe le sommet du poumon. Cette atrophie est généralement partielle au début; c'est tantôt le creux sus-claviculaire qui est le plus prononcé, tantôt la fosse sous-claviculaire qui est plus ou moins en retrait sur le côté symétrique, tantôt l'une des loges sus-épineuses qui est moins pleine que l'autre. Boix ajoute qu'étant donné que le côté droit est généralement le plus fort et que, d'autre part, la tuberculose débute le plus souvent à droite, on comprend la valeur réelle de ce symptôme. On devra donc rechercher avec soin cette atrophie des sus-épineux, trapèze, grand et petit pectoral.

Pour compléter ces déformations thoraciques nous rappellerons que Boulland (de Limoges) a décrit une attitude caractérisée par l'*inclinaison de l'omoplate* par suite du déjettement en dehors de son angle inférieur, phénomène consécutif à l'atrophie du trapèze. Papillon n'a vu ce fait que dans des tuberculoses déjà avancées. Enfin Aufrecht, Strauss ont signalé un *enfoncement de l'extrémité acromiale de la clavicule* qui serait visible en mettant le malade les bras pendants et relâchés.

Le thorax examiné dans ses formes extérieures on en vient à la *percussion et à l'auscultation du poumon*. Les premiers signes sont fournis par l'auscultation. La percussion ne donne souvent de résultats appréciables qu'à une période plus avancée des lésions. Les phénomènes sthétoscopiques

(1) *Boston med. Journ.*, 7 déc. 1899.

de l'auscultation si bien indiqués déjà par Laënnec ont été perfectionnés par les recherches de MM. Grancher (1) et Fernet (2).

Les modifications de la respiration méritent d'être analysées de la façon la plus minutieuse. C'est en premier lieu l'*inspiration* qui est modifiée; elle devient *rude et grave*; quelquefois on note un *affaiblissement remarquable de la respiration*. La respiration rude et grave a la valeur d'un *signe pathognomonique* pour le diagnostic des tubercules naissants (Grancher). Elle indique que la surface des canalicules respiratoires est rugueuse et que leur calibre est diminué. Mais pour qu'elle ait toute sa valeur il faut qu'elle soit *localisée et fixe*. Plus tard l'*expiration* se modifie comme l'inspiration; elle devient rude et prolongée en même temps que l'inspiration qui était grave présente une tonalité bien plus élevée et s'affaiblit au point de disparaître. Plus tard encore des signes sthétoscopiques se montrent *à la base* où la respiration devient rude et grave quelquefois avec des râles fins.

M Fernet a attiré l'attention sur un syndrome caractérisé par l'existence de trois foyers. Il y a : 1° *au sommet*, à la partie externe de la fosse sus-épineuse et dans le sillon pectoro-deltoïdien, les signes que nous venons de mentionner; 2° dans l'*espace interscapulaire* du côté malade, de la submatité, avec résistance au doigt et un souffle à timbre creux surtout expiratoire, indices d'adénopathie; 3° à la *base* de ce côté, de la submatité avec des râles sous-crépitants. Le phénomène primordial serait la lésion du sommet, puis viendrait l'adénopathie, enfin la congestion de la base secondaire à l'adénopathie.

Rondot (Congrès de Lille, 1899) a vu que les premiers signes peuvent apparaître *au niveau du hile* avant la lésion du sommet. On trouve à ce niveau des râles bulleux surtout après les injections de tuberculine ou l'administration d'iodure. Ces signes peuvent coexister avec ceux de l'adénopathie dont ils sont indépendants.

L'auscultation montre encore un autre symptôme, l'*inspiration saccadée rythmique du cœur*. Ce signe que Grasset rattache à la faiblesse de constitution est en réalité, au moins passé l'âge de vingt et un à vingt-deux ans, un signe de tuberculose. Amat (3) a vu se développer la phtisie chez tous ceux qui en étaient porteurs. Cette modification pathologique tient à ce que la force inspiratoire, peu considérable, ne suffit pas à faire disparaître l'influence mécanique de l'appareil circulatoire. On peut la trouver au sommet gauche, ou mieux le long du bord gauche du sternum, au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux, quelquefois même dans le poumon droit. Elle consiste en ce que l'inspiration, au lieu de se faire régulièrement en un seul temps, est saccadée en deux ou trois temps. Ces saccades sont synchrones avec le pouls.

Il y a aussi une *transmission renforcée des bruits du cœur* que l'on constate sous la clavicule. Kirkes avait signalé au début de la tuberculose l'existence de *souffles vasculaires sous-claviers*. Abrams qui les a étudiés ne les a pas trouvés plus fréquents chez les tuberculeux.

Les signes d'auscultation sont complétés par des modifications fournies par la *percussion*. C'est en avant, au niveau du sillon pectoro-deltoïdien en arrière dans le tiers externe de la fosse sus-épineuse et dans l'angle externe de la fosse sous-épineuse qu'on les trouve tout d'abord. Elles sont marquées par de la submatité et l'élévation de la tonalité.

Œstreich dit qu'on peut diagnostiquer des tubercules du volume d'une cerise et des foyers multiples du volume d'un pois. Il y a longtemps déjà, Guéneau de Mussy avait préconisé l'*auscultation plessimétrique* sur laquelle M. Fernet (1) est revenu à nouveau récemment. Pour rechercher la *transsonance pulmonaire*, on fait mettre le malade les bras pendants le long du corps; on ausculte en arrière; en avant on fait percuter sur la peau nue. La percussion est faite avec un ou deux doigts qu'on retire dès qu'ils ont touché la surface; elle doit être pratiquée dans la projection horizontale de l'oreille qui ausculte. Dans la tuberculose, la transsonance pulmonaire disparaît; il ne reste que la transsonnance thoracique. La tonalité du bruit est élevée, l'intensité moindre, le son est sec, mat et bref. Le point percuté paraît être sous l'oreille.

Dans les cas où la tuberculose tout à fait à ses débuts dans le poumon est masquée par une pleurésie avec épanchement, le diagnostic peut cependant en être fait grâce aux remarques faites par M. Grancher. Alors que, dans une pleurésie sans lésion du poumon, il existe sous la clavicule un son tympanique de percussion, avec augmentation des vibrations thoraciques et respiration puérile et exagérée, il y a, dans les cas de tuberculose du sommet, de la diminution respiratoire.

Il est intéressant d'étudier, comme l'ont montré MM. Grancher et Hutinel, les *foyers maxima des vibrations thoraciques*. Normalement chez la femme et l'enfant le maximum est aux sommets, chez l'homme à la base. Les vibrations sont plus marquées à droite. Si donc chez un homme bien constitué ayant une voix grave on trouve un frémissement dans la fosse sus-épineuse égal ou supérieur à celui de la partie moyenne ou de la base, on peut conclure à une induration du sommet. A l'exagération des vibrations il faudrait ajouter une *sensation subjective de vibration* perçue par le malade lui-même quand il parle fort. Ce signe, indiqué par Murat (2), a été retrouvé par Knopf (3).

La percussion même légère de la poitrine est souvent douloureuse, et récemment Roussel (4) insistait sur l'importance de la douleur provoquée par la percussion légère de la poitrine avec l'extrémité du médius ou de l'index recourbé en crochet (*percussion unguéale*). La douleur est surtout éveillée par la percussion de la région sous-claviculaire au niveau d'une zone limitée en haut par la clavicule, en bas par la troisième ou la quatrième côte, et s'arrêtant en dedans à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane; en dehors cette région douloureuse s'étend souvent sur le moignon de l'épaule et se continue avec une zone d'hyperesthésie qui occupe la fosse sus-épineuse; plus rarement il y a aussi de la sensibilité au niveau de la fosse sous-épineuse. Ces phénomènes douloureux siègent non pas dans la peau mais dans les muscles, comme l'a prouvé à M. Roussel par une observation où ce signe existait chez une hystérique avec hémianesthésie de ce côté. La cause serait à chercher soit dans une névrite réflexe, soit dans une myosite; ces

(1) *Maladies de l'appareil respiratoire.*
(2) Acad. de méd., 1898. — Soc. méd. des hôpit., 21 juillet 1899.
(3) Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, *Bull. de thérap.*, 28 fév. 1898.

(1) Loc. cit.
(2) *Gaz. hebd.*, 5 mars 1899.
(3) *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 9 déc. 1899.
(4) *Loire méd.*, oct. 1900.

phénomènes se superposent en tout cas à des lésions de pleurite sèche du sommet.

Le fonctionnement de l'*appareil cardio-vasculaire* donne aussi de précieuses indications. L'état du *pouls* a été étudié par Wells, Andword, Loomis, G. Papillon. En palpant la radiale on note trois caractères importants du pouls :

1° *Son rythme n'est pas modifié par les changements de position*; il convient pour cela de faire l'examen en dehors de la perturbation passagère apportée par la digestion. C'est un signe précoce et qui disparaît de bonne heure.

2° Le pouls rappelle celui de Corrigan; il est *hâtif*, *tres-sautant*, « hurried, » comme disent les auteurs américains.

3° Ce pouls est souvent *très augmenté de rapidité*; on compte de 90 à 110 pulsations, et cela sans qu'il y ait de fièvre. Cette rapidité du pouls est non seulement un signe de valeur diagnostique, mais c'est un signe d'un pronostic grave; plus ce pouls est rapide, plus sera accélérée la marche de la maladie.

Avec cette rapidité du pouls coïncide naturellement la *tachycardie*. Déjà, il y a longtemps considérée par Lasègue comme un signe de valeur pour le diagnostic précoce, étudiée par Faisans (1), Sirot (de Beaune), Durand et Mongour (de Bordeaux), etc., elle est, comme la rapidité du pouls, un signe de pronostic fâcheux. Elle est particulièrement instable; elle s'accroît sous l'influence des mêmes causes qui à l'état normal peuvent les provoquer (repas, exercices, ascensions, émotions, tabac, alcool). De 90 le nombre des battements peut aller à 100 ou 120. En même temps, le malade accuse de la dyspnée. Cette tachycardie est due à l'excitation du pneumogastrique par suite de l'adénopathie trachéo-bronchique. Beaucoup plus rarement, il y a de la *bradycardie* (50 à 60 pulsations) qui tient peut-être à la paralysie du vague, qu'on trouve englobé dans les ganglions. Pourtant l'adénopathie n'explique certainement pas tous les cas de tachycardie précoce. Il est probable qu'elle est due à l'influence directe des toxines tuberculeuses sur le cœur. Son importance pour le diagnostic précoce est telle que M. Faisans dit que « toutes les fois qu'avec un amaigrissement qui ne s'explique par aucune déperdition excrémentitielle anormale (diarrhée, albuminurie, diabète sucré, azoturique ou phosphaturique), il existe de la tachycardie, toutes les chances sont en faveur d'une tuberculose imminente ou plutôt latente quant à ses déterminations viscérales, mais qui fera son apparition au bout d'un certain temps ».

Dans certaines formes qui ont une marche rapide on pourrait observer, en l'absence de toute localisation tuberculeuse, une *hypertrophie splénique* coïncidant avec une fièvre variable, continue, rémittente ou intermittente. Ce serait là une *splénomégalie prétuberculeuse* que Tedeschi (2) a observée dans les prisons de Naples chez des individus qui semblaient indemnes de toute autre infection.

L'examen des *urines* décèle au début de la tuberculose des modifications souvent intéressantes. On peut observer une *albuminurie* que Teissier (de Lyon) appelle *prétuberculeuse*, qui, en réalité coïncide avec le début des lésions. Cette albuminurie disparaîtrait plus tard avec l'évolution de la tuberculose. Elle se voit surtout chez les jeunes sujets, principalement chez les jeunes garçons; elle est rare en dehors de la tuberculose héréditaire. Dans certaines

(1) *Semaine méd.*, 13 juillet 1898.
(2) *Riforma med.*, janv. 1898.

familles de tuberculeux, il n'est pas rare de constater de l'albuminurie prétuberculeuse chez les garçons, le rétrécissement mitral chez les filles. Cette albuminurie semble due à l'influence de la tuberculine qui a une action vaso-dilatatrice. Cette albuminurie est intermittente et n'existe guère que le matin au réveil; c'est donc le contraire de l'albuminurie cyclique de Pavy qui n'apparaît que dans le courant de la journée. Elle s'accompagne de polyurie nocturne ou diurne. L'albumine est en quantité variable de 0,20 à 0,80 centigrammes dans les vingt-quatre heures; on trouve en outre une proportion exagérée des phosphates, qui serait un élément de diagnostic avec la chlorose vraie. C'est ce que A. Robin désigne sous le nom d'*albuminurie phosphaturique*. Il est rare de trouver des cylindres dans ces urines. Les urines sont hypertoxiques, ce qui montre qu'il y a simplement congestion rénale et élimination abondante de tuberculine. On trouve souvent aussi une quantité exagérée de chlorures (Guerder et Gautrelet) [17 à 18 grammes par litre] ainsi que de chaux et de magnésie (Gaube du Gers). M. A. Robin (1) a signalé, chez l'homme de vingt à trente ans, une *polyurie* précédée de fièvre, d'abattements, de douleurs lombaires. Dans les urines, il y aurait du sang, des matières grasses, et surtout une forte déminéralisation. La polyurie disparaîtrait plus tard. La *phosphaturie* (3 à 4 grammes de phosphate terreux par litre) est fréquente à la période de début et Teissier (de Lyon) en a bien montré l'importance pour suspecter la tuberculose. Quant à la diazo-réaction, elle semble sans valeur pour un diagnostic précoce.

Le thermomètre est un précieux auxiliaire. Les *courbes thermométriques* donnent en effet de très utiles indications. Chrétien (2) a bien étudié les divers types fébriles qu'on peut rencontrer. Il y a d'abord ce qu'il appelle la *fièvre subjective* et qui est marquée par un grand malaise avec abattement, fatigue surtout le soir, frisson, sensation de chaleur contrastant avec l'apyrexie thermométrique. Tous les jours le même état revient de quatre à cinq heures du soir, que le sujet se soit ou non fatigué, et quelle que soit l'époque de l'année.

Le deuxième type est constitué par l'*état subfébrile*, décrit d'abord par Strumpell (3), et dans lequel la température du matin est normale tandis que celle du soir s'élève un peu sans dépasser 38°5. C'est un type fébrile qui n'est pas rare à la période de début qui nous occupe.

Un troisième type est représenté par une *fièvre continue*, dont les oscillations ne dépassent pas un degré. Cette forme est surtout fréquente dans la tuberculose à marche rapide; elle peut se voir cependant dans la forme chronique ordinaire. On peut être en présence d'un véritable état infectieux sur lequel le professeur Landouzy a attiré l'attention et qu'il a décrit sous le nom de *fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde ou de typho-bacillose*. Malgré la grande analogie avec la fièvre typhoïde il existe à y regarder de près des différences marquées, sur lesquelles Arthaud (4) a insisté de nouveau. Le malade a de la dyspnée; les narines sont dilatées; le nombre des respirations s'élève à 30 ou 35 et elles deviennent pénibles. Il y a de la tachycardie, et le rapport normal de la respiration au pouls est modifié. Au

(1) Soc. méd. des hôpit., 1894.
(2) Th. de Paris, 1896.
(3) *Münch. med. Wochens.*, 1892, p. 905 et 932.
(4) ARTHAUD. *Études sur la tuberculose*, 1898.

lieu que ce rapport $\frac{R}{P}$ soit de $\frac{1}{4}$ il descend à $\frac{1}{3}$ ou à $\frac{1}{2}$. On trouve généralement à l'auscultation pendant cette période une disparition remarquable du murmure vésiculaire, une obscurité générale et uniforme du bruit respiratoire, qui ne réapparaît qu'après la fin de la période fébrile et alors avec un caractère rude spécial. La fièvre même a une allure particulière; peu marquée la journée, elle présente des exacerbations vespérales de sorte que cette fièvre, a dès le début, le caractère de la période amphibole qu'on ne voit qu'à un stade plus avancé de la fièvre typhoïde. Ce cycle fébrile dure une quinzaine de jours; la défervescence est plus rapide que dans la dothiénentérie. Le malade peut prendre ensuite l'aspect d'un pneumonique avec une évolution différente de la vraie pneumonie. La fièvre est irrégulière, élevée d'abord, elle peut retomber à la normale pour remonter ensuite à 40 degrés, puis redescendre et ainsi de suite, en tendant de plus en plus vers l'apyrexie matinale. Par la suite la persistance de cette fièvre, l'apparition de râles humides de timbre différent des râles sous-crépitants pneumoniques, permettent d'écarter entièrement le diagnostic de pneumonie. Ce type fébrile peut être désigné sous le nom de *fièvre rémittente*; la température du matin baisse à 38 ou 38°5, au lieu que la température du soir est de 39°5 à 40. Quant au *type hectique* nous n'avons pas à nous en occuper; il n'appartient qu'aux formes avancées ou à marche très rapide où bientôt d'autres signes viennent permettre le diagnostic. Les travaux expérimentaux de Chrétien, de Mangin-Bocquet, ont établi que la fièvre des tuberculeux est non pas d'origine septicémique, mais de nature toxique et due à la résorption des toxines qu'élaborent déjà les bacilles.

A côté de cette hyperthermie générale, il y aurait, d'après Peter, des *hyperthermies locales* de quelques dixièmes de degré au niveau des premières lésions. La température locale est inégale en des points homologues du thorax.

A côté de la courbe thermique naturelle de la maladie, il faut rechercher les modifications qu'y impriment diverses conditions, dont la plus importante est la fatigue et le surmenage. Dès le début de sa maladie, le tuberculeux est un *déséquilibré de la température*, selon l'expression de MM. Daremberg et Chuquet, c'est-à-dire que l'organisme est incapable de maintenir dans les diverses conditions physiologiques une température constante.

Sabourin avait déjà signalé cette *fièvre de surmenage* du début de la tuberculose. Il avait souvent constaté que des malades présentant de la fièvre à leur arrivée au sanatorium, n'en présentaient plus après quelques heures de repos. Strauss (1) a vu la fièvre qui existait à l'entrée des malades à l'hôpital tomber ensuite. MM. Daremberg et Chuquet (2) ont constaté une *élévation thermique après une marche d'une heure*, quelle que soit l'heure à laquelle la marche est effectuée, et un *abaissement de température après un repos de vingt à trente minutes*. Si l'écart atteint quatre à cinq dixièmes de degré, si la température de quatre heures est plus forte les jours où le malade a marché, on est en droit d'admettre la tuberculose. La température sera le plus commodément prise dans la bouche, en plaçant sous la langue le réservoir thermométrique. On construit pour cet

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, 18 juin 1900.
(2) *Revue de méd.*, 18 sept. 1899.

usage de petits thermomètres, qu'on laissera en place cinq minutes.

En dehors de l'influence évidente de la fatigue sur la température, constatée aussi en Allemagne par Penzoldt, il y a des accès fébriles qui peuvent être, en partie du moins, sous l'influence de la *digestion*. M. Barbier (1) a montré que c'est entre six et huit heures du matin, que la température est la plus basse; il y a deux accès fébriles, l'un diurne, entre une heure et trois heures; l'autre nocturne, entre neuf heures et onze heures du soir. La température devra donc être prise à ce moment.

Neumann a observé que chez la femme, on peut ne trouver de fièvre qu'avant ou pendant les *règles*; à ce moment, d'ailleurs, il y a en général augmentation des phénomènes thoraciques.

III

Les moyens de diagnostic que nous venons d'étudier peuvent être groupés sous la dénomination de *moyens cliniques*, car ils sont partout et toujours à la disposition du praticien. Le plus souvent, leur ensemble suffira, même dans les cas difficiles, à permettre un diagnostic. Cependant, il peut être utile de recourir à des moyens plus compliqués nécessitant l'emploi d'instruments, ou de certaines pratiques spéciales, et que nous appellerons les *moyens scientifiques*, pour les opposer aux précédents.

Le *sphygmographe* vient compléter les notions sur l'état du pouls. Le tracé montre un pouls petit et pressé, infantile pour ainsi dire. Il y a d'ailleurs tous les intermédiaires entre la normale et un pouls manifestement dicrote.

Plus intéressante est la *pression étudiée au sphygmomanomètre* de Potain. G. Papillon a vu que la pression est *faible*; au lieu du chiffre normal, qui varie entre 15 et 18 centimètres de mercure, on trouve moins de 13, ou même quelquefois moins de 10. Il faudra avec soin écarter les causes d'erreur résultant des abaissements de pression qui coïncident avec les troubles cardio-pulmonaires, suites de réflexes abdominaux, et les élévations de pression tenant à une néphrite ou une poussée fébrile intercurrente. Cet abaissement de pression semble dû aux toxines tuberculeuses et il nous explique la rapidité du pouls ainsi que la tachycardie.

La courbe respiratoire étudiée au moyen du *pneumographe* a donné à Hirtz et G. Brouardel (2) des résultats très intéressants pour notre sujet. A l'état normal, le tracé de la respiration comporte quatre lignes : une ligne d'inspiration, une ligne horizontale représentant la période de plénitude pulmonaire, une ligne d'expiration, enfin une ligne horizontale correspondant à la période de vacuité. Dès le début de la tuberculose, il n'y a plus que trois lignes, la ligne représentant la période de vacuité ayant disparu; la ligne d'expiration se trouve prolongée de tout le temps occupé par cette dernière. La ligne d'inspiration peut rester normale, mais souvent elle s'allonge; enfin, la ligne horizontale représentant la période de plénitude persiste le plus souvent sans changement. Telle est la formule pneumographique bien spéciale à la tuberculose et qui a, par conséquent, une réelle valeur pour le diagnostic. Pour éliminer les causes d'erreur possibles, il convient pour chaque individu de prendre, non pas un seul tracé, mais une série de tracés, car l'émotion, l'attention même sont autant de facteurs qui entrent en jeu

(1) Soc. méd. des hôpit., 10 nov. 1899.
(2) *Presse méd.*, 29 mai 1900.

pour les modifier. Il faut distraire le malade, l'empêcher de surveiller sa respiration, en faisant d'abord fonctionner l'appareil vide, et en n'appliquant l'aiguille sur la feuille qu'à son insu. Enfin, pour bien juger des tracés pathologiques, il sera utile de les comparer à des tracés normaux.

A mesure que les rayons X ont trouvé leur application en médecine, on a cherché à utiliser la *radiographie* pour un diagnostic précoce. C'est le professeur Bouchard qui vit le premier des lésions anciennes de tuberculose pulmonaire guérie se manifester à l'écran fluorescent par une tache sombre contrastant avec les autres parties plus éclairées du poumon.

Les signes radioscopiques peuvent précéder les autres manifestations de la tuberculose, témoin un cas observé par M. Bouchard, dans lequel les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculose, mais où l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles et les signes physiques ne permettaient pas un diagnostic certain. La radioscopie, par contre, faisait voir un des sommets moins perméable, et quelques jours après, l'auscultation et l'examen bactériologique ne laissaient pas de doute. En France, des travaux sont venus compléter ceux du professeur Bouchard, ce sont ceux de Bergonié, Fernet, Potain, Béclère, Martin-Dürr, Milian, Garrigou, Kelsch et Boinon (1), Carrière, Variot, Chicotot, Claude, Guilleminot et d'autres encore; à l'étranger il faut citer, en Allemagne, les travaux de Lévy-Dorn, Lœwenthal, Benedikt, Hoffmann, Rumpf; en Amérique, Williams, Tracy, Jones; en Angleterre, Thomson: en Italie, Maragliano.

En réalité, deux signes principaux de la tuberculose commençante peuvent être fournis par l'examen radioscopique: *la diminution dans la clarté de l'image pulmonaire et l'abaissement du diaphragme du côté malade* (Béclère).

On a cherché à s'expliquer pourquoi la radioscopie, qui donne des résultats si nets dans certains cas de tuberculose pulmonaire, ne les fournit pas toujours. Il est probable que des tubercules nombreux mais petits et disséminés altèrent moins la transparence qu'une masse unique d'un volume moindre que le volume total de ceux-ci. D'autres causes peuvent encore intervenir, telles que l'emphysème vésiculaire du voisinage. La radioscopie n'en conserve pas moins toute sa valeur dans les nombreux cas où elle donne une réponse positive, où par exemple sous les points douloureux d'une névralgie intercostale ou phrénique elle montre l'épaississement et l'adhérence des feuillets pleuraux, la disparition du sinus costo-diaphragmatique, l'immobilisation du diaphragme, ou bien lorsque derrière une pleurésie elle décèle la lésion du poumon.

Chez l'enfant, Bertherand (2) a cherché à appliquer ce moyen de diagnostic; pour faciliter l'examen, il suspendait les enfants au moyen d'une mentonnière dans le trépied de Sayre. Les résultats ont été bien moins encourageants que chez l'adulte. Chez le nourrisson les os insuffisamment calcifiés ne tranchent pas assez avec les viscères, le squelette est trop transparent. Pour la tuberculose infantile, les rayons X n'ont pas encore fait leur preuve.

Encouragés par les résultats brillants du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, les savants ont cherché à appliquer la *séro-réaction* au diagnostic précoce de la tuberculose. Les

(1) Acad. de méd., 21 déc. 1897.

(2) Cong. de 1900. — *Presse méd.*, 1er sept. 1900.

plus importants travaux à ce sujet sont dus à MM. Arloing et P. Courmont (1). En Allemagne Bendix (2) a confirmé la valeur de cette méthode. Il faut citer encore les travaux de Beck et L. Rabinowitsch (3), qui ont prétendu que la réaction serait inconstante dans la tuberculose et pourrait se voir en dehors d'elle.

Les conclusions du dernier travail d'Arloing et Courmont sont les suivantes:

1° L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuberculose humaine a permis de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des tuberculeux et d'arriver ainsi au séro-diagnostic de la tuberculose.

2° Les avantages de la méthode sont ceux du séro-diagnostic en général: innocuité absolue, facilité et rapidité, sensibilité de la réaction quoique, le pouvoir agglutinant étant peu élevé, il faille des précautions spéciales pour entretenir les cultures convenables.

3° Dans la tuberculose au début, le pouvoir agglutinant est presque constant, mais existe à des degrés divers; il varie de 1 p. 5 à 1 p. 20 et plus. Il est moins manifeste dans les cas avancés.

4° *La séro-reaction permet de déceler des tuberculoses latentes*, comme le démontrent les nécropsies.

Il en résulte qu'ici comme pour tout symptôme, son existence a une grande valeur pour indiquer une lésion tuberculeuse, son absence ne permet pas de l'exclure.

Chez des malades apyrétiques et soupçonnés néanmoins de tuberculose, on a essayé de provoquer de la fièvre, d'éveiller même un peu de congestion au niveau des lésions; c'est ce qu'on s'est proposé par l'emploi des *injections de sérum artificiel ou de tuberculine*, ou encore par l'administration d'*iodure de potassium*. Ce ne doivent être là, on le comprend, que des moyens d'exception, car s'il est vrai que maniés prudemment ils ne donnent pas lieu le plus souvent à des accidents, il n'en est pas moins réel que la réaction peut dépasser le but, et on a même accusé ces moyens d'être l'origine de poussées tuberculeuses. Dans les cas vraiment difficiles, surtout à l'hôpital, principalement chez l'enfant, quand il y a grand intérêt à être fixé sur l'existence d'une tuberculose latente, on est en droit d'y recourir avec une sage mesure.

Toutes les injections chez les tuberculeux sont susceptible de produire de la fièvre. C'est ainsi que Daremberg en a vu après l'injection de liquide orchitique. Hutinel (4), ayant remarqué que l'injection de 10 centimètres cubes de *sérum artificiel* provoquait chez certains enfants une réaction fébrile assez vive, put se convaincre qu'il s'agissait de tuberculeux. Continuant ces recherches Sirot [de Beaune (5)] apporta la confirmation de ces faits et conclut que le sérum était une pierre de touche de la tuberculose. Terre (de Dijon) étudia la question expérimentalement chez le cobaye et obtint des résultats conformes à ceux de la clinique humaine. Cependant cette réaction est loin d'être caractéristique et a bien moins de valeur que l'épreuve par la tuberculine. Hutinel, Debove et d'autres ont cité des cas où la réaction se

(1) Le séro-diagnostic de la tuberculose, *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 137, p. 1467.

(2) *Deuts. med. Wochens.*, 5 avril 1900.

(3) *Ibid.*, 21 juin 1900.

(4) Soc. méd. des hôpit., 1895.

(5) *Semaine méd.*, 1897, n° 53. — Cong. de la tuberc., 1898, et *Journ. des prat.*, 3 sept. 1898.

montra en dehors de la tuberculose. Bertherand a publié quelques faits de ce genre dans sa thèse (1899). Il en résulte que la valeur du sérum artificiel est très diminuée et les conclusions auxquelles on est en droit d'arriver aujourd'hui depuis les travaux faits à ce sujet nous paraissent être celles qu'ont émises Combemale et Mouton (1) : l'injection de sérum est le plus souvent inoffensive, quoiqu'on doive se rappeler que M. Hutinel a publié un cas de mort par granulie et un cas de suppuration ganglionnaire à la suite de ces injections, dont on doit être très sobre chez les tuberculeux, d'autant que ce n'est pas un moyen infaillible et qu'il peut induire en erreur. Cependant on peut l'utiliser avec prudence chez l'enfant.

On se servira de la solution ordinaire à 7 p. 1000 dont on injectera avec les précautions antiseptiques sous la peau de l'abdomen, au-dessous et en dehors de l'ombilic, de 5 à 40 centimètres cubes, selon l'âge de l'enfant. On a eu soin de prendre la température dans les vingt-quatre heures précédentes et on la prend toutes les trois heures après l'injection. Le mieux sera chez l'adulte de prendre la température rectale ou buccale. L'hyperthermie dure de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Plus importante encore est la réaction fébrile par la *tuberculine*. On sait que Koch avait proposé la tuberculine comme agent de diagnostic, et que ce moyen est des plus précieux pour dépister la tuberculose bovine.

En 1890, Landouzy l'employait déjà pour reconnaître la nature souvent tuberculeuse des pleurésies. Pour cela, il en injectait de 1 à 2 milligrammes et obtenait une hyperthermie de 1°5 à 2 degrés. Schreiber propose, en 1891, d'utiliser la tuberculine au diagnostic de la tuberculose du nouveau-né issu de parents tuberculeux, et il constate que ces enfants supportent, sans y réagir, des doses très élevées (plusieurs centigrammes) de tuberculine. Von Mayer, Denison, Springthorpe l'ont employée dans différentes tuberculoses de l'adulte. Epstein, Escherich, Tommaso Guida, l'ont appliquée à la pédiatrie, et ces recherches ont été surtout complétées par les travaux de M. Hutinel, rapportés dans la thèse de son élève Gaffié (2). M. Hutinel faisait des injections successives à doses croissantes, en commençant par 1 vingtième de milligramme et allant jusqu'à 1 milligramme. Ces injections étaient répétées à intervalle de cinq jours. Il convient de se servir de tuberculine fraîche, parce qu'avec une tuberculine ancienne, la réaction peut manquer. L'injection est faite sous la peau de la fesse. On procède au point de vue de l'étude de la courbe thermique, comme pour le sérum artificiel, c'est-à-dire qu'on prend la température avant et toutes les trois heures après. Le moment d'appprition de la fièvre n'est pas absolument fixe, mais semble dépendre, comme le fait remarquer M. Hutinel, du moment où l'injection est faite, c'est-à-dire que si on la fait le matin, quand l'élévation physiologique a déjà commencé, la réaction ne se montre que le lendemain. Bertherand, dans ses recherches faites dans le service de M. Hutinel, n'a jamais dépassé quatre dixièmes de millimètre cube.

Chez l'adulte, la réaction par la tuberculine a été étudiée par Grasset et Vedel (3), et par Combemale et Baviard. D'après Grasset et Vedel, il faut injecter chez l'adulte, la première fois 2 à 3 dixièmes de milligramme, et la seconde 5 dixièmes. La réaction fut utile au diagnostic et ne fut suivie d'aucun accident. Pour préparer la solution à injecter, Grasset et Vedel procèdent ainsi. Ils prennent une dilution de tuberculine au dixième dans l'eau phéniquée à 5 p. 1000. Un gramme de cette dilution mis dans un demi-litre d'eau bouillie, donne une dilution au 5 000e, dont chaque centimètre cube contient 2 dixièmes de milligramme de tuberculine brute. Quoique d'une haute valeur diagnostique et plus spécifique que la réaction du sérum artificiel, la réaction à la tuberculine, comme d'ailleurs la plupart des symptômes en clinique, n'est pas pathognomonique. On a vu réagir des syphilitiques, des lépreux ; d'autre part, on peut observer, quoique rarement, des accidents congestifs qui ne permettront jamais à la tuberculine de devenir un moyen courant de diagnostic de la tuberculose humaine. Ce n'est pas à dire qu'il faille rejeter ce moyen qui a ses indications dans les cas particulièrement difficiles, et que préconisaient à nouveau tout récemment Frænkel (1), Denison, Trudeau (2). Brieger et Neufeld (3) ont montré que la tuberculine peut être utile à dépister une bacillose de Koch cachée derrière une infection mixte, grippale ou pneumococcique.

L'*iodure de potassium* avait été conseillé, en 1891, par Sticker, qui l'employait à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, pour provoquer l'apparition de râles et d'une expectoration bacillifère. Vetlesen (de Christiania) confirma ces faits ; sur 27 malades, cette épreuve lui donna chez 8 un résultat positif. Les 19 autres ne présentèrent ultérieurement aucun signe de tuberculose. Wells (4) a eu une réaction positive dans deux tiers des cas ; il conclut que l'iodure est exempt de dangers et peut être utile. M. Landouzy (5) en a conseillé l'emploi à ce point de vue ; manié prudemment, il ne donnerait lieu qu'à une réaction passagère incapable d'effets nocifs. Quelques auteurs ont objecté que chez des neuro-arthritiques non tuberculeux, l'iodure pouvait provoquer des congestions ; mais il est possible que ce soient des arthritiques ayant une épine de tuberculose fibreuse.

La présence du bacille de Koch dans les crachats serait un signe d'une valeur indiscutable, malheureusement à la période de la tuberculose qui nous intéresse, il n'y a guère d'expectoration et on n'y trouve pas le bacille. Cependant on a cherché à le mettre en évidence et on a récemment proposé plusieurs moyens d'y parvenir.

Henkel (6) a conseillé la *ponction du poumon* avec une seringue de Pravaz faite au sommet ou s'il existe des signes physiques au niveau de leur maximum. L'aspiration est faite lentement, et il est rare qu'il y ait à la suite un peu de sang dans les crachats, jamais, en tout cas, de vraie hémoptysie. En même temps, la résistance offerte par les tissus à l'aiguille peut être un indice de condensation pulmonaire.

Brieger (7) a conseillé la *sédimentation des crachats*. On recueille la totalité des crachats des vingt-quatre heures, on les sédimente selon le procédé de Biedert par ébullition avec de la lessive de soude à 1 ou 2 p. 100. Si on ne trouve rien on fera bien de soumettre les *fèces* à cet examen, quel-

(1) Ve Cong. de méd. int., 1899, et *Écho méd. du Nord*, 1899.
(2) Th. de Paris, 1895.
(3) Acad. de méd., 25 fév. 1896.

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, 19 mars 1900.
(2) *Internat. med. Magaz.*, mars 1900.
(3) *Deuts. med. Wochens.*, 8 fév. 1900.
(4) *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 4 fév. 1899.
(5) *Sérothérapies*, Carré et Naud.
(6) *Münch. med. Wochens.*, 27 mars 1900.
(7) *Berlin. klin. Wochens.*, 1900, n° 13.

ques crachats bacillifères ayant pu être déglutis. Levy et Bruns (1) ont conseillé pour le diagnostic précoce de recourir à l'*injection des crachats au cobaye*, quand l'examen direct portant sur les crachats des vingt-quatre heures a été négatif. Ces auteurs recommandent de ne pas s'arrêter à l'examen des crachats d'un moment déterminé de la journée, les bacilles n'existant pas également répartis dans les crachats des vingt-quatre heures. Pour injecter au cobaye, on lave les crachats dans une solution salée stérilisée, et on injecte dans le péritoine de 0,5 à 1,5 centimètres cubes. On pèse l'animal de temps en temps, et on le sacrifie au bout de quatre à dix semaines. Ainsi on peut mettre en évidence des bacilles qui échappaient à l'examen microscopique. La seule objection à ce mode de diagnostic est le temps qui est nécessaire pour avoir la solution attendue. En outre, tous ces moyens ne sont applicables qu'aux cas où il y a déjà de l'expectoration, ce qui n'existe souvent pas au début.

Nous n'aurons plus à signaler maintenant que quelques données d'une valeur minime, telles que celles que fournit l'examen chimique du suc gastrique, l'examen du sang, la réaction électrique de débilité musculaire, et quelques phénomènes réflexes.

L'*examen chimique du suc gastrique* ne donne pas des résultats absolument fixes, l'acide chlorhydrique peut être en proportions normales; il peut être diminué; il est généralement augmenté (Marfan, Hayem et Winter). Quant au pouvoir absorbant et moteur, il est souvent affaibli et l'estomac est dilaté. Plus tard, l'hyperchlorhydrie est remplacée par l'hypochlorhydrie. Cette dyspepsie doit éveiller l'attention vers le poumon si elle survient chez un sujet anémié, tachycardique et qui maigrit.

Le *sang* ne donne non plus, au moins jusqu'à présent, aucun renseignement utile à un diagnostic précoce. Cependant, d'après Loomis, le sang serait bien différent du sang des chlorotiques. Il a trouvé que :

1° Le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine étaient normaux et ne concordaient pas avec l'aspect anémique du malade;

2° Les globules rouges étaient d'aspect normal, et ce serait là un caractère différentiel important avec la chlorose.

3° Il n'a pas constaté de leucocytose quoique le fait ait été signalé.

4° Dans la moitié des cas, les basophiles manquaient.

Mais ces caractères sont encore trop peu étudiés et pas assez tranchés pour servir à un diagnostic différentiel.

De même, la *réaction électrique de débilité musculaire* (Klippel, Plicque) est un phénomène tardif, lié à une lésion déjà avancée. C'est dans ces cas seulement qu'on trouve la diminution de l'excitabilité, la tendance à la tétanisation, la contracture douloureuse. Roussel (2) a attiré l'attention sur les *réflexes idio-musculaire* ou myoœdème (contraction du grand pectoral par la percussion de ce muscle), *neuro-musculaire* (flexion de l'avant-bras par contraction du biceps quand on percute le grand pectoral), *inhibitoire* (immobilité relative de la moitié du thorax correspondant à la lésion pulmonaire.

(1) *Deuts. med. Wochens.*, 1er mars 1900.
(2) *Loire méd.*, mars 1900.

IV

Diagnostic chez l'enfant. — Difficile chez l'adulte, le diagnostic précoce de la tuberculose l'est encore bien plus chez l'enfant dans les premières années de la vie. Cela n'a rien d'étonnant, car il y a des causes d'erreur multiples, même pour le diagnostic de lésions tuberculeuses avancées. Plus encore que chez l'adulte, on devra rechercher l'existence d'autres lésions tuberculeuses et on n'oubliera pas le *spina ventosa*, qui est fréquent.

Nous ne reprendrons pas les moyens de diagnostic dont nous avons déjà parlé à propos de l'adulte et qui trouvent leur application principale en médecine infantile, tels que les injections de tuberculine ou de sérum artificiel; les remarques que nous avons faites relativement à la fièvre s'appliquent ici aussi.

Voyons donc ce qu'il y a de particulier dans cette tuberculose de la première période de la vie. Le clinicien exercé pourra déjà la suspecter par l'aspect bien spécial du petit malade, qui est immobile, triste, pâle, avec de longs cils, des yeux brillants, des pupilles dilatées. C'est ici que la *courbe du poids* rendra les plus grands services, et c'est à bon droit qu'on songera à une tuberculose quand on voit un bébé maigrir d'une façon continue sans fièvre et sans cause appréciable.

Legroux, et à sa suite Hutinel et Marinesco, Lesage et Pascal, Sanchez Toledo, Marfan ont montré la valeur de la *micropolyadénite*, à condition qu'il n'y ait pas eu d'infection cutanée et qu'elle soit généralisée. Ces ganglions qu'on trouve aux aines, aux aisselles, dans le cou, sont durs, indolores et ont le volume d'un pois en général et la consistance de grains de plomb. Sans nier la possibilité de son apparition dans la syphilis, à la suite de lésions cutanées, dans l'athrepsie même, il est néanmoins certain que la polyadénite est un indice précieux de tuberculose.

En même temps que l'hypertrophie ganglionnaire périphérique et *trachéobronchique*, il est fréquent de constater la *splénomégalie*, mais c'est là un signe qui n'a de valeur que par son association avec d'autres.

Hutinel et Labbé ont remarqué la fréquence des lésions tuberculeuses latentes chez les enfants morts d'*infection staphylococcique*. On sera en droit de redouter l'association tuberculeuse lorsqu'on voit un nourrisson faire des abcès multiples et dépérir progressivement.

Mais tous ces signes sont des signes de probabilité; le vrai signe de certitude ne peut être fourni que par l'examen des crachats, et dans ce but Meunier a conseillé de faire le *lavage de l'estomac* à jeun ou de donner un vomitif et *d'examiner les sécrétions obtenues ainsi*. Kossel avait déjà conseillé la recherche du bacille dans les selles centrifugées. Meunier a eu avec son procédé qui est des plus simples les meilleurs résultats. Voici comment on doit procéder. On introduit dans l'estomac une sonde urétrale n° 22; on y adapte à l'extrémité libre un entonnoir où on verse l'eau bouillie tiède destinée au lavage. On en introduit lentement de 100 à 150 grammes. Quelquefois un second lavage est nécessaire pour obtenir de véritables crachats. Le lavage sera fait après un jeûne de cinq à six heures, un peu après le réveil, après les premières quintes de toux. On aura soin d'examiner les parties lourdes purulentes des sécrétions bronchiques. Bertherand a obtenu un résultat analogue à la suite de l'*administration d'un vomitif*, mais ce dernier moyen a l'inconvénient de déprimer fortement le petit malade, tandis que le lavage

est absolument inoffensif. Il faut naturellement, pour obtenir un résultat, qu'il y ait déjà quelques tubercules ramollis ouverts dans les bronches ; mais chez le très jeune enfant, il ne peut guère être question d'un diagnostic absolument précoce, les difficultés étant déjà si grandes en présence de lésions conglomérées.

Tous les signes que nous venons de passer en revue qui, isolés, n'auraient pour la plupart qu'une valeur minime, en acquerront une beaucoup plus grande par leur groupement et permettront au clinicien un diagnostic précoce.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 31 JANVIER AU 2 FÉVRIER 1901)

Examens de doctorat.

JEUDI 31 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Campenon, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Richelot, Maygrier et Poirier ; — M. Teissier, suppléant.

VENDREDI 1er FÉVRIER, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Reclus, Segond et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 2 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Chauffard, Letulle et Chassevant.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Gley, Retterer et Broca (André).

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Joffroy, Troisier et Thiroloix ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Wallich ; — M. Hanriot, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 11 janvier 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. Maquart, Musy, Belloy, Chamac, Grognot, Fourcaud, Bigex, Joubert, Moret, Meyer.

Robin, Genevet, Thieux, Leh, Proust (R.), Fabre, Herpain, Lecœur, Lecoq, Dorche.

Coste, Peyrot, Gentil, Petit, Laferrère, Bassaget, Viard, Clavel, Tabary, Berton.

Malbois, Gaube, Bony, Gomot, Boullet, Guibout, Blanc, Hèze, Roger, Quentin.

Hémet, Péard, Maurage, Richard, Dussaut, Bauby, Frézières, Gilli, Caussade, Germe.

Mortureux, Gagey, Azy, Lebhar, Lepage, Abt, Cœurderoy, de Casteras, Astié, Vincent.

Tassigny, Dubois, Sogniès, Voizot, Verniolle, Chapus, Virolleaud, Gauthier, Clément, Fourré.

Kuntzler, Rongier, Rollet, Vuillième, Régnier, Herbout, Cassagne, Chesneau, Chassande-Baroz, Vial.

Romand-Monnier, Gaunet, Louart, Ponthieu, Landron, Lequint, Ravon, Bévalot, Vialle, Bonte.

De Rycker, Bourguignon, Gross, Parini, Tessier, Hélot, Poirier, Laurent, Bonnat, Buisson.

Platel, Bonnard, Montaigne, Reboul, Rambaud, Daubret, Leroy, Lesueur, Roger (J.), Lamote.

Caquille, Béra, Nicolaï, Charuel, Barroyer, Duvivier, Lamy, Morlon, Schotte, Aubry.

Sambon, Mansion, Louët.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Lacroix (dont la démission de lieutenant de réserve est acceptée), Chevallier (dont la démission de lieutenant de l'armée territoriale est acceptée), Bonnaymé, Lesage, Altman, Guichard, Sérinelli, Michel-Dansac, Estrabant, Guérineau.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Jacob, du port de Toulon, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur la *Bretagne* (école des mousses à Brest), en remplacement de M. le docteur Baudry.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 3e semaine de janvier, 1 069 décès, au lieu de 1 035 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1 028, moyenne ordinaire des semaines de janvier.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (au lieu de la moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, chiffre voisin de la semaine précédente (42).

La variole a causé 6 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 65 (au lieu de 60 pendant la semaine précédente et 86 pendant la semaine antérieure). La variole continue donc à constituer pour la population parisienne une menace dont les personnes qui se font revacciner (quel que soit leur âge) se mettent à l'abri pour plusieurs années.

Les autres maladies épidémiques ont une fréquence moyenne. La rougeole a causé 8 décès (la moyenne est 14) ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 8, et la diphtérie, 10.

La diarrhée infantile n'a causé que 19 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 28) ; presque tous (15) ont eu lieu dans les quartiers pauvres de la périphérie.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 200 décès, au lieu de 211 pendant la semaine précédente et au lieu de 182, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 19 décès (au lieu de la moyenne 23) ; bronchite chronique, 35 (au lieu de la moyenne 32) ; pneumonie, 44 (au lieu de la moyenne 56). Autres maladies de l'appareil respiratoire, 102 (dont 46 sont dues à la congestion pulmonaire et 41 à la broncho-pneumonie). En outre, 12 décès (au lieu de 4 pendant la semaine précédente) ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès ; la méningite tuberculeuse, 23 décès ; la méningite simple, 15 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 58 décès ; les maladies organiques du cœur, 72 ; le cancer a fait périr 68 personnes ; la hernie et l'obstuction intestinale, 9 ; la cirrhose du foie, 11, et la néphrite, 29 ; enfin 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. A. Béclère commencera le dimanche 3 février à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire de M. Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 12. — MARDI 29 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 29 JANVIER 1901. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — ÉTUDE SUR L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE BEYROUTH (1900), par M. H. DE BRUN. — DES INJECTIONS COCAÏNIQUES LOMBAIRES CHEZ LES PARTURIENTES. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le vin; hygiène et thérapeutique; — L'application des propriétés vaso-constrictives de la quinine. — VARIÉTÉS. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du XVe au XIXe siècle, par M. le docteur A. CORLIEU, bibliothécaire honoraire à la Faculté de médecine de Paris. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ÉTUDE SUR L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE BEYROUTH (1900)

Par M. H. DE BRUN (1).

Ce qui se dégage nettement de l'observation des malades, c'est la réelle efficacité du sérum de Yersin. Chez trois malades, il a suffi d'une seule injection de 40 centimètres cubes pour faire disparaître la fièvre, enrayer la marche de l'affection et provoquer presque immédiatement la disparition des symptômes alarmants; et cependant, les sujets n'ont été inoculés que le quatrième, le sixième et le onzième jour de la maladie.

Le quatrième malade, il est vrai, a montré plus de résistance; il était plus gravement atteint, et il n'a pas fallu moins de six injections pour triompher de l'affection. Il est juste de dire que la première injection n'a été faite chez lui qu'au huitième jour de la maladie, et que chacune d'elles a été suivie d'une grande amélioration.

Les indications fournies par l'Institut Pasteur laissent admettre que les injections doivent être de 10 à 20 centimètres cubes. Cette dose paraît pouvoir être largement dépassée avec avantage, puisque nous n'avons jamais fait une injection de moins de 40 centimètres cubes, et qu'aucun accident, aucun malaise n'en a été la conséquence. Il ne sera pas inutile de rappeler qu'un des malades n'avait que onze ans.

La maladie paraît avoir été importée par des sacs de sucre venant d'Alexandrie.

Elle m'a paru n'être pas contagieuse. Pour moi, en effet, il est loin d'être démontré que les quatre malades dont l'affection a débuté le 5, le 8, le 10 et le 12 juillet, se soient contaminés les uns les autres. Admettre cette hypothèse serait admettre, en même temps, d'une part, l'existence d'une période d'incubation exceptionnellement courte, et, d'autre part, un pouvoir contagieux d'une très grande puissance. Or, tout, dans l'histoire de nos malades, permet d'exclure ce pouvoir contagieux. Avant de prendre le lit, ils ont été en contact constant et intime avec un assez grand nombre d'ouvriers; plus tard, quand ils furent alités, le père d'un des malades s'installa au chevet de son fils, ne le quittant ni jour ni nuit, dormant, mangeant dans sa chambre où couchaient les trois autres pestiférés, et lui rendant, à lui et souvent aussi aux autres, les services constants que réclame sans cesse un sujet dangereusement atteint. Ni le père, ni le médecin attaché spécialement au traitement des quatre malades, ni les nombreux médecins qui sont venus les étudier à plusieurs reprises n'ont eu la moindre indisposition. Il est donc probable que les malades se sont infectés à la même source, et qu'aucun d'eux n'a communiqué la maladie aux autres.

Et ce qui est vrai pour Beyrouth, l'est également pour Smyrne et pour Alexandrie, où la maladie, d'après l'expression de la commission chargée de l'étudier, « s'est portée très rapidement en plusieurs points sans user du véhicule humain. »

Au reste, est-ce le fait d'une maladie contagieuse de frapper cinq sujets seulement, dans une ville de 125000 âmes comme Beyrouth; de n'en toucher que vingt-deux disséminés dans différents quartiers d'une cité populeuse comme Smyrne, alors que dans ces deux villes les premiers cas ont été quelque temps ignorés, et que, de ce fait, aucune des mesures habituelles d'isolement et de désinfection n'ont été prises au début? Est-ce le fait d'une maladie contagieuse de limiter son action à quelques cas isolés, comme à Alexandrie, sans se répandre ni dans les localités voisines, ni dans celles plus éloignées avec lesquelles la ville contaminée est restée pendant toute la durée de l'épidémie en communication constante et directe par l'intermédiaire d'une voie ferrée dont l'exploitation a continué sans interruption.

Si j'insiste sur la faible contagiosité de la peste bubonique telle qu'elle s'est présentée à notre observation, c'est, d'une part, qu'il m'a été donné de voir les effets désastreux d'un indescriptible affolement que rien ne légitimait, affolement issu de l'idée que la peste est une affection horriblement contagieuse; et, d'autre part, qu'il me paraît nécessaire de séparer nettement, au point de vue de la transmissibilité, la peste exclusivement bubonique de la peste à forme pneumonique. Tandis que la première, parfois légère dans son expression clinique, est souvent fort peu transmissible, la seconde, au contraire, le plus souvent très grave, est extrêmement contagieuse par le fait de la pré-

(1) Rapport de M. Proust à l'Académie de médecine.

sence des bacilles de Yersin, en quantité considérable dans les crachats.

Cette distinction, si elle eût été faite, eût évité aux populations de Beyrouth et du Liban bien des mesures inutiles et vexatoires, qui leur ont causé un préjudice incalculable.

DES INJECTIONS COCAINIQUES LOMBAIRES CHEZ LES PARTURIENTES

Les travaux que MM. Doléris et Malartic, d'une part, et Dupaigne, d'autre part, ont soumis à l'Académie, ont permis à M. Guéniot, rapporteur, d'établir les propositions suivantes :

L'injection sous l'arachnoïde lombaire de 1 centigramme de cocaïne en solution à 1 p. 100, produit une analgésie régionale qui s'étend à toute la portion du corps situé audessous d'une ligne passant par l'ombilic.

Cette injection, pratiquée sur la femme en travail d'accouchement, supprime, à la fois, la douleur que déterminent les contractions de l'utérus et celle qui est due au passage de l'enfant; de plus, loin d'entraver la marche du travail, elle semble, au contraire, l'accélérer : d'une part, en donnant aux contractions plus de force et de régularité; d'autre part, en provoquant, chez la parturiente (du fait de l'analgésie), des efforts plus énergiques et plus soutenus.

L'influence de la cocaïne se fait ainsi sentir pendant une durée qui varie d'une heure un quart à deux heures.

L'injection, pratiquée avec toutes les précautions d'une asepsie rigoureuse et suivant une technique strictement déterminée, ne semble constituer — du moins jusqu'à ce jour — aucun danger sérieux, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

En effet, les seuls phénomènes toxiques qui aient été observés, à la suite de cette cocaïnisation de la moelle, sont : des crampes ou des tremblements légers dans les membres, une céphalalgie passagère, des vomissements sans gravité et une élévation légère de la température.

Toutefois, cette pratique présente des contre-indications qu'on peut diviser en générales et en spéciales.

Les *générales* sont :

Existence, chez le sujet, d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux; les affections chroniques de l'appareil respiratoire; les maladies des centres nerveux, particulièrement les tumeurs cérébrales; l'impossibilité de réaliser pour l'injection une asepsie parfaite.

Les *spéciales* sont :

La rapidité du travail de l'accouchement; la fréquence et l'énergie des contractions de l'utérus, ou l'état de tension exagérée de cet organe; la nécessité d'une intervention manuelle dans la cavité de la matrice (version par manœuvres internes, délivrance artificielle, etc.).

Quant aux indications, on peut ainsi les résumer :

1° Les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui pourraient nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine;

2° La douleur excessive que détermine parfois le travail;

3° La lenteur exagérée de ce dernier, par suite de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions;

4° Enfin, la tendance aux hémorragies, sous quelque forme que ce soit (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta).

Faut-il rendre l'accouchement désormais complètement indolore? C'est l'objectif de M. Doléris, et M. Guéniot ne saurait approuver cette pratique pour l'accouchement simple et naturel, car l'indication de son emploi n'existe pas.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(25 JANVIER 1901)

Dans la dernière séance, MM. Monod, Widal, Sicard et Ravaut ont démontré la **présence de lymphocytes nombreux dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques, des paralytiques généraux et des sujets atteints de méningo-myélite syphilitique**. Ces résultats, dit M. Nageotte, qui montre à la Société des coupes du plus haut intérêt, sont importants au point de vue pratique; de plus, ils apportent un contingent utile à l'anatomie pathologique, en montrant une lésion qui est évidemment indépendante des adultérations possibles au cours de la maladie ultime.

La source de ces lymphocytes se trouve dans une méningo-myélite et une méningo-encéphalite caractérisées par l'infiltration des vaisseaux et des gaines vasculaires par des cellules de même nature. Cette inflammation diffuse est le substratum anatomique de la paralysie générale et de la myélite transverse, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la lymphocytose se rencontre dans ces affections. Pour le tabes, l'auteur a montré autrefois que l'on trouve constamment une méningite spinale de même nature, qui présente des caractères nettement infectieux.

C'est là une parenté de plus entre ces trois groupes d'affections qui sont sous la dépendance de la syphilis : tabes, paralysie générale, méningo-myélite. D'ailleurs, au point de vue symptomatique, on rencontre également de très grandes parentés entre ces trois syndromes cliniques.

Les manifestations diverses classées sous l'étiquette arthritisme sont innombrables chez les enfants, et leur importance en clinique est très grande. M. Comby qui a vu de nombreux exemples de ces phénomènes, attire sur quelques-uns d'entre eux l'attention des praticiens :

1° *Céphalalgie périodique.* — Il s'agit de sujets de la seconde enfance (sept à quinze ans), de souche arthritique (obésité, goutte, diabète, asthme, migraine chez les ascendants). Crises périodiques de douleurs de tête, tantôt fulgurantes et de courte durée, tantôt prolongées. Ces douleurs, sans nausées ni vomissements, sans analogie avec la migraine, reviennent toutes les cinq à six semaines. Elles sont souvent attribuées à la croissance, à l'anémie, au surmenage scolaire, etc. En réalité, elles sont d'origine arthritique ou uricémique, et elles disparaissent par un traitement approprié : alcalins, régime végétarien, diète aqueuse, hygiène de la peau, vie au grand air.

2° *Vomissement cyclique.* — Le vomissement périodique ou cyclique est un syndrome arthritique émouvant. Tout à coup l'enfant, qui la veille était bien portant, est pris de vomissements incoercibles avec fièvre, état général grave, etc. On pense à l'étranglement interne, à l'appendicite, à un empoisonnement. Mais le ventre est souple. D'autre part, aucune cause occasionnelle, aucun excès alimentaire ne peuvent être invoqués. Les vomissements durent trois, quatre, cinq, six, huit jours. L'état général devient effrayant. L'enfant, ne pouvant rien garder, présente en quelques jours un aspect cachectique.

Puis, tout à coup, les vomissements s'arrêtent, la crise touche à son terme, et rapidement l'enfant se rétablit. Au

bout de trois, quatre, six mois, nouvelle crise semblable, plus ou moins violente. Et ainsi de suite pendant des années. On remarque que les enfants atteints appartiennent à des familles arthritico-nerveuses (obésité, goutte, diabète, asthme, migraine, etc.). Guidé par cette notion étiologique, on change le régime des enfants, on en fait des végétariens, on prépare une bonne hygiène, une cure alcaline, et on voit les accidents s'amender, s'espacer, guérir.

3° *Fièvre arthritique*. — La fièvre arthritique ou urémique est encore plus déconcertante que le vomissement cyclique. Elle se présente chez des enfants de même âge, de même origine, avec les allures d'une *intermittente, palustre, quotidienne* : le soir, 40 ou 41 degrés, le matin, 37 ou 38 degrés. Cela est survenu brusquement, en deux, huit, dix jours, et cesse tout à coup. La quinine, même à haute dose, reste inefficace. On examine en vain le sang des malades, on ne trouve ni hématozoaires, ni microbes. L'analyse des urines révèle habituellement de l'azoturie et un peu d'urates. Les antécédents héréditaires sont probants quant à l'arthritisme. Enfin, chez un des malades observés par l'auteur, la crise fébrile intermittente a abouti à un *accès de goutte*. Comment après cela ne pas voir dans tous ces paroxysmes quelque chose comme la *goutte larvée* ? Traitement général comme dans les cas précédents.

Conclusions. — Ces trois grands syndromes (céphalalgie, vomissement, fièvre arthritique) sont bien nettement d'origine arthritique ; l'étude des sujets et de leur famille, sans parler de l'évolution des accidents, ont démontré la chose.

En s'inspirant de cette donnée étiologique et pathogénique, que souvent confirme l'analyse des urines, on peut formuler un traitement rationnel. Contre l'accès, peu de chose à faire : repos au lit, diète hydrique, au besoin sérum artificiel.

Dans l'intervalle des accès, vie au grand air, exercices physiques, pratiques hydrothérapiques, séjour à la montagne. Régime végétarien en grande partie (œufs, légumes, fruits cuits, viandes blanches, etc.) ; eau comme boisson ou lait. Pas d'excès alimentaire, pas de surmenage cérébral. Comme traitement interne, carbonates alcalins, eaux minérales alcalines (Vichy, Pougues) ; dans quelques cas, eaux chlorurées sodiques chaudes et froides, eaux arsenicales (La Bourboule).

D'après MM. Gilbert et Castaigne, sous le nom de **cirrhose hypertrophique diffuse** on doit entendre une forme bien particulière de cirrhose bi-veineuse et péri-capillaire nettement caractérisée par son étiologie, sa clinique et son anatomie pathologique. Les deux grands facteurs étiologiques sont l'alcoolisme et la tuberculose. Le foie est très volumineux, lisse ; la rate est légèrement hypertrophiée ; l'ascite n'est pas très abondante ; la circulation collatérale est peu accentuée ; l'ictère se retrouve dans tous les cas, mais jamais il n'est aussi intense que dans les cirrhoses graisseuses. L'évolution de cette cirrhose se fait en deux stades : il existe d'abord une période de pré-cirrhose pendant laquelle on note les différents petits signes décrits par Hanot ; quand l'ascite apparaît, la seconde période commence ; elle est rapidement fatale. Le fonctionnement de la cellule hépatique reste longtemps normal.

Il s'agit d'une forme bien particulière de cirrhose simple, puisqu'il n'existe pas de lésions cellulaires, bi-veineuse, puisque le maximum des lésions existe autour des veinules portes et sus-hépatiques, mais aussi péri-capillaire puisque les travées sont dessinées par le tissu conjonctif. C'est donc bien une *cirrhose hypertrophique bi-veineuse et péri-capillaire*.

MM. Bernard et Sergent communiquent une observation de **fièvre typhoïde à manifestations méningées très marquées.**

MÉDECINE PRATIQUE

Le vin. Hygiène et thérapeutique.

[Sous ce titre, M. Dumas (de Lédignan) vient de publier une apologie éloquente et spirituelle du vin. A l'heure où l'attention publique est attirée sur les boissons hygiéniques, où les Chambres viennent enfin d'abaisser l'impôt sur le vin, il nous a paru intéressant de donner, de l'article de M. Dumas (1), une rapide analyse.]

Pourquoi, dit M. Dumas (de Lédignan), rendre le vin responsable des méfaits de l'alcool ? Pourquoi, sous prétexte que l'alcool affaiblit, abrutit, pervertit, renoncer au vin, à ce vin généreux dont la Bible a pu dire : *Bonum vinum lætificat cor hominis* ?

Dès la plus haute antiquité, le vin est de tous les festins. Les Egyptiens, les Hébreux, les Grecs et les Romains l'avaient en grande estime, en faisaient des libations dans toutes les cérémonies religieuses. Dans les libations actuelles, si le sentiment religieux est un peu négligé, le vin, du moins, occupe toujours la place d'honneur. C'est que le vin est une boisson réconfortante plus encore qu'agréable, c'est que sa composition chimique en fait une substance alimentaire hygiénique, un tonique de premier ordre. Le vin est le liquide vivant : chair coulante de la vigne, il porte dans la chair coulante de l'homme la vie, l'énergie et la chaleur. Il donne à l'homme la force nécessaire pour accomplir sa tâche. Le vin est donc indispensable à tous, aussi bien au travailleur des champs qu'à l'ouvrier des villes.

Mais à quel vin donner la préférence ? La consommation du vin blanc a, dans ces derniers temps, un peu par goût, beaucoup par snobisme, presque égalé celle du vin rouge. C'est là un fait regrettable : le vin blanc est certainement inférieur au rouge ; moins tonique, moins nutritif et sensiblement plus diurétique, il provoque une suractivité rénale qui n'est pas sans danger, et, soit manque de tanin, soit richesse en éther œnantique, sans être plus alcoolisé que le vin rouge, plus vite il conduit à l'ivresse.

Le vin étant indispensable à la vie ne doit pas plus être taxé que le pain, que l'air, que la lumière. L'impôt sur les boissons hygiéniques et sur le vin notamment sont des impôts d'un autre âge. Le jour où le vin sera bon marché, il chassera l'alcool.

Un mot sur la *thérapeutique* du vin : le vin est à la fois un tonique astringent : il rend aux tissus leur tension vitale ; — un tonique analeptique : il conserve au sang ses qualités nutritives, il les lui rend quand il les a perdues ; — un tonique névrosthénique : il soutient le système nerveux, accroît la résistance vitale, rétablit les synergies. Y a-t-il beaucoup de médicaments dont on pourrait en dire autant ? Malheureusement le vin est moins actif en cas de maladie qu'à l'état normal. Aussi faut-il, dans les cas graves, lorsque la vitalité semble fléchir, ne pas craindre de dépasser les doses habituelles, sans pourtant perdre de vue l'âge, le sexe, les habitudes du malade.

On peut même augmenter ou diminuer, modifier plus ou moins les propriétés du vin par l'addition de substances médicamenteuses. La chaleur altérant le vin, toutes les préparations doivent être faites à froid. Il faut aussi tenir compte,

(1) *Echo méd. des Cévennes*, 1er novembre 1900.

dans le choix du vin, de la nature des substances à dissoudre. Pour les vins astringents, toniques, préférer le vin rouge, plus chargé de tanin ; pour les vins diurétiques, choisir le vin blanc, diurétique lui-même et dépourvu de tanin ; quant aux vins de liqueur, les réserver pour les substances végétales aux principes d'une conservation difficile.

L. B.

L'application des propriétés vaso-constrictives de la quinine.

Suivant l'exemple de Guéneau de Mussy et de M. Liégeois, M. Huchard a prescrit avec succès la quinine comme hémostatique. Il a employé, a-t-il dit à la Société de thérapeutique, des doses de 1 gramme à 1g50 par jour dans le traitement des congestions et d'hémorragies diverses, hémoptysies et métrorragies en particulier.

M. Dalché prescrit la quinine surtout dans les métrorragies de la ménopause, chez les herpétiques, les goutteuses. Il l'associe utilement à l'ergotine et la digitale.

C'est également à ses propriétés vaso-constrictives que la quinine doit son action contre la grippe, où l'hypotension artérielle est plus ou moins marquée.

Dans plusieurs cas de goitre exophtalmique, M. Parlesco et M. Soulié ont obtenu une amélioration certaine par l'emploi prolongé de la quinine. M. Huchard a prescrit également, avec succès, dans 4 cas sur 6, cette médication de la façon suivante : pendant la première semaine, 1g50 de bromhydrate de quinine par jour en trois doses ; pendant la deuxième semaine, 1 gramme par jour ; pendant la troisième semaine, 0g50 par jour, et ainsi de suite pendant plusieurs mois avec quelques interruptions.

Le bromhydrate de quinine rend encore de grands services dans certaines insuffisances aortiques très pulsatiles.

VARIÉTÉS

Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du XVe au XIXe siècle (1).

Par le docteur A. Corlieu,
Bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine.

Le chirurgien de garde était logé, chauffé, éclairé et nourri et il était alloué 400 livres pour ce service (1777).

Le 14 juillet 1655 parut le règlement suivant pour les compagnons chirurgiens :

« *Ordre et devoirs des compagnons chirurgiens de l'Hostel-Dieu de Paris* ·

I. A cinq heures précises sortiront de chez leur maître et à cinq heures et demie commenceront à panser les blessés, que le maître chirurgien leur aura donnés et mis en main.

II. Ils auront leurs appareils prêts du jour de devant, lesquels ils feront eux-mêmes, et ne les laisseront faire par autres, soit pensionnaires ou externes, et seront faits dans la chirurgie et non ailleurs.

III. Qu'ils panseront leurs blessés eux-mêmes, avec un soin très particulier, grande charité, douceur et affection, et n'en omettront aucuns de ceux qui leur sont donnés à panser, et ne s'absenteront auxdites heures auxquelles ils doivent panser les malades des salles, auxquelles ils sont commis pour travailler, sous couleur que les pensionnaires ou externes suppléeroient à leurs défauts.

IV. Après avoir pansé leurs blessés, reporteront tous leurs appareils dans la chirurgie, comme aussi les réchauds, après qu'ils auront jeté le feu dans les cheminées des offices, et ne laisseront rien traîner dans les salles.

V. Qu'il arrive, comme il est assez fréquent, que les sieurs Petit, maître-chirurgien, ou Angot, fassent quelques opérations, dissections ou ouvertures de corps, comme ils le doivent faire alternativement, lors les compagnons, après avoir pansé leurs malades et blessés, s'y pourront trouver, pour voir, entendre et apprendre les enseignements qui leur seront donnés par lesdits sieurs Petit et Angot, pour connaître d'où peuvent provenir les causes du mal duquel il s'agira.

VI. Après, ceux qui seront de garde, ou qui auront soin de tenir les lieux de la chirurgie nettement, pourront aller étudier, et ne laisseront rien traîner un icelle, enfermeront les médicaments, onguents et autres drogues dans leurs armoires, sous la clef, pour empescher que la poussière et ordure ne s'amassent sur lesdits médicaments.

VII. A onze heures, lorsque la cloche sonnera, se rendront tous au réfectoire pour dîner.

VIII. Après dîner, iront faire la saignée du bras, pieds, ventouses et autres ordonnances du médecin et maistre chirurgien, qu'ils observeront ponctuellement, et obéiront aux ordres dudit maistre chirurgien, auquel ils porteront l'honneur et le respect qu'ils doivent à un maistre.

IX. A deux heures précisément commenceront à panser les malades, jusqu'à quatre heures et demie, avec le mesme soin et ordre ci-devant prescrit.

X. Après ces choses faites, iront en la chirurgie faire leurs appareils pour le lendemain matin, et n'y aura autres personnes dans ladite chirurgie que lesdits compagnons, à ce que ce soient eux-mêmes qui préparent leurs dits médicaments et emplastres, et qu'étant faits, ils les resserrent dans l'armoire proprement.

XI. Qu'ils feront et prépareront les cataplasmes eux-mêmes et ne les laisseront faire par les malades ni par autres.

XII. Que les bassins dans lesquels sont lesdits cataplasmes ne traîneront par les salles, ainsi seront portés et serrés dans la chirurgie, et chacun compagnon les nettoiera à son tour.

XIII. Qu'après, ceux qui seront de garde pour les malades iront à leur garde de semaine.

XIV. A six heures, lorsque la cloche sonnera, se rendront pareillement tous au réfectoire pour souper.

XV. A l'issue du souper, chacun ira dans son office, pour faire les saignées et autres remèdes ordonnés par les médecins et chirurgien, et quand il n'y en aurait point, ils ne laisseront d'aller voir en quel état sont leurs blessés et panser ceux qui auront été ordonnés du maistre trois et quatre fois, s'en trouvant de cette nature et qualité.

XVI. Que les pensionnaires ni externes ne toucheront ni ne panseront aucuns malades, si ce n'est par l'ordre du maistre chirurgien.

XVII. Que défenses sont faites à tous compagnons de transporter aucuns onguents hors de la chirurgie, d'en laisser sur les tablettes des lits des malades, et de leur en laisser pour en faire des emplastres.

XVIII. A huit heures précises se trouveront chez leur maistre, depuis la Saint-Remy jusques à Pasques, et depuis Pasques à la Saint-Remy à neuf heures.

XIX. Ne sera reçu de compagnon chirurgien qu'il n'ait été examiné exactement par les médecins et chirurgien, et qu'ils n'aient l'âge de dix-huit à vingt ans.

XX. Ne pourront lesdits compagnons chirurgiens demeurer plus de quatre ans dans ladite maison, à s'employer continuellement au service des malades et blessés, selon qu'il est ordonné ci-dessus.

XXI. Ne pourront avoir aucune pratique en ville, pour quelque prétexte que ce soit, mais si cela est su, seront congédiés.

XXII. Leur sera demandé, lors de leur réception, s'ils se peuvent entretenir les quatre années durant, afin qu'ils

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 52.

puissent servir actuellement les pauvres et qu'ils ne puissent prétendre aucune récompense d'eux.

XXIII. Il leur est enjoint de garder la paix, et en cas qu'il leur arrivast quelque différend, ils auront recours au maistre chirurgien pour les accorder (1). »

Le chirurgien major de l'Hôtel-Dieu était nommé par le bureau et pris parmi les anciens gagnant-maîtrise. La durée de ses fonctions varia. On en vit qui ne restèrent qu'un an ou deux en fonctions; d'autres y restèrent à vie.

Les honoraires varièrent selon les temps. Outre le logement et la nourriture, les chirurgiens majors touchèrent, en 1539, 30 livres tournois par an; en 1562, 180 livres tournois; en 1606, 200 livres; et enfin, 2000 livres en 1700. Aujourd'hui, les honoraires des trois chirurgiens sont de 1200 fr. chacun. Les deux professeurs de clinique touchent, en outre, à la Faculté, leur traitement de professeurs.

De 1446 à 1539, les chirurgiens majors furent :

1446. Pierre Malaisie ou Malaise.
1482. Thomas.
1517. Robert Charlot.
1525. Jacques Petit.
1526. Vincent Coincterel
Bureau.
1539. Georges Barbas.

« Du xxviie jour de may 1539 fut retenu pour servir de cirurgien à l'Hostel-Dieu, au lieu de maistre Bureau et faire touttes autres choses nécessaires, comme son prédécesseur, Georges Barbas, aux gaiges de xxx livres par chascun an (2). » Il est mort le 21 février 1540.

Lenormand, Jacques ou Jasot, fut nommé le 26 février 1540, en remplacement de Barbas, aux mêmes appointements.

Demay ou Desmay, Jehan, maître ès arts, fut nommé le 9 mars 1541.

Dumas, Antoine, en 1550.

Baudoin, Antoine, en 1551.

Hubert, Richard, en 1553. Il resta six ans en fonctions; il est mort le 7 septembre 1581.

Roger, Cosme, de 1559 à 1562. En 1561, il y avait une épidémie que l'on qualifia de peste, et on retint à l'Hôtel-Dieu deux compagnons qui eurent « pitance et portion telle et semblable que les autres serviteurs domestiques d'icelluy Hostel-Dieu, à la charge qu'ilz ne sortiront aucunement hors dudit Hostel-Dieu ».

Hamelin, Vincent, fut nommé le 30 octobre 1562, aux appointements de 180 livres tournois. Sa nomination est ainsi conçue : « Du pénultième jour d'octobre, aprez le bon rapport fait sur la personne de maistre Vincent Hamelin, chirurgien, par Monsieur Alain, médecin dudit Hostel-Dieu, a esté commis en l'estat de chirurgien dudit Hostel-Dieu, moiennant ix^xx livres tournois de gaiges. »

Delaistre, Balthazar, a été nommé chirurgien major le 17 septembre 1568, aux appointements de 180 livres tournois. Le 21 mai 1572, on informa Delaistre que lui et ses serviteurs recevraient une miche bise et une chopine de vin le matin, avec un pied de mouton pour le chirurgien, et, quand il aurait à faire des pansements, une autre chopine et une miche bise le soir. Le petit pain et le verre de vin ont été en pratique pendant bien longtemps, et Dupuytren lui-même, au xixe siècle, les prenaient régulièrement après sa visite.

Ymbault, Augustin, lui succéda et fut remplacé, en 1586, par Lecouturier, Claude. Celui-ci avait demandé au Bureau une augmentation de traitement qui ne lui fut pas accordée « attendu que l'Hostel-Dieu lui louait 45 livres par an une maison qui en vaut 200 livres, et qu'il est nourri et ses serviteurs ». Il est mort le 6 octobre 1643.

(1) Brièle. *Ibid.*, t. I, p. 106.
(2) Documents de l'Assistance publique.

Hamelin, Vincent, fils, succède le 12 janvier 1594 à Lecouturier et fut remplacé le 30 décembre 1598, par Guérin, Laurent, auquel « a esté ordonné faire son debvoir, luy et ses serviteurs, de panser et médicamenter iceulx pauvres bien et deuement et soingneusement, tant de jour que de nuit, sans y faire aulcune faulte, et de se mectre et loger dedans la maison affectée aux chirurgiens dudict Hostel-Dieu et ce aux gaiges et pension que avoit ledit Hamelin ». Il est mort le 28 novembre 1638.

Corbilly, Pierre, de Meaux, succéda à Laurent Guérin, qui demanda à se retirer le 19 mars 1603, mais qui fit son service jusqu'au 24 juin. Corbilly est mort le 18 mars 1630, et eut pour successeur Jean Bonnet.

Bonnet, Jean, de Paris, jouissait d'une excellente réputation, si l'on en croit Devaux qui le qualifie ainsi : *Domus Dei chirurgus præcipuus, in omnibus chirurgicis operationibus opprime versatus* (1). Il entra en fonctions le 26 juillet 1606 et y resta dix-neuf ans. Lorsqu'il se retira, la place fut mise au concours (4 juin 1625). A ce concours prirent part six concurrents. Le concours se termina par la nomination de Jean Millot, que nous avons vu gagnant-maîtrise en 1585. La nomination eut lieu le 18 juin aux conditions suivantes : pendant six ans il pansera les malades de l'Hôtel-Dieu, de quelque maladie que ce soit, même de la contagion, aux mêmes conditions que Bonnet, savoir logement, nourriture pour lui et ses garçons, qui étaient au nombre de cinq, le tout moyennant 200 livres par an.

C'est la première fois qu'il est question de concours.

Millot paraît être resté plus de six ans en fonctions, car il s'est retiré en 1642, et il est mort le 7 octobre 1651.

Haran, Jacques (de Paris), succéda à Millot en 1642, à la suite d'un concours qui se termina le 21 février, entre lui et Guyart. Devaux le qualifie ainsi : *Domûs Dei lithotomius dexterrimus* (2). En 1643 il fut autorisé à pratiquer la taille à l'Hôtel-Dieu; mais, il négligeait son service. De plus, il n'avait pas de bons rapports avec son collègue Gouin, comme lui lithotomiste à l'Hôtel-Dieu. Il offrit de faire plus exactement son service si l'on voulait envoyer les malades affectés de la pierre dans une maison particulière qui porterait la qualification de *Hôpital pour les malades taillés de l'Hôtel-Dieu.* Le bureau décida de remercier Haran des services qu'il avait rendus. Il est mort le 27 février 1674.

Gouin, Pierre-Gaspard (ou Gonin), fils d'un chirurgien de Paris, fut nommé sans concours, mais après examen, le 20 mars 1648. Il fit le serment « de se rendre fort soigneux au pansement des malades, veiller incessamment sur les garçons qui sont sous lui, à ce que chacun fasse son devoir, qu'il visitera, soignera et pansera les pauvres malades, à tous sujets, occasions et sortes de maladies qui se présenteront, fidèlement et diligemment, sans se divertir en aucune affaire, comptera ou fera compter chaque jour les malades, fera trouver ses gens prêts à l'arrivée des médecins, pour écrire sous eux les saignées, que lesdites saignées se feront avec les chandelles allumées, ayant la palette en main, qui leur seront fournies; les onguents, linges et emplâtres seront ménagés et de ne les laisser manier aux malades, ni les jeter en la place; ne sera fait aucune dissection, ni coupure de membres ou ouverture de corps, sans conseil des médecins : seront les malades traités le plus doucement que faire se pourra, et les religieuses respectées; ladite Compagnie promet loger ledit Gouin pendant six années en la maison dudit Haran, à commencer du premier jour d'avril prochain qu'il doit entrer au service des pauvres, jusques à pareil jour que les six ans finiront, le nourrir et huit garçons de la portion accoutumée, et

(1) Devaux. *Index fumereus*, p. 559.
(2) Devaux. Ouvr. cité, p. 564.

outre lui donner la somme de 200 livres par chacun an, et à la fin de ces six années ladite Compagnie promet de faire recevoir ledit Gouin chirurgien de longue robe (1), avec l'enseigne de Saint Cosme et Saint-Damien et boîtes, ou maistre-barbier chirurgien, à tenir boutique ouverte en la manière des autres, sans que auparavant ce temps de six ans, il puisse prendre ladite qualité, ni se faire recevoir en ladite maîtrise, à quoi ledit Gouin se seroit accordé et juré (2). »

Gouin fut spécialement chargé de l'opération de la taille. Il se retira après les six années accomplies, c'est-à-dire le 31 mars 1654, et il est mort le 25 juillet 1661, *Nosocomii Parisiensis chirurgus præcipuus in omni operationum genere versatissimus* (3). (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 AU 9 FÉVRIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 4 FÉVRIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphihéâtre* : MM. Rémy, Sébileau et Lepage; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Méry ; — M. Walther, suppléant.

MARDI 5 FÉVRIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Campenon, Maygrier et Thiéry.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Hallopeau, Gilbert et Charrin.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Raymond, Roger et Thiroloix; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Troisier et Vaquez; — (2e série) : MM. Chauffard, Marfan et Dupré ; — M. Achard, suppléant.

MERCREDI 6 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Walther, Poirier et Lejars.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Gariel, Reynier et Launois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Reclus, Segond et Varnier ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette et Widal ; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 7 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 2e partie), *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Blanchard, Letulle et Ménétrier.

2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Gauthier, Gley, et Launois.

3e (1re partie, oral, ancien régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Schwartz, Richelot et Wallich ; — (2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Chauffard, Charrin et Wurtz ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 8 FÉVRIER, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Poirier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Segond, Reynier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Widal ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Retterer, suppléant.

SAMEDI 9 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Hanriot, Letulle et Roger.

3e (2e partie, oral), *Faculté, salle no 1* (nouveau régime) : MM. Troisier, Gilbert et Ménétrier.

4e (ancien régime), *Faculté* : MM. Pouchet, Vaquez et Dupré ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Quénu et Albarran ; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Thiroloix ; — M. Hartmann, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Par décrets, en date des 23 et 26 janvier 1900, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Grancher, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Druhen, directeur honoraire de l'École de medecine de Besançon ; Strapart, professeur honoraire de l'École de médecine de Reims ; Jalaguier et Marfan, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris ; Pietkiewicz, médecin dentiste à l'Hôtel-Dieu ; Cuvillier et Laburthe (de Paris) ; Fesq (d'Aurillac) ; Ramaroni (de Bastia), Phélippot (de Bordeaux) ; Sicard (de Béziers) ; Ramadier (de Saint-Chély-d'Apcher) ; Laguille (d'Autun) ; Lacaze-Dori (de Montauban) ; Marquet (de Rochechouart) ; Vergos, Hébrard et Birolleau, médecins principaux des colonies ; Lasnet, médecin de première classe des colonies.

Mme Faurestié, en religion sœur Candide, supérieure de l'hôpital d'Ormesson.

Faculté de Paris. — Les prix de la Faculté de médecine de Paris pour les thèses de 1899-1900, ont été attribués ainsi qu'il suit :

Médailles d'argent : MM. Griffon, Castaigne, Mlle Gérovitz, MM. Constensoux, Proust, Cunéo, Gosset, Ombredanne, Mme Phisalix, MM. Sicard, Théohari, Tissier.

Médailles de bronze : MM. Arago, Beauvois, Bigart, Bouvet, Cadol, Canuet, Claisse, Clermont, Comte, Desvignes, Dupuy-Dutemps, Grisel, Herbet, Herrenschmidt, Mesley, Pascal, Roux, Vigier.

Mentions honorables : MM. Arloing, Decloux, Druault, Ducatte, Dujarier, Durandeau, Herber, Lacaille, Langlois, Maruitte, Ménier, Mignot, Monod (Jacques), Monod (Jean), Mlle Robineau, MM. Rosenthal, Simon, Vaslet de Fontaubert.

— Le chiffre tolal des étudiants en médecine inscrits s'élève à 4166, dont 513 étudiants étrangers (96 Turcs, 70 Russes, 63 Roumains, 61 Américains du Sud).

— Les docteurs des universités françaises ou étrangères sont admis sans payer de droits dans les bibliothèques.

Nominations. — M. le docteur Thiéry est nommé chirurgien du lycée Saint-Louis.

— M. le docteur Albert Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, est nommé membre du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, en remplacement du docteur Bergeron, décédé.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. le professeur de Nabias est nommé doyen pour une période de trois ans.

— *Montpellier.* — M. le professeur Vialleton, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — M. Petit, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Marine. — M. le médecin de première classe Lafaye de Micheaux, du cadre de Lorient, est désigné pour aller concourir au service à terre du port de Brest.

— M. le médecin de première classe Avrilleaud, du cadre de

(1) CORLIEU. *L'ancienne Faculté de médecine*, 1877, chap. VIII, p. 170 et suiv.

(2) BRIÈLE. Ouvr. cité, t. I, p. 90.

(3) DEVAUX. Ouvr. cité, p. 661.

Rochefort, est désigné pour aller servir au 15e d'infanterie coloniale à Madagascar, en remplacement de M. le docteur Dufourcq, qui terminera prochainement sa période de séjour colonial.

M. le médecin de première classe Branellec, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le transport-hôpital le *Vinh-Long*, en complément d'effectif.

Commission d'hygiène industrielle. — MM. Heim et J.-V. Laborde (de Paris) sont nommés membres de la commission d'hygiène industrielle instituée auprès du ministère du commerce et de l'industrie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — JEUDI 31 JANVIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 31 JANVIER 1901. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — NOUVELLE ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE DES LÉSIONS ARTICULAIRES MYOPATHIQUES (*5 fig.*), par M. Henry DE GAULÉJAC, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Cas remarquable d'intolérance pour l'arsenic ; — *Chirurgie :* La cure radicale du cancer de l'utérus ; — Diagnostic du cancer latent de l'œsophage. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

NOUVELLE ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE
DES LÉSIONS ARTICULAIRES MYOPATHIQUES

Par M. Henry DE GAULÉJAC, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

On a toujours prétendu avec juste raison que les muscles étaient les véritables ligaments actifs d'une articulation.

La musculature péri-articulaire n'assure pas seulement aux grandes diarthroses cette mobilité extrême qui leur est propre et constitue leur première fonction physiologique, mais encore et surtout une résistance sinon plus forte que celle de l'appareil fibreux de contention, du moins plus efficace.

Cette action musculaire s'exerce d'une façon constante, aussi bien dans le repos que dans le mouvement. Elément vraiment noble de l'articulation, le muscle, qui est doué de la sensation de la résistance à vaincre ou de l'effort à produire, mesure toujours l'intensité de son action à l'intensité de la force exercée. Son élasticité, en augmentant sa résistance, annule le plus souvent ou diminue l'effet d'une force trop brusque ou trop longtemps mise en jeu ; sa tonicité assure aux surfaces articulaires au repos cet équilibre parfait qui, rendant uniforme sur toute leur étendue leur pression réciproque, prévient l'irritation et la déformation de leurs éléments anatomiques.

Ce sont là des données physiologiques que l'on ne saurait plus mettre en doute, mais dont on n'a pas assez tiré parti dans la pathologie articulaire, qui, en bien des points, reste aujourd'hui même fort obscure. On sait que les différents faisceaux contractiles, qui entourent une articulation, forment plusieurs systèmes de forces antagonistes dont la physiologie nous montre bien le rôle efficace et constant. Sur ces données, on a cherché à concevoir le mécanisme de certaines disjonctions articulaires spontanées, survenant au cours des amyotrophies, que celles-ci soient le résultat immédiat d'une infection articulaire primitive ou la conséquence inéluctable d'une myélite infantile.

Dans sa pathogénie des « luxations paralytiques », Reclus a mis en évidence cet antagonisme musculaire, nous montrant comment la tonicité d'un groupe de muscles privés de leurs antagonistes, était à elle seule susceptible de disloquer une articulation. N'a-t-on pas même voulu retrouver, dans la luxation congénitale de la hanche, une lésion d'origine musculaire survenue dans la période de la vie intra-utérine ou au cours d'une paralysie infantile passée inaperçue?

Mais toutes les théories que les auteurs ont pu édifier sur la pathogénie de ces troubles articulaires spontanés, ont donné naissance aux opinions les plus contradictoires, aux discussions les plus subtiles. On a prétendu aussi que toute luxation spontanée reposait toujours sur un état diathésique préalable, que la présence d'une arthrite était constante, que des modifications articulaires étaient indispensables dans la production de ces disjonctions osseuses. S'il est enfin des auteurs qui admettent encore la théorie « musculaire » de la luxation congénitale, bien plus nombreux sont ceux qui la réfutent avec preuves à l'appui de leur théorie.

Toutes ces contradictions semblent bien attester que les lésions articulaires d'origine musculaire sont encore fort mal connues tant dans leur pathogénie que dans leur anatomie pathologique. Ne serions-nous pas en droit de nous demander, sur de pareilles données, si la luxation myopathique, telle que l'a décrite Reclus, existe en réalité, ou si elle n'est que la manifestation lointaine d'un état infectieux des ligaments capsulaires, qu'aucun signe clinique n'aurait pu révéler, d'une diathèse spéciale qui, ramollissant tout d'abord les liens fibreux articulaires, en préparerait à la longue la défaillance.

Nous avons voulu, pour notre compte, nous éclairer un peu sur ce chapitre de physiologie articulaire pathologique, cherchant, de notre côté, s'il existait réellement, entre certains troubles articulaires et les amyotrophies, une relation directe de cause à effet. *L'atrophie de la musculature qui entoure une grande articulation est-elle susceptible de disjoindre les surfaces osseuses, sans qu'aucune inflammation subaiguë ou chronique en ait au préalable préparé la déchirure?* C'est le problème que nous nous sommes posé, et dont nous apportons aujourd'hui une solution nouvelle.

Pour établir, sur des bases bien nettes, cette existence de troubles articulaires myopathiques, nous avons voulu avant tout rechercher des preuves anatomo-pathologiques. Les autopsies nous manquant, nous nous sommes adressé à l'expérimentation. C'était le plus sûr moyen de bien étudier une fois pour toutes le rôle de la musculature péri-articulaire, de nous rendre compte des lésions que peuvent provo-

quer les troubles de cette musculature, sans nous égarer dans les hypothèses fantaisistes que certains auteurs ont osé soutenir.

Nos expériences nous ont coûté beaucoup de temps et beaucoup de soins. Nous avons dû les exécuter sur des animaux assez vigoureux pour résister à des myotomies ou à des résections nerveuses délicates, sur des sujets qu'il fût possible de surveiller de près et de garder à l'abri de toute infection articulaire.

Le lapin a été notre animal de choix; c'est sur lui que nous avons effectué nos résections musculaires, et grâce à une antisepsie rigoureusement observée, aussi bien au cours de nos interventions que durant les dix mois qui suivirent, nos opérés ne nous offrirent à aucun moment la moindre trace d'infection locale. Nous pûmes ainsi étudier à notre aise le rôle physiologique de la musculature péri-articulaire et suivre pas à pas les modifications qu'apportent, dans une articulation primitivement saine, les différents troubles de cette musculature.

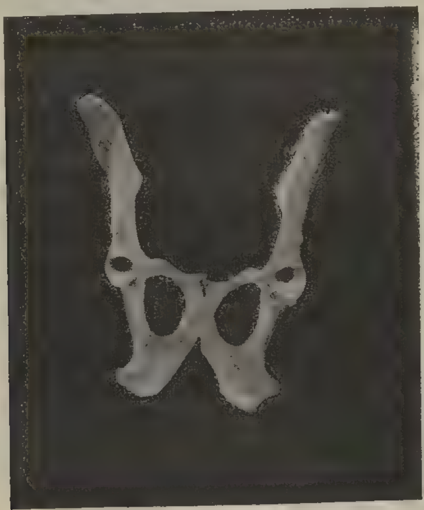


Fig. 1. — *Première étape des déformations osseuses.* — Simple évasement du cotyle. — Paralysie des muscles pelvi-trochantériens.

Les quatorze autopsies que nous possédons de nos sujets, ayant subi des myotomies totales ou partielles des muscles péri-articulaires, donnent quatorze luxations ou subluxations. Les lésions articulaires de la hanche principalement sont des plus curieuses. Nous avons pu y retrouver quatre types anatomo-pathologiques bien distincts qui nous donnent toutes les étapes de la lésion articulaire myopathique.

Chez les premiers lapins sacrifiés, nous n'avons observé qu'un simple évasement de la cavité articulaire de réception, évasement qui, dans certains cas, était assez considérable pour doubler les diamètres du cotyle articulaire du côté malade. Cet agrandissement ne portait en réalité que sur la surface articulaire recouverte de cartilage d'encroûtement, l'arrière-fond du cotyle au contraire était diminué de largeur et de profondeur. Mais ce que nous ne saurions assez mettre en évidence, c'est que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, le squelette avait subi, beaucoup plus que les parties molles, le contre-coup de la lésion musculaire primitive. La capsule articulaire, loin de s'être laissé distendre, comme on l'a toujours cru, s'était hypertrophiée, fortement épaissie, et cette hypergénèse fibreuse était d'autant plus prononcée que les lésions osseuses étaient plus considérables.

Chez les sujets que nous ne sacrifiâmes que plus tard, nous pûmes retrouver les mêmes lésions à un stade plus avancé. Toutes les parties molles péri-articulaires comme le squelette étaient atteintes. Les muscles réséqués n'existaient plus qu'à l'état de vestiges; leurs antagonistes s'étaient fortement rétractés et leur rétraction avait déjà déterminé chez eux un certain degré d'atrophie que manifestaient leur teinte décolorée, l'état anatomique même de leurs fibres, devenues le siège d'une hyperplasie inodulaire assez intense. La capsule articulaire, toujours considérablement augmentée de volume, retenait encore au niveau du cotyle la tête fémorale. La cavité cotyloïdienne était manifestement déformée. Non seulement on y remarquait l'évasement dont nous parlions tout à l'heure, mais on était surtout frappé par l'épaississement notable de ses rebords qu'une ostéite condensante avait renforcés et déformés. La tête du fémur étant aplatie en tampon, supportée par un col filiforme, dominée par un trochanter aux bords irréguliers, finement dentelés, chagrinés sur toute leur étendue.



Fig. 2. — *Deuxième étape.* — Évasement et déformations du cotyle. Début de l'ostéite condensante. — Surélévation des rebords du cotyle, fortement épaissis.

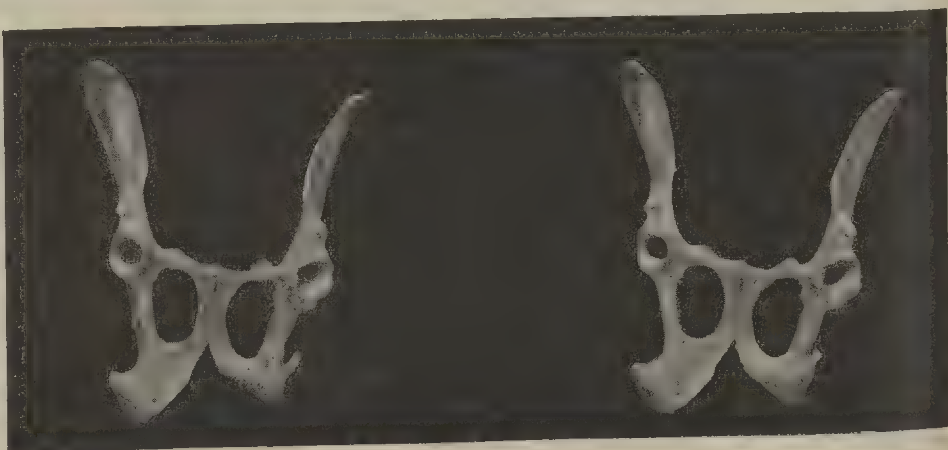


Fig. 3. — *Troisième étape.* — Déformation considérable de la cavité articulaire. Commencement de disparition du cotyle. Éversion de l'ischion. — Surélévation des rebords du cotyle.

Dans un troisième type, l'épaississement des rebords du cotyle était si considérable que le poids de l'os coxal du côté malade offrait une augmentation de 80 milligrammes. La rétraction des muscles respectés au cours de l'intervention était telle qu'elle avait déformé tout l'os coxal, dont l'ischion, obéissant à la traction constante des antagonistes, s'était entièrement éversé à angle droit sur l'axe longitudinal du corps de l'os.

Au dernier stade enfin de la lésion, celui que nous avons retrouvé chez nos lapins le plus âgés, il ne restait plus trace de cavité articulaire. A la place du cotyle l'ostéite avait substitué un massif osseux, surélevé au-dessus de la surface de l'os de toute la hauteur de l'ancien sourcil cotyloïdien dont le versant limitait toujours cette éminence osseuse néoformée. La tête du fémur extrêmement aplatie s'appuyait sur ce plateau, maintenu toujours par une capsule articulaire décuplée de volume et d'étendue.

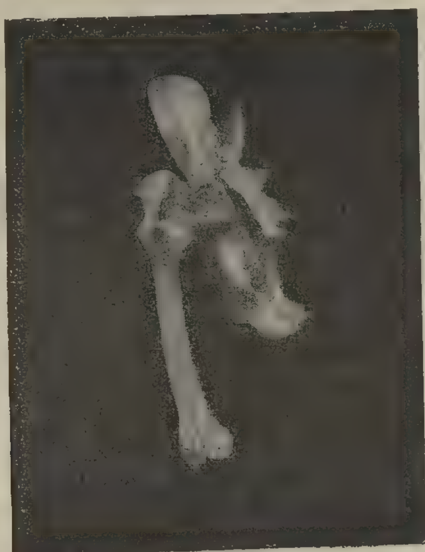


Fig. 4. — *Quatrième étape.* — Dernier stade. — Disparition complète de la cavité articulaire. Capsule et ligaments décuplés de volume.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons cherché à reproduire une paralysie flasque de la musculature péri-articulaire; à cet effet, la résection de tous les filets nerveux se distribuant aux différents groupes musculaires antagonistes, nous donna au bout de quelque temps, le résultat désiré. Le membre opéré devint après quelques mois absolument flasque, et sous les téguments il était facile de sentir les surfaces articulaires, qu'on luxait à volonté tant la distension des ligaments était extrême.

Chez tous les sujets de cette dernière série nous n'avons constaté qu'une simple distension de la capsule et des ligaments articulaires. Nous n'avons jamais trouvé de lésions du squelette. Les troubles musculaires n'avaient retenti que sur les parties molles de l'articulation.

Sur ces nouvelles données expérimentales, il nous est facile de retrouver maintenant la pathogénie véritable des luxations myopathiques. Sans rien accorder à l'hypothèse, il nous suffit de voir, d'analyser rapidement ces quelques lésions anatomo-pathologiques pour éclairer d'un jour nouveau ces dislocations articulaires spontanées, dont on n'ignorait pas l'existence, mais sur lesquelles on n'avait encore que des idées très confuses.

Nous venons de voir dans ce résumé, fort rapide de nos expériences, qu'il était nécessaire de distinguer avant tout la paralysie flasque totale, et la paralysie partielle, avec rétractions musculaires.

Quand l'atrophie a respecté un ou plusieurs groupes antagonistes, ce sont ces derniers qui seuls, par effet de leur tonicité et plus tard aussi par celui de leur rétraction, provoquent les lésions fort curieuses que nous avons rapportées. Nous avons bien fait remarquer que, dans ce cas, la tête fémorale se déplaçait seulement dans le cotyle, sous l'action de la tonicité des muscles encore sains, et c'est ce déplacement intra-cotyloïdien de l'extrémité articulaire du fémur, qui suscitait cette réaction intense de la part du squelette et de la capsule, celle-ci s'hypertrophiant, celui-là se renforçant de nouveaux éléments osseux.

On sait, en effet, que les ligaments capsulaires sont très peu extensibles. Formés de tissus rigides, ils ne peuvent s'étendre que par une augmentation du nombre de leurs éléments. Or l'irritation traumatique continue qui chez ces derniers n'est que le résultat du déplacement des surfaces articulaires, mal soutenues par des muscles dégénérés, doit fatalement aboutir à une suractivité nutritive; leur distension n'est plus le résultat mécaniquement explicable d'une élongation passive, mais la conséquence naturelle d'une prolifération active du tissu fibreux. A leur tour les éléments secondaires de l'articulation, qui ne sont que l'*ultimum movens* de celle-ci, éprouvent le contre-coup de la lésion musculaire primitive; ils s'enflamment pour leur propre compte, étant eux-mêmes largement irrigués et largement innervés; comme les éléments nobles, ils sont le siège d'échanges organiques actifs, et partant aptes à toutes inflammations primitives (Robin).



Fig. 5. — Déformations du fémur gauche, consécutives aux lésions musculaires.

De leur côté, les parties osseuses ne restaient pas indifférentes à ces modifications dans la statique articulaire. Les tiraillements que la capsule extrêmement tendue exerçait sur toute la zone périostique qui entoure en collerette le cotyle coxal, les pressions constantes, sur un point toujours fixe de la surface articulaire, que rendait inévitable le déplacement de la tête fémorale, provoquèrent cette prolifération intense des éléments osseux, cette ostéite condensante au début, qui déformant le cotyle arrivait au dernier stade de la lésion à combler la cavité articulaire.

On voit donc toute la part importante qu'il faut faire à la rétraction des muscles antagonistes dans l'évolution de ces lésions articulaires où l'atrophie partielle de la musculature est le fait primitif.

Tout autre, en effet, est la pathogénie des désordres arti-

culaires qui peuvent survenir au cours des amyotrophies flasques totales. Dans ce cas, c'est une élongation simplement passive des parties molles de l'articulation que l'on observe : les surfaces osseuses s'abandonnent progressivement sans que le squelette réagisse.

Telle est pour nous la véritable pathogénie des troubles articulaires qui surviennent au cours des amyotrophies, d'origine spinale. Nous sommes d'autant plus convaincus de la vérité des faits que nous apportons, que nous n'avons rien accordé à l'hypothèse, que nous avons simplement constaté des données anatomo-pathologiques. Les lésions articulaires, dont nos photogravures montrent bien les étapes, offrent un caractère qui leur est propre, et les distinguent totalement de toutes les autres lésions osseuses que l'on observe dans les luxations pathologiques ou traumatiques. Cet épaississement considérable de la capsule et des ligaments, ces déformations particulières de la cavité articulaire de réception, ne sauraient faire penser à des phénomènes inflammatoires ordinaires tels qu'on en observe dans les différentes infections articulaires. La lésion musculaire primitive provoque une réaction intense de la part de tous les éléments anatomiques de l'article intéressé, et cette ostéo-arthrite aseptique ne ressemble en rien, ni dans sa forme, ni dans son évolution, à celle que l'on retrouve dans les luxations pathologiques banales.

Mais on va maintenant nous poser une objection. Avons-nous bien le droit, sur ces données expérimentales, de conclure si vite de l'animal à l'homme? Les lois de la statistique sont-elles exactement les mêmes chez l'un et chez l'autre? Quelles preuves cliniques pouvons-nous apporter aujourd'hui à l'appui de notre nouvelle pathogénie?

C'est l'objection que nous nous sommes nous-même posée, lorsque, à la suite de nos recherches, nous avons essayé de retrouver, chez de jeunes enfants paralytiques, des lésions identiques ou tout au moins comparables à celles que nous avaient offertes nos sujets d'expérience.

De tous les petits enfants paralytiques que nous avons observés, pendant le cours des années 1899 et 1900, aucun ne nous offrit des signes cliniques manifestes des lésions articulaires que nous étions cependant en droit d'espérer retrouver chez nos malades. Nous remarquions bien souvent que certains mouvements de l'articulation étaient diminués d'étendue, parfois même douloureux, que des rétractions musculaires provoquaient des déformations des membres et gardaient ceux-ci en position vicieuse, mais rien ne put jamais nous révéler cliniquement l'existence d'un désordre articulaire, d'une ostéo-arthrite quelconque.

L'idée nous vint un jour de soumettre aux rayons X tous les sujets paralytiques qui jusque-là ne nous avaient présenté aucun signe capable d'attirer notre attention du côté des articulations. Notre attente ne fut par cette fois trompée, puisque chez tous nos petits malades nous avons constaté à la radiographie des déformations osseuses, rappelant les lésions que nous avions observées chez nos animaux.

Dans tous les cas, nous avons vue des épiphyses osseuses déformées, des têtes fémorales manifestement aplaties, supportées par un col atrophié. Le point osseux épiphysaire était toujours plus ou moins éloigné du fond de la cavité cotyloïde, que la tête fémorale tendait de plus en plus à déserter. Parfois, celle-ci regardait directement en avant ou en arrière, maintenue dans sa situation vicieuse par les muscles rétractés; l'épreuve radiographique nous montrait alors le point osseux de la tête fémorale, toujours au niveau du cotyle, mais situé au-dessus de la diaphyse comme un point sur un *i*. Toujours aussi, la cavité articulaire était déformée, et ses déformations consistaient le plus souvent dans un évasement de la surface articulaire, l'épaississement et surtout la surélévavation du rebord du cotyle.

Si toutefois les lésions observées chez l'enfant ne parviennent pas à cette évolution ultime que nous ont montrée nos expériences, nous nous croyons bien en droit de penser qu'elles sont identiques du moins dans leurs formes.

La différence qui existe, n'est en somme qu'une différence de degré et celle-ci ne tient pas tant, nous en restons convaincu, à des lois de statique particulières qu'aux seules conditions dans lesquelles se trouvent placés nos petits paralytiques, gardés le plus souvent au lit, et marchant à peine.

Chez ces derniers, l'action de la pesanteur se fait bien moins sentir, l'action musculaire elle-même retentit peu sur une articulation privée de son équilibre, il est vrai, mais presque continuellement au repos.

Nos expériences sur des animaux trouvent donc toute leur application en pathologie humaine; sans exagérer leur portée, nous nous croyons autorisé à penser qu'on pourra dans la suite s'inspirer de ces quelques données, pour éclairer d'un jour nouveau certains chapitres bien obscurs de la pathologie articulaire, pour établir surtout un traitement plus efficace des troubles articulaires myopathiques.

Nous avons pu nous-même en retirer déjà de grands avantages dans le diagnostic différentiel des luxations pathologiques, et particulièrement des luxations congénitales, qu'on a si longtemps confondues, et que certains auteurs confondent encore avec les luxations paralytiques.

Dans tous les cas, nous posons aujourd'hui comme conclusions fermes :

1° Que, si la luxation paralytique proprement dite est très rare, on rencontre fréquemment dans les amyotrophies des déplacements plus ou moins marqués des surfaces articulaires, auxquels on pourrait donner le nom de « subluxations paralytiques ».

2° Dans les amyotrophies généralisées et les paralysies flasques, il n'y a jamais d'altérations osseuses; le déplacement est rendu possible par l'élongation passive des ligaments et des tissus péri-articulaires ; la pesanteur en est l'agent principal.

Dans les paralysies partielles au contraire, avec rétraction des muscles antagonistes, il se produit sous l'influence de la traction persistante de certains groupes musculaires des déformations du squelette, dont nos expériences montrent bien les étapes. Les surfaces articulaires de réception s'évasent, tandis que leur profondeur diminue parfois jusqu'à l'effacement complet.

Dans cette seconde variété de beaucoup la plus fréquente, au lieu de l'amincissement de la capsule, qui aurait toujours été considéré jusqu'ici comme la cause des déplacements, on observe un épaississement capsulaire important, et la subluxation paraît bien due avant tout aux déformations osseuses.

3° Les troubles articulaires myopathiques constituent donc encore, au point de vue anatomo-pathologique, une entité bien définie, et totalement distincte des autres lésions articulaires, en particulier des luxations pathologiques banales et de la luxation congénitale.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(29 JANVIER 1901)

L'Académie, à l'unanimité de ses suffrages, moins trois bulletins blancs, a élu M. Jaccoud secrétaire perpétuel. Cela nous a valu un de ces discours pleins de charme dont, seul, M. Jaccoud a le secret. Expression de gratitude, joie bien douce causée par l'unanimité des voix, souvenir ému à son prédécesseur, sentiment très juste de l'importance de la fonction, promesse de la remplir, jusqu'à la fin de ses jours, avec tout le zèle et tout le dévouement possibles, tout cela a été dit avec un bonheur d'expression, une grâce, une éloquence qui ont enlevé les applaudissements de l'assemblée tout entière, assemblée que nous n'avons jamais vue aussi nombreuse.

L'Académie reprend ensuite le cours de ses travaux : le rapport de M. Guéniot sur les **injections intra-médullaires de cocaïne en obstétrique**, devient le point de départ d'une discussion importante. La question s'élargit et c'est de l'emploi général de cette méthode qu'il s'agit.

M. Porak a eu recours dix fois à cette méthode chez des parturientes. Il s'est servi de la solution au centième et n'a pas dépassé 1cg 1/2 à 2 centigrammes de cocaïne. L'opération lui a semblé difficile, surtout chez les femmes grasses. Il a échoué quatre fois.

Dans les cas où il a pénétré dans le canal médullaire, les résultats ont été remarquables. Dès la septième minute, l'analgésie des membres inférieurs était obtenue; deux fois elle s'est élevée jusqu'au cou. Dans ces conditions, il a pratiqué cinq interventions obstétricales et a constaté la persistance de l'anesthésie pendant plus de trois quarts d'heure.

M. Porak a eu recours à ce moyen dans un accouchement normal, où la femme souffrait beaucoup; il l'a fait pour vérifier si la solution de cocaïne stérilisée à 120 degrés conservait ses propriétés anesthésiantes; les douleurs cessèrent immédiatement. Au bout de trente-cinq minutes la femme avait conscience des douleurs; au bout d'une heure et demie la sensibilité était revenue. Il n'a pas observé que le travail ait été accéléré; si on avait voulu faire accoucher cette femme sans douleur, il eût fallu recommencer plusieurs fois les injections cocaïniques.

M. Porak n'a constaté, après ces injections, que de légers malaises, quelques nausées. Une fois le mal de tête a persisté jusqu'au lendemain.

En somme, les injections cocaïniques lombaires sont indiquées dans les opérations obstétricales, mais non dans l'accouchement normal.

M. Reclus, qu'on pourrait presque appeler le père de la cocaïne, au point de vue de son emploi en chirurgie, fait observer que beaucoup d'auteurs accusent des accidents d'infection dus à leur solution de cocaïne. Rien n'est plus facile cependant, dit-il, que d'employer des solutions stérilisées.

Enfin, M. Tuffier, par un heureux hasard, était inscrit pour donner lecture d'un grand travail sur l'analgésie chirurgicale, par voie rachidienne. Nous ferons connaître les conclusions de ce travail.

Au début de la séance, M. Pinard, à propos du procès-verbal, a demandé la parole pour protester énergiquement contre les conclusions tirées par M. Laborde du fait du **rappel à la vie d'un enfant nouveau-né par les tractions de la langue**, qu'il a communiqué dans la dernière séance.

Dans la plupart de ces cas, dit M. Pinard, les voies respiratoires sont encombrées et même obstruées par du mucus. Les tractions rythmées de la langue ne peuvent rien tant que ces voies ne sont pas désobstruées, et le tube laryngien seul permet cette désobstruction. M. Pinard reproche donc sévèrement, à l'auteur de l'observation, de n'avoir pas eu, dans sa trousse, un tube laryngien. Pour un peu, il l'aurait même blâmé d'avoir eu recours aux tractions rythmées de la langue. Nous trouvons le reproche de M. Pinard, en effet, un peu sévère, car enfin l'enfant, dans ce cas, a été sauvé par la méthode de M. Laborde; cela est incontestable. Donc cette méthode a du bon.

Quoi qu'il en soit, M. Pinard étant un maître dont on doit suivre les conseils, nous engageons vivement nos confrères à ne jamais s'embarquer pour un accouchement, sans se munir du tube laryngien si cher à nos maîtres en obstétrique; mais nous les engageons vivement aussi à ne pas oublier, le cas échéant, la méthode de M. Laborde.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Cas remarquable d'intolérance pour l'arsenic. — M. Katchkatchev publie une observation intéressante au point de vue pratique, car elle prouve avec quelle prudence il faut parfois manier ce médicament et qu'en tout cas on ne doit jamais commencer son administration par des doses élevées.

Un étudiant, atteint de malaria, avait commencé à prendre, sur le conseil du médecin, de la liqueur de Fowler, en commençant par la dose de *deux gouttes*. Trois heures après la première ingestion de cette dose, il présenta tous les symptômes classiques de l'empoisonnement aigu par l'arsenic : nausées, vomissements, diarrhée muqueuse et sanguinolente, ténesme, entéralgies violentes, contractions fibrillaires dans les muscles des mollets; le soir survint une toux spasmodique et la parésie des extrémités. Ces troubles cessèrent le lendemain matin. Ne soupçonnant pas l'action possible de l'arsenic, M. X... prit de nouveau, à son repas, trois gouttes de liqueur de Fowler; une heure après tous les troubles reprirent avec une violence telle qu'on fut obligé de recourir aux antidotes. (*Ejenedelnik*, 1900, n° 41.)

S. B.

CHIRURGIE

La cure radicale du cancer de l'utérus. — Le professeur E. Wertheim a fait récemment, à la Société des médecins de Vienne, un exposé magistral de la question des opérations radicales dans le cancer de l'utérus; il s'y est fait l'écho d'un mouvement qui tend à assimiler la chirurgie du cancer de l'utérus à celle de la même affection dans d'autres régions. Les partisans de la méthode préconisée ne se contentent pas de l'extirpation de l'organe malade, ils se préoccupent du voisinage et font l'ablation des ganglions ou du tissu conjonctif voisin, dans lequel peuvent exister des traînées lymphatiques.

La conséquence de ce nouveau mode de procéder serait l'abandon de l'hystérectomie vaginale, qui ne permet pas l'extirpation complète en question, et le retour à la laparotomie dans tous les cas de cancer de l'utérus.

Wertheim rappelle que les examens histologiques de Mackenrodt, Seelig, Léopold, avaient depuis longtemps montré que le parametrium était déjà envahi dans des cas où le cancer paraissait à son début, et bien que la démonstration de l'envahissement ne pût être faite tant que l'hysté-

rectomie vaginale serait en honneur, un mouvement à la tête duquel il faut placer Ricard en France, Jacobs en Belgique, Ries, Clark, Pryor en Amérique, Freund, Rumpf, Küstner et König en Allemagne, s'est créé en faveur de l'extirpation large, comprenant utérus, parametrium et ganglions.

Wertheim, depuis deux ans, s'est rattaché à ce mouvement et, systématiquement, il a pratiqué, dans 33 cas, le curetage complet du petit bassin, qui consiste à disséquer les uretères, la vessie et les gros vaisseaux pour enlever tout ce qui peut être envahi.

Dans ces conditions, il a pu faire pratiquer l'examen histologique des ganglions enlevés et les docteurs Rapaport et Kundrat, chargés de les examiner, ont pu s'assurer que, dans 11 des 33 cas, les ganglions de la région étaient envahis quelquefois au niveau de la région iliaque; or, sur ces 11 cas, il y avait 10 cas de cancer du col, dont 5 seulement assez avancés et 2 des 5 autres tout à fait au début.

Ces constatations sont de nature à justifier la pratique de l'intervention large.

La mortalité opératoire de Wertheim est assez élevée : 11 cas de mort sur 33 malades opérés; mais il fait remarquer que, sur les 11 malades ayant succombé aux suites de l'opération, 8 avaient un mauvais état général, un cœur défaillant; le choc opératoire d'une intervention aussi large étant plus considérable que celui d'une hystérectomie vaginale, il n'est pas étonnant qu'elles n'aient pu résister, d'autant que mon expérience de l'opération, ajoute Wertheim, était encore insuffisante au début et que je mettais deux heures et demie à trois heures à parfaire l'opération, alors que je suis arrivé à la pratiquer en une heure un quart ou une heure et demie.

Dans l'impossibilité où l'on est de diagnostiquer cliniquement l'envahissement des ganglions iliaques, par exemple, au début de leur envahissement, Wertheim conseille de tenir compte, à côté de l'examen local, des forces de la malade et de l'état du cœur. L'ensemble des constatations est-il favorable à l'intervention? Wertheim conseille encore de s'en tenir à une simple laparotomie exploratrice si, à l'ouverture du ventre, on constate que la vessie ou l'uretère sont envahis ou que les vaisseaux sont profondément encastrés de ganglions cancéreux; tout au plus, peut-on faire, en pareil cas, une opération palliative en extirpant l'utérus. Aucun des 17 cas opérés avec succès par Wertheim n'a récidivé; il est vrai que ces opérations sont récentes (moins de deux ans). (*Wien. klin. Woch.*, 1900, n° 48, p. 1101.)

P. V.

Diagnostic du cancer latent de l'œsophage. — M. C. Höldmoser, assistant de M. V. Schrötter, a eu l'occasion d'observer deux cas de cancer de l'œsophage d'un diagnostic difficile, dont il a pu faire l'autopsie; à ce propos, il passe en revue les différents symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, en pareil cas. Chez les deux malades observés par l'auteur, il n'existait aucun trouble de la déglutition, si bien qu'on n'avait même pas l'idée de passer la sonde œsophagienne; seule, une paralysie d'un des récurrents, avait éveillé les soupçons. Dans le premier cas, elle était jointe à une induration et à un engorgement des ganglions sus-claviculaires droits (la paralysie siégeait à gauche); dans l'autre cas, à la paralysie du récurrent droit se joignait une paralysie de l'hypoglosse gauche.

L'importance de la paralysie récurrentielle, en l'absence du signe cardinal du cancer de l'œsophage, est donc capitale pour son diagnostic; elle peut en être le premier signe; les deux nerfs peuvent être pris.

Il faut cependant se rappeler que des foyers métastatiques de cancers peuvent, comme le cancer de l'œsophage, déterminer, par leur présence au cou et dans le médiastin, des paralysies du récurrent.

La constatation d'engorgements ganglionnaires peut aussi rendre des services dans les cas douteux.

S'il n'existe pas de troubles de la déglutition, le sondage ne donnera pas grands renseignements, l'œsophagoscopie pourra alors rendre de réels services.

Cette ressource ne pourra, pas plus que le sondage, être utilisée dans certains cas compliqués où l'emploi de ces procédés d'exploration pourrait être dangereux pour le malade. (*Wien. klin. Woch.*, 1900, n° 44, p. 1010.) P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Par décret, en date du 28 janvier 1901, il est créé : 1° une chaire de clinique gynécologique; 2° une chaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants (fondation de la ville de Paris).

Écoles de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1901, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — MM. de Crésantignes (de Paris) et Legludic (d'Angers) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Marine. — M. le docteur Béraud, qui provient des troupes de la Martinique, est affecté au port de Brest.

— M. le médecin principal Ambiel, du cadre de Toulon, a été nommé pour cinq ans à compter du 1er février prochain aux fonctions de professeur de chirurgie militaire et navale, à l'École d'application des médecins stagiaires, en remplacement de M. le docteur Coquiard, arrivé au terme de la période d'enseignement.

— M. le médecin de première classe Béraudren a été nommé pour cinq ans, à compter du 1er février prochain, à l'emploi de professeur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Brest, en remplacement de M. le docteur Chovet, décédé.

— M. le médecin de deuxième classe Guilland, du cadre de Cherbourg, ayant terminé une année de présence dans l'emploi sédentaire d'aide-major au 2e d'infanterie colonial, est réintégré au service général et prendra rang sur la liste d'embarquement à compter de ce jour.

En prévision d'une désignation très prochaine à la mer, M. le docteur Guilland est maintenu provisoirement en service à Brest.

— M. le médecin de première classe Lecœur, du cadre de Cherbourg, est désigné pour servir aux troupes de la 1re brigade coloniale, en remplacement numérique de M. le docteur Pichez.

Société de chirurgie. — La séance annuelle, qui a lieu aujourd'hui mercredi 30 janvier, comportait un discours de M. G. Richelot, président; le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1900, par M. Jalaguier, secrétaire annuel; l'éloge de A. Després, par M. Paul Segond, secrétaire général, et la proclamation de prix décernés par la Société.

Nos lecteurs trouveront dans notre prochain numéro l'éloge de A. Després et le compte rendu de la séance.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 27 janvier, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des conférences; il les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 2 FEVRIER 1901. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. *Séance annuelle :* Éloge d'Armand DESPRÉS, par M. Paul SEGOND, secrétaire général; — *Séance du 23 janvier.* — VARIÉTÉS. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du XVe au XIXe siècle, par M. le docteur A. CORLIEU, bibliothécaire honoraire à la Faculté de médecine de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle.

La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu avant-hier mercredi 30 janvier. Après un discours très applaudi de M. Richelot, président, M. Jalaguier, secrétaire annuel, a rendu compte des travaux de la Société pendant l'année 1900; puis M. Paul Segond, secrétaire général, a prononcé l'éloge de A. Després.

ARMAND DESPRÉS

(13 AVRIL 1834 — 27 JUILLET 1896)

Par M. Paul SEGOND.
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Messieurs,

Ceux d'entre nous qui ont eu le privilège de connaître A. Després, de causer avec lui et surtout de l'entendre apporter à nos discussions la verve et l'entrain dont il détenait si bien le secret, ont sûrement gardé le souvenir de cette figure, si originale et si parisienne, avec autant de précision qu'à la veille du jour où nous l'avons si cruellement perdu. Després avait, en effet, une physionomie et une manière d'être qui le gardaient de tout oubli possible et jamais habitus extérieur ne fut en plus parfaite harmonie avec les tendances ou les particularités intimes d'un caractère.

Petit de taille, alerte et remuant, il avait bien l'allure de l'homme actif, adroit, et quelque peu sportif qu'il a toujours été. Mais ce qui frappait en lui, le plus et tout de suite, c'était la malicieuse expression de son regard et de ses traits. Avait-il, oui ou non, la physionomie du rat, comme il se plaisait à le dire? (Peut-être pour avoir un droit de représailles qui lui permît de comparer quelques-uns de ses contemporains à des animaux de moindre intellectualité, tels que le dindon, le brochet ou l'âne porteur de reliques.) Je n'oserais pas me prononcer à cet égard, mais le fait bien certain, c'est qu'on ne pouvait imaginer figure plus finement spirituelle. Son visage anguleux, dont l'ovale allongé se perdait en bas dans une barbiche grisonnante et tourmentée, ses joues glabres aux saillantes pommettes, ses moustaches fines, un peu ternies par l'éternelle cigarette qui ne quittait jamais ses lèvres, son front tout éclairé d'intelligence, enfin ses yeux pétillants d'esprit, tous ces détails réunis formaient en vérité l'ensemble le plus saisissant et le plus révélateur.

Cela est tellement vrai, qu'à cette heure et pour ceux-là même qui ne l'ont point approché, il suffit de regarder l'un des portraits que nous avons de lui, pour avoir aussitôt l'équation de ses aptitudes et de sa mentalité. Les physionomistes les moins entendus ne s'y tromperaient pas. A cet égard, la toile si vivante que nous devons au pinceau de Franzini d'Issoncourt, et que chacun peut admirer à la Charité, dans le service même du maître, est particulièrement saisissante. La pose générale, l'expression du visage, la couleur, l'attitude de la tête et notamment de la main, dont l'index tendu semble en quête de quelque toucher explorateur, tout y est parfait. Il semble que Després va parler, critiquer ou contredire. Aujourd'hui comme autrefois, on peut donc le répéter, il suffit de regarder Després pour deviner les dominantes de son esprit, trouver ainsi la cause et l'excuse de ses bizarreries et se convaincre, en définitive, de tout ce qu'il y avait en lui d'intelligence et de bonté. N'est-ce point dire combien cette belle peinture est consolante et précieuse pour tous ceux qui ont, avec nous, le souci de voir se conserver toujours équitable et juste le souvenir du maître qui a si noblement tenu son rang, et que je vais m'efforcer de faire un instant revivre devant vous?

Parisien de Paris, Armand-Eugène Després naquit, le 13 avril 1834, dans une modeste maison du quartier Sainte-Geneviève, rue des Fossés-Saint-Jacques. Sa première enfance fut attristée par la gêne qui régnait au foyer. Son père et sa mère peinaient déjà beaucoup pour élever deux enfants, un fils et une fille, et la joie d'en avoir un troisième fut certainement assombrie par les appréhensions d'une charge nouvelle. D'autant que le nouveau venu, malingre et chétif, allait exiger des soins très particuliers. De bonnes voisines, fort expertes en la matière, assuraient même qu'il ne vivrait pas. Par bonheur, le jeune Armand avait sans doute une bonne étoile et, malgré les doctes voisines, il grandit et se fortifia. Il se fit même remarquer très vite par la vivacité de son intelligence.

Jusqu'à dix ans ses études furent, naturellement, sans direction et c'est, paraît-il, à sa passion des images qu'il dut la précocité de ses premières connaissances. Une Bible qu'il allait, à tout instant, feuilleter chez une amie de sa

mère, le captivait particulièrement. Certain *Magasin pittoresque*, dont il avait la libre disposition, l'intéressait aussi beaucoup. Ce furent là ses deux premiers maîtres et ses uniques distractions d'enfant. Un peu plus tard, son goût pour les images ne perdant rien de son intensité, il trouva dans la bibliothèque paternelle de quoi le satisfaire et bientôt il préféra de beaucoup l'ostéologie aux versets de la Bible, et les planches anatomiques aux images du *Magasin pittoresque*.

C'est ainsi qu'il eut, tout jeune, une connaissance curieuse du squelette. Son père, Denis Després, alors interne des hôpitaux, ne pouvait manquer de s'en réjouir. Fier de son jeune et précoce ostéologiste, il l'emmenait avec lui dans une école, dite auxiliaire, dont il était professeur, et lui confiait souvent le soin de faire la leçon. Les grands élèves s'en amusaient beaucoup, et l'enfant s'y faisait, chaque fois, plus solide anatomiste.

Mais tout cela n'était pas encore de l'éducation vraie. Quelques amis de la maison s'en émurent et, grâce à leur intervention, l'enfant fut admis, comme boursier, à la pension Pataud. L'année suivante, son père, devenu chirurgien des hôpitaux, eut la possibilité de mieux faire encore. Armand Després entra comme externe au collège Henri IV et termina là ses humanités.

Puis, vinrent les études médicales proprement dites. Son goût d'enfant pour les images d'ostéologie l'y prédestinait assurément et, devenu jeune homme, l'intimité qui l'unissait à son père, l'intérêt qu'il prenait à l'entendre causer avec ses élèves et surtout avec des amis, comme Richet et Nélaton, ne pouvaient qu'affirmer ses tendances premières. D'autre part, il avait vu de trop près les difficultés matérielles de la vie pour ignorer qu'en ce bas monde on ne peut compter que sur soi-même. Il se mit donc résolument à l'œuvre et se faisait nommer interne des hôpitaux à vingt-trois ans.

Désormais, le jeune interne ne coûta plus rien à personne. Sans jamais prendre une heure de loisir, il ne quittait son labeur d'étudiant que pour donner des leçons ou faire les thèses de camarades plus fortunés que lui. Il écrivit même des articles d'almanach. Bref, il fit comme tant d'autres, il gagna laborieusement sa vie et le résultat, hélas! ne fut pas toujours proportionnel à ses efforts. Plus d'une fois, Després se plaisait à le raconter, il dut gagner le repas du soir avec une simple tasse de café pour tout acompte, et pourtant ce repas unique ne lui coûtait que quinze sols.

Mais tout cela n'était rien encore, la mort de son père, alors chirurgien de Bicêtre, devait en effet le laisser bientôt seul en face d'une situation très embarrassée et d'autant plus difficile que, si les créanciers s'étaient faits très nombreux, les amis secourables comme le furent toujours Richet et Nélaton n'avaient pas suivi du tout la même progression. Després ne perdit pas courage pour cela. Redoublant de travail et d'activité, il résolut de payer intégralelement et lui-même les créances de son père et, non content de cette première décision, il supplia sa mère de renoncer à la pension que lui servait une association médicale, pour vivre avec lui et par lui. De si vaillants efforts ne pouvaient rester stériles et bientôt se réalisèrent tous les rêves caressés. Le passé se régularisa. Després put entourer sa mère au gré de ses tendresses, à trente ans il était, au premier concours, nommé chirurgien des hôpitaux et, à trente-deux ans, il obtenait le titre d'agrégé.

Là s'arrêtent les succès. Després ne connut ni la robe toute rouge, ni l'habit aux palmes violettes, et les raisons qui le privèrent ainsi des investitures suprêmes sont la trop directe conséquence de son caractère pour beaucoup surprendre. Le titre de chirurgien suffisait du reste à toutes ses aspirations en lui donnant à la fois le moyen d'assurer le bonheur de tous les siens et de satisfaire aussi bien ses aptitudes professionnelles que son goût pour l'enseignement. Successivement chirurgien de Lourcine, de Cochin et de la Charité, adoré de sa femme et de ses enfants, entouré d'amis et de disciples dévoués, il parcourut donc, sans autres ambitions, les étapes successives de sa carrière, heureux des joies de son foyer et fier d'avoir, comme il aimait tant à le dire, conquis à lui seul « tout ce qu'on peut gagner à la force du poignet ».

Quant aux heures difficiles du passé, il en avait oublié l'amertume pour n'en retenir que les leçons. Leçons parfois cruelles et mauvaises conseillères, mais qui, pour les cœurs haut placés comme le sien, ne sont jamais autre chose que la meilleure école où se puisse apprendre la loyauté, le souci des droits d'autrui et le respect de soi-même.

Durant cette deuxième phase de l'existence de Després, la guerre de 1870 d'abord, et la politique ensuite devaient toutefois donner, pour un temps, une orientation nouvelle à son activité comme à son besoin de dévouement.

Lorsque vint la terrible année, Després s'était uni, depuis quelques mois à peine à la compagne remarquable et bonne qui devait faire l'honneur et la joie de toute sa vie. Il partit néanmoins à la tête de la septième ambulance. Infatigable autant que résolu, dévoué à l'excès, il suivit nos armées à Sedan, à Thionville, à Metz, puis à Beaugency. A Baume-la-Rolande, il gagna la croix pour avoir empêché l'ennemi de s'emparer de nos blessés et, partout ailleurs, il se montra vraiment admirable d'abnégation et de dévouement. Il ne fit là que son devoir, c'est vrai. Français jusqu'aux moelles, patriote ardent qu'il était, ce devoir s'imposait à lui comme très élémentaire, mais il mit à le remplir tant de courageuse ardeur, que cette belle page de sa vie ne mérite pas moins d'être saluée au passage.

Quant à la politique, c'est quelques années après qu'il en ressentit les premières atteintes. Son goût pour le paradoxe et les polémiques ardentes le prédisposait sans doute à s'engager, ne fût-ce qu'un instant, dans cette voie particulière, mais il est équitable de rappeler que, pour lui, comme pour quelques autres, la cause déterminante de cette vocation passagère fut, à la fois, une pensée de justice et le désir de combattre un bon combat.

Ce fut, en effet, sur la question du renvoi des sœurs et de la laïcisation des hôpitaux qu'il se fit nommer conseiller municipal d'abord, et, plus tard en 1889, député avec une majorité de 8997 voix. Je ne me risquerai pas à refaire ni même à juger l'histoire de cette réforme. Je tiens seulement à faire remarquer deux choses :

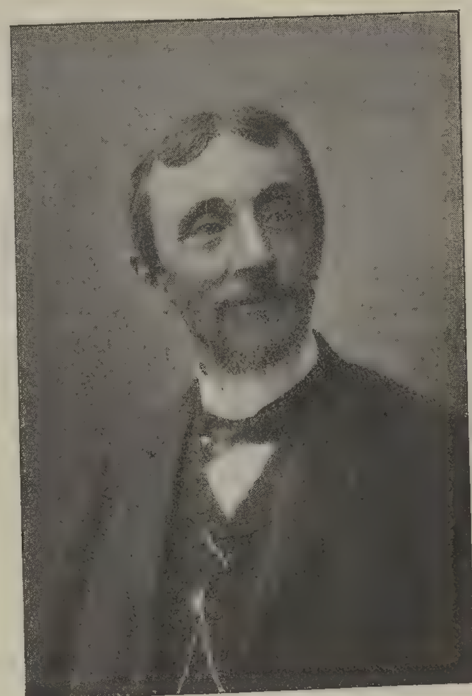
La première, c'est que la conduite de Després, dans cette circonstance, fait autant d'honneur à sa droiture qu'à sa perspicacité. Honneur à sa droiture, parce qu'il eut la franchise de montrer, par d'irréfutables arguments, qu'en cette affaire, il eût été plus juste, plus simple et plus économique de perfectionner et d'instruire, que d'expulser. Honneur à sa perspicacité, parce qu'il sut mettre à jour le but et le plan véritables des premiers instigateurs de la réforme, parce qu'il eut, en un mot, le courage de prouver et de proclamer que l'intérêt des malades n'était ici qu'un prétexte

et que l'expulsion de nos congrégations hospitalières n'était qu'un commencement.

La deuxième, c'est qu'en accusant Després d'avoir, dans ses luttes contre la laïcisation des hôpitaux, écouté d'autres voix que celles de la justice et du bon droit, ceux de ses contradicteurs qui se sont, jadis, permis de formuler pareil soupçon, n'ont fait que répandre une odieuse calomnie. Ce qui le prouve, c'est qu'avant de protester contre le renvoi des sœurs, il avait combattu avec non moins d'ardeur et, du reste, avec plus de succès, pour obtenir le retrait de certaine et déplorable mesure administrative qui permettait aux sœurs et aux aumôniers, comme aux convertisseurs d'espèce différente, de lire la religion des malades sur leurs pancartes.

Aux élections de 1893, Després ne fut pas réélu. Est-il besoin d'ajouter qu'il se consola vite de cet échec? Je ne le pense pas. Pour lui, tout ce qui n'était pas ses malades ou ses élèves demeurait, en effet, toujours plus ou moins secondaire. Son service d'hôpital résumait en quelque sorte toute son existence. Il y fut, jusqu'au bout, un modèle d'exactitude et c'est en pleine activité que la mort est venue le frapper.

Ce fut en juillet 1895, que les sourds malaises dont il se plaignait, depuis quelques mois déjà, prirent une allure plus inquiétante. Convaincu qu'un changement d'air lui serait salutaire, il resta sourd aux prières de son entourage et, malgré les avertissements que sa faiblesse croissante ne pouvait manquer de lui donner, il s'entêta dans son projet et partit pour la Suisse, sans accepter le moindre compagnon de route. Ce voyage imprudent était au-dessus de ses forces. Dès son arrivée, son mal s'aggrava soudain, il dut se faire transporter à l'hôpital d'Interlaken, et, deux jours après, le 27 juillet 1896, il y mourait seul et loin de tous les siens. Després n'avait alors que soixante-deux ans.



ARMAND DESPRÉS
(D'après une photographie d'Eug. Pirou.)

Telle fut la vaillante et belle existence de l'homme, voyons maintenant le chirurgien, son œuvre et son rôle.

Une difficulté première surgit ici. Un éloge, pour mériter crédit, doit être, avant tout, une véridique histoire, et puisque Després, victime de son besoin d'opposition, a commis des erreurs connues de tous, elles ne peuvent être passées sous silence. Peut-être dans cette enceinte, est-il permis de ne point s'arrêter à celles qui sont d'ordre médical, et qui, par exemple, lui ont fait mener si vive et si fâcheuse campagne contre la vaccine et le mercure. Mais il en est une dont l'examen s'impose, ne fût-ce que pour déchirer tout de suite le voile qui, sans cela, risquerait de nous cacher pour toujours la vérité.

L'erreur de Després, sa faute grave, c'est, chacun le sait, d'avoir nié l'antisepsie et de s'être, jusqu'à la fin de sa vie, cantonné dans ses préventions premières, avec un entêtement tel que ses élèves sont obligés de courber eux-mêmes la tête, devant l'arrêt qui le désigne à tous comme le dernier défenseur du pansement sale. Et, ce qu'il y a de plus grave, c'est qu'il en était fier. Si résolument fier que, certain jour, l'un de ses collègues, lui aussi très mordant, lui riposta, non sans raison, qu'il était la Vestale du pus français.

Comment pareille éclipse s'est-elle produite dans un esprit aussi éclairé? On peut en vérité le déplorer, mais il ne faudrait pas trop s'en étonner. L'erreur est trop humaine pour que, dans les cerveaux les mieux équilibrés, la rectitude parfaite du jugement n'ait pas droit à quelques défaillances, et certes, les chirurgiens n'ont point ici de monopole. Un simple coup d'œil sur les événements, les hommes ou les choses de notre époque nous en fournirait, au besoin, la rassurante démonstration, en nous donnant la mesure des conceptions décevantes dont les intelligences les plus éprouvées sont parfois capables à propos des questions les plus étrangères à notre art, pour peu qu'elles se laissent dominer par une tendance quelconque à l'entêtement. Després n'a donc fait qu'obéir à la loi commune et, si grave que puisse aujourd'hui paraître son erreur, nous lui devons de laisser là les reproches, pour ne songer qu'à la recherche des circonstances atténuantes dont il doit bénéficier.

Et d'abord il faut déclarer très haut que, dans son aversion pour toute propreté chirurgicale, Després était d'une entière bonne foi. Cette affirmation n'est point superflue car, à certains moments, ses arguments et ses décisions avaient, en vérité, quelque chose d'un peu troublant. Telles les statistiques dont il nous apportait victorieusement les résultats, pour nous montrer que sa mortalité était inférieure à la nôtre, alors que, cependant, ses relevés ne contenaient pas la moindre intervention viscérale. Tel encore son renoncement spontané à la chirurgie abdominale. Interrogé sur le pourquoi de cette prudente décision, ou sur les raisons qui pouvaient le conduire à comparer le pronostic des amputations du sein à celui des grandes laparotomies, ses réponses manquaient, on le conçoit, de précision. Mais, je le répète, sa bonne foi n'en devait pas moins rester à l'abri de tout soupçon, la preuve en est facile à faire.

Dès le débuts de la méthode listérienne, il avait trouvé son premier argument, et le considérait comme irrésistible. Si la doctrine microbienne est vraie, déclarait-il, qu'on me dise pourquoi la guérison est la règle après les avulsions dentaires, faites avec la clef de Garengeot, et par conséquent toujours compliquées de fractures alvéolaires! Qu'on me dise de même pourquoi les résections du maxillaire supérieur guérissent, elles aussi, presque toujours! Le milieu buccal n'est-il donc pas le plus septique qui soit au monde? Et les déductions qu'il tirait de là se devinent. Il s'y complaisait, et son aversion pour la chirurgie de Lister y puisait une ardeur sans cesse renaissante.

C'était comme une de ces inimitiés personnelles qu'on ne raisonne pas et qui, cependant, vous hantent. Cette haine

lui tenait à l'esprit et au corps. S'il ne manquait pas de faire sa visite avec un vêtement maculé, dont la trame recélait des cohortes pathogènes, suivant, du reste, en cela les coutumes de plus d'un maître de l'époque ; s'il ne craignait pas de contaminer ostensiblement les drains, qu'on lui présentait à peu près propres, en les frottant sur le parquet, avant de s'en servir, il ne redoutait pas davantage, au retour de ces fameuses pêches au goujon qu'il aimait tant, de nous faire constater qu'il avait, volontairement, réduit le lavage de ses mains à un minimum tout à fait indiscutable.

Or bien que tout cela ne fût encore que la symptomatologie banale de son antipathie listérienne, c'était déjà suffisant comme preuve de sincérité. Car, on ne saurait trop le rappeler, jamais chirurgien consciencieux ne fut plus dévoué à ses malades et plus soucieux de les guérir. Si donc il ne craignait pas de les soumettre à toutes les variétés du pansement sale, c'est qu'il avait la profonde conviction de ne pas leur nuire.

Il en donnait du reste une autre preuve en s'appliquant, à lui-même, les mêmes principes, et ceux qui ont vu Després se frotter énergiquement le visage de ses mains après les avoir apposées sur les plaques et les croûtes d'une face érysipélateuse, pour le simple plaisir de démontrer que le professeur Gosselin avait tort de croire à la contagion de l'érysipèle, seraient en vérité difficiles, s'ils n'étaient point édifiés.

Pour lever les doutances dernières des plus incrédules, il me suffirait enfin de dire que, même dans les soins qu'il a pu être appelé à donner aux êtres les plus chéris de son cœur, il gardait un aussi complet mépris de la chirurgie nouvelle que dans sa pratique hospitalière. Le souvenir particulier qui me permet de parler ainsi, fait, en vérité, partie d'une sorte de dossier secret dont il serait déplacé de dévoiler ici les intimités, mais l'affirmation qu'il documente n'en conserve pas moins sa probante et décisive signification.

La preuve est ainsi faite indiscutable que, dans son erreur, Després fut sincère, absolument et tout à fait.

Mais ce n'est pas tout, et le caractère même de l'homme va nous donner la vraie circonstance atténuante que nous cherchons. Elle se lisait dans son regard, elle se trahissait dans tous ses actes, et c'est elle qui explique tout. Després avait, par nature, l'amour et le besoin de la contradiction, Et de là vint tout le mal. Les sentiments de déférence que d'autres, il faut bien le dire, poussent à l'excès, lui étaient particulièrement étrangers. Il n'aimait pas qu'on fût « né respectueux » et, certes, il n'encourut jamais ce reproche. Ses dons naturels servaient d'ailleurs merveilleusement son besoin de discussion. Incisif et mordant dans la réplique, il avait le secret d'égratigner ses adversaires aux recoins les plus sensibles de leur amour-propre ; et son esprit, souple et délié, lui laissait presque toujours l'avantage du dernier mot. Les chefs d'école les plus écoutés ne trouvaient pas plus grâce devant lui que les derniers promus de ses collègues, et la témérité de ses tendances batailleuses ignorait l'obstacle. Le fait est donc bien certain, Després fut, et devait être de l'opposition. Ce n'était pas seulement là une tendance, c'était l'essence même de son esprit.

Dans ces conditions, n'est-il pas bien naturel que l'avènement de l'antisepsie, avec toutes les intransigeances, d'ailleurs légitimes et nécessaires, de ses premiers apôtres, ait trouvé Després incrédule autant qu'hostile? Le contraire seul pourrait en vérité surprendre. Sans doute, à l'époque dont je parle, les réformes radicales qu'allait entraîner la révolution scientifique naissante ne se montraient, dans toute leur netteté, que pour quelques élus. Sans doute l'heure n'était pas encore venue pour Després de voir que le culte de la vieille chirurgie, partout déserté, devait bientôt l'avoir comme unique et dernier servant. Et, certes, ce fut un grand bien pour son repos!

Butté comme il l'était, que seraient devenues ses exaspérations, s'il avait eu la prescience de nos préoccupations actuelles? La désinfection des mains dignes d'occuper la Société de chirurgie, durant plusieurs séances ; l'introduction des gants dans l'arsenal du chirurgien ; nos discussions sur le meilleur moyen de se décaper l'épiderme ou de se nettoyer les ongles ; les mains du chirurgien devenant le sujet possible d'une leçon d'ouverture de la Faculté et nos étudiants désormais tenus de retenir que la base de toute bonne éducation chirurgicale est de « savoir comment on assure la propreté des mains... » ! Comment Després eût-il accueilli pareilles atteintes à ses convictions? On a peine à se le figurer, et c'eût été vraiment trop.

C'était déjà bien assez pour ce chirurgien, tout imprégné des doctrines de la veille, et convaincu que le pus était le meilleur topique des plaies, de se heurter aux premières exigences des initiateurs de l'antisepsie. La contradiction était à ce point flagrante qu'elle devait, aussitôt, actionner son naturel besoin d'opposition. Et, ce qui devait arriver arriva. Trop spirituel pour être juste, ses premiers coups dépassèrent sa volonté et, par une pente naturelle, il en vint très vite à la périlleuse outrance, sans jamais consentir à quitter ses positions premières.

Etroitement retranché derrière les enseignements qu'il avait puisés dans ses livres favoris : J.-L. Petit, les mémoires de l'académie de chirurgie, les œuvres de Boyer, voire même celles d'Hippocrate ; disciple direct et très respectueux de Manec, de Velpeau, de Jobert (de Lamballe) et surtout de Nélaton, dont il aimait à se dire, avec Dolbeau, le meilleur élève, il ne voulut jamais admettre qu'on pût dire autrement ou faire mieux.

Il lui était donc, pour ainsi dire, défendu de reconnaître ses torts. Leur évidence ne pouvait que les aggraver. Et c'est ainsi qu'en vertu des lois de la vitesse acquise, dominé par ses impulsions et, par nature, aussi peu disposé que possible à jamais se demander si l'homme ne peut avoir, lui aussi, « des heures de ténèbre et des jours d'obscurité, » c'est ainsi, dis-je, que, jusqu'aux dernières minutes de sa vie, il conserva son aversion première pour notre chirurgie actuelle.

Lorsqu'on songe à ce qui se passe et se fait aujourd'hui, on peut, en vérité, se demander comment un homme, dont toute la pratique s'est guidée sur de pareilles doctrines, a pu être un chirurgien remarquable et un maître justement écouté. C'est là cependant une grande vérité : les écrits d'A. Després, les souvenirs de son enseignement en témoignent si hautement, qu'il faudrait être, à son tour, bien étroit dans ses vues et bien cantonné dans ses jugements pour n'en point convenir.

Sans être considérable, l'œuvre écrite d'A. Després est cependant importante. En dehors de sa thèse inaugurale sur le diagnostic des tumeurs du testicule, et de sa thèse d'agrégation sur les tumeurs des muscles, elle comprend en effet : ses livres ; les notes et les observations disséminées, en grand nombre, dans nos journaux, notamment

dans la *Gazette des hôpitaux*; les articles, publiés dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, sur : la clavicule, l'étranglement, le froid, le diaphragme, la grenouillette, la fosse iliaque, les intestins, les mâchoires, le nez et les oreilles; les leçons professées à Cochin, puis à la Charité; enfin les communications que lui ont inspirées son initiative ou nos discussions, et dont on retrouve le texte à tant de pages de nos bulletins.

Par leur nombre vraiment immense, ces dernières sont le plus sûr gage de l'activité cérébrale de leur auteur et de sa grande érudition. Després prenait la parole sur les points les plus divers de la pathologie, et, qu'il discutât diathèses avec Verneuil, œil avec Giraud-Teulon, dents avec Magitot, moignons avec tout le monde, sa verve et l'acuité de son sens clinique ne faiblissaient jamais. Aussi bien est-ce dans nos bulletins qu'on peut retrouver les traces les plus vivantes du talent de Després et reconnaître, en particulier, combien il serait injuste d'oublier, qu'en maintes circonstances, son scepticisme, son besoin d'opposition, sa ténacité, et même son courage, furent très loin de rester toujours stériles.

On y voit par exemple que si Després poussait le chauvinisme scientifique jusqu'à nier, d'emblée et de parti pris, tout progrès d'origine étrangère, surtout quand il venait d'Angleterre, son culte pour notre vieille école chirurgicale française ne lui a pas moins souvent permis de réduire de prétendues nouveautés à leurs justes proportions, et de rendre son bien à qui de droit.

On y constate encore que sa profonde connaissance de la clinique lui a maintes fois permis de montrer les côtés faibles de plus d'une conception théorique. On reconnaît enfin qu'au milieu de ses boutades, il était fréquent de trouver un conseil pratique judicieux. On pourrait même citer telles pages de son œuvre où les thérapeutiques dues à son initiative ont été, depuis, reconnues les meilleures. C'est ainsi qu'il batailla, l'un des premiers, contre l'immobilisation trop prolongée des fractures articulaires.

A leur tour, ses nombreux articles du dictionnaire dénotent, non moins clairement, son grand talent d'exposition et ses livres enfin sont, à n'en pas douter, de ceux qui préservent à coup sûr de l'oubli.

Je citerai notamment les suivants : le *Traité de l'érysipèle*, récompensé par l'Institut en 1862; le *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publié en collaboration avec Bouchut, œuvre qui n'a pas eu moins de six éditions, dont la dernière date de 1895; le *Traité du diagnostic des tumeurs*, que nous avons tous lu avec profit, et surtout la *Chirurgie journalière*, ouvrage vraiment curieux, auquel Després tenait beaucoup, et à juste titre. C'est là qu'on retrouve, en effet, plus particulièrement exposées, les idées personnelles qu'il aimait à défendre à propos des maladies communes, constituant, suivant son expression, « le fond de la clinique chirurgicale. »

Les chapitres concernant l'ulcère de cicatrice, le rôle des dents de sagesse dans l'évolution de la périostite alvéolo-dentaire, l'étranglement des hernies communes, les conjonctivites purulentes, le panaris, les rétrécissements du rectum et la contusion chronique du talon, sont ceux dont il revendiquait le plus volontiers la paternité. Ces quelques détails suffisent amplement, j'imagine, à montrer que l'œuvre écrite de Després lui fait le plus grand honneur.

Les souvenirs que nous avons de sa pratique sont non moins significatifs. A coup sûr, l'horreur de Després pour toute mesure antiseptique lui défendait aussi bien la possibilité d'une réunion par première intention quelconque, que le droit de tenter l'une des grandes opérations viscérales qui, maintenant, guérissent dans toutes les mains exercées, voire même dans celles qui ne le sont pas. Cela va de soi, et par instinct, sinon par raisonnement, Després s'en rendait compte lui-même. Il pansait les amputations du sein, à plat, à l'aide d'un large gâteau de charpie, qu'il imprégnait d'alcool camphré, en souvenir de Nélaton. Mais il ne manquait pas de le déposer au-dessus du fameux linge fenêtré enduit de cérat, qui, lui, se trouvait en contact direct avec les surfaces cruentées, sans jamais oublier d'observer qu'il était de toute urgence d'employer, ici, le vieux cérat et point du tout cette « graisse prétentieuse » qu'on décore du nom de vaseline. Ses autres pansements allaient à l'avenant.

Tout cela est vrai et ne pouvait pas ne pas être.

Mais si, pour un instant, et dans un sentiment de justice que tout commande, on veut bien faire abstraction de ces particularités regrettables, pour n'envisager que les autres côtés de la pratique de Després, on voit aussitôt se dégager les caractéristiques le désignant, sans aucun doute possible comme un pathologiste avisé et comme un chirurgien judicieux.

En pathologie générale, n'est-il pas l'un des plus ardents défenseurs de l'influence des traumatismes sur le réveil des diathèses? Il faisait remonter à 1874 ses convictions personnelles à cet égard et chacun de nous se souvient sûrement de la réponse qu'il fit, en 1883, au cours d'une fort orageuse discussion, pour établir, avec vers de Racine à l'appui, qu'il se refusait à considérer le professeur Verneuil « autrement que comme le plus admirable des vulgarisateurs »; que ses idées, françaises d'origine, dataient de plus d'un siècle et que « ce serait une injustice d'en dépouiller ses devanciers ».

Dans le même ordre d'idées, on doit retenir les opinions qu'il défendait, depuis 1873, sur les syphilis modifiées par les maladies intercurrentes, ou par les diathèses antérieures à l'éclosion de la maladie.

En dépit de ses conceptions sur le pansement sale, il ne professait pas moins, sur l'évolution générale des plaies, des idées qui avaient leur valeur. Il estimait, par exemple, qu'une plaie donnée n'est point justiciable d'un même pansement à toutes les périodes de son évolution. Aussi, quelle joie n'aurait-il pas goûtée, s'il avait su qu'en 1900, il serait dit, en plein congrès, que les pansements aseptiques produisent souvent de meilleurs effets, dans le traitement des plaies infectées, que les solutions antiseptiques les plus actives.

C'est une satisfaction de même ordre qu'il eût éprouvée en voyant préconiser les badigeonnages d'acide arsénieux dans le traitement de ces épithéliomas de la face qu'il gardait d'enlever au bistouri, pour les détruire toujours, à la manière de son maître Manec, avec la pâte de frère Côme.

Partisan convaincu de l'occlusion des plaies par les bandelettes de diachylon, il savait, au besoin, recourir au pansement ouaté de Guérin. Il insistait beaucoup et souvent sur les dangers d'infection que peut créer la rupture des petits vaisseaux à la levée d'un pansement et, partant, il ne manquait jamais de cautériser, au nitrate d'argent, les points saignants de toute surface granuleuse.

Les sécurités que donne le drainage lui étaient très bien

connues, et si la propreté de ses drains laissait à désirer, il savait en revanche les mettre en bonne place et guérissait ainsi, quand même, nombre de plaies anfractueuses.

Il connaissait merveilleusement aussi les ressources de l'irrigation continue, dans le traitement des traumatismes des membres et, faisant ainsi de l'asepsie sans le savoir, et surtout sans le vouloir, il obtenait souvent la guérison dans les cas les plus graves.

Després ajoutait à tout cela beaucoup d'habileté opératoire ; ses premières études de médecine opératoire avaient été un peu hâtives, mais sans avoir le calme et la sûreté d'exécution qu'on ne peut guère posséder qu'après un long apprentissage sur le cadavre, Després était naturellement trop habile de ses mains pour ne pas bien opérer. Il maniait hardiment le bistouri et ne redoutait ni le sang, ni les grosses opérations. Il s'attaquait aux plus gros polypes nasopharyngiens et, pour ma part, je l'ai vu pratiquer, avec dextérité et succès, une amputation inter-scapulo-thoracique.

Ce qui distinguait enfin Després d'une manière particulière, c'était sa profonde connaissance de la clinique et la sûreté de son diagnostic. Le succès de ses consultations, à Cochin d'abord, puis à la Charité, en témoignent d'une manière très éloquente. Heureux et très fier de se voir recherché entre tous, aussi bien par les malades que par les élèves, c'est là qu'il passait le meilleur de son temps.

Aussi le chagrin qu'il ressentit fut-il véritable, lorsque vint la réforme qui enlevait la consultation externe aux chefs de service. C'était à la fois la suppression de sa fonction préférée, et aussi du plus cher de ses passe-temps intellectuels. Ses élèves le savent bien, et tous gardent le souvenir de ces matinées instructives, autant qu'anecdotiques, durant lesquelles Després, sûr de son auditoire, s'abandonnait sans réserve à ses boutades préférées. Tout le monde en avait sa part, les élèves aussi bien que les malades. Parfois quelques-uns s'en montraient bien un peu blessés. Tel certain épicier que Després, dans sa manie de faire d'emblée le diagnostic de la profession par l'habit, avait interpellé par ces mots : « Venez ici, vous, l'épicier ! » Et l'homme de répondre : « Oui, je suis épicier, qu'est-ce qu'il y a de mal à ça? un épicier en vaut bien un autre ! » Telles encore les femmes habillées de noir qui lui semblaient d'humeur peu tolérantes. Il leur demandait d'abord de quoi leur mari était mort, pour leur déclarer, sans leur laisser le temps de la réponse, que cette mort avait été sûrement une mort à petit feu, causée par leur caractère acariâtre. Mais la paix était vite faite et la popularité de Després n'y trouvait même que profit.

Les anecdotes, comme celle de l'épicier et des femmes en noir, sont nombreuses dans les souvenirs des élèves de Després. D'autres se rattachent à l'histoire des procédés expéditifs qu'il se plaisait à employer dans la cure de quelques maladies courantes comme le paraphimosis. L'histoire du gamin qui vint un matin le trouver en lui disant qu'il avait un parapluie moisi, en est un joyeux échantillon. La gaîté fut générale, et celle du maître fut d'autant plus vive qu'il eut en même temps l'occasion, par lui très goûtée, d'entendre un barbarisme nosologique vraiment original et la possibilité d'exécuter, devant ses élèves, certain procédé d'autoréduction qu'il prisait beaucoup. Procédé tout au moins bizarre, qui consistait à inviter le patient à la fuite, pendant que l'organe endommagé se trouvait fortement étreint et fixé par la main du chirurgien.

Mais c'est assez insister sur ce côté particulier des consultations de Després. Il n'a d'autre intérêt que d'en rappeler la curieuse physionomie. Ce qu'il faut en retenir, ce qu'il faut reconnaître et proclamer, c'est leur incontestable et très salutaire influence sur l'instruction pratique des élèves qui s'y montraient assidus. Ils risquaient, en vérité, d'y puiser des notions plutôt fâcheuses sur la propreté chirurgicale, trop de confiance dans les cataplasmes ou trop de tendance à cette « humeur contredisante », dont leur maître lui-même se savait si bien possédé qu'il éprouvait, à certains jours, le besoin de l'expliquer et peut-être de l'excuser en rappelant ce qu'en avait dit La Fontaine, son auteur préféré :

> ....
> Quiconque avec elle naîtra,
> Sans faute avec elle mourra,
> Et jusqu'au bout contredira
> Et, s'il le faut, encore par delà.

Mais, par contre, en suivant régulièrement Després à ses consultations et dans son service, on avait la certitude de posséder très vite tout le nécessaire pour faire de l'excellente chirurgie journalière.

Ses élèves ne savaient pas faire de laparotomies, c'est très vrai ; mais ils savaient reconnaître et réduire les luxations, soigner les fractures, drainer les plaies, enlever les tumeurs courantes, guérir à temps les panaris et ne pas faire d'erreur de diagnostic. N'était-ce point là, pour beaucoup, la meilleure et la plus utile école ?

Je sais bien qu'on a pu dire que, par ses doctrines, Després devait être nuisible et dangereux : nuisible pour l'instruction de ses élèves et dangereux pour ses malades. Mais, en toute justice, nous avons le droit de prétendre qu'il ne fut ni l'un ni l'autre. Ses élèves ne connaissaient-ils pas d'avance ses exagérations et ses manies? Ils étaient donc prévenus et, dans la moisson des connaissances emportées au départ, ils ne pouvaient manquer de savoir distinguer l'ivraie du bon grain. Dangereux pour les malades? C'est encore une injuste légende, ou tout au moins une extrême exagération. Nous sommes d'autant plus autorisé à le déclarer que Després, chacun le sait bien, a renoncé de lui-même à toute chirurgie abdominale proprement dite.

La vérité, c'est que, si la pratique de Després fut, par exception, périlleuse, elle fut en tout cas, dans son ensemble, singulièrement moins meurtrière que celle des opérateurs qui se croient tout permis sous le prétexte qu'ils ont savonné un ventre, brossé leurs ongles et flambé leur couteau. Et, qu'on le note bien, cette réflexion ne concerne en aucune manière les grands et puissants novateurs de notre art. Elle ne contient pas l'ombre d'une critique à l'adresse de ceux qui, par leurs aptitudes et la haute envergure de leurs conceptions, sont comme désignés d'avance pour marcher sur les traces des Maisonneuve et des opérateurs de mentalité similaire. Leurs audaces et leur témérité ont au moins une valable excuse dans les progrès que nous leur devons et qui, sans eux, ne se réaliseraient jamais.

Les seuls opérateurs que je vise, et qui peut-être se rencontrent moins exceptionnellement que ceux-là, sont d'un tout autre ordre. Le souci des indications opératoires et des diagnostics précis leur est inconnu. Toute leur ambition se résume à être le seul, le vrai chirurgien antiseptique, comme toute leur science opératoire se réduit à l'ouverture plus ou moins brillante du ventre et, sans autre garantie, ils taillent, résèquent, anastomosent ou pexisent les principaux viscères. Or, ce chirurgien dernier style, tout imprégné des plus pures doctrines, souvent bon opérateur, mais

bien pauvre de connaissances, n'est-il pas singulièrement plus dangereux que ne le fut jamais Desprès?

Et cependant, depuis que l'antisepsie, mettant la chirurgie à la portée de tous, lui a permis un beau matin de se réveiller chirurgien comme on naît autre chose, il n'en va pas moins tranquillement son chemin sans jamais heurter sa parfaite et dangereuse intransigeance à rien qui puisse, même de très loin, rappeler les critiques et les blâmes dont fut abreuvé jusqu'au bout le chirurgien de la Charité. Est-ce justice? Je ne le crois pas. Et, vraiment, s'il est maintenant possible et même permis de faire tant de mal à la simple condition d'avoir les mains propres, on devrait se montrer moins sévère pour celui qui fit tant de bien avec des mains moins pures. Aussi bien l'heure est-elle largement venue de pardonner à Desprès les erreurs de son « humeur contredisante » et de lui rendre enfin justice.

La plus élémentaire équité l'exige et ses élèves le souhaitent depuis longtemps avec toute l'ardeur de leur reconnaissance. J'en vois même parmi nous qui sûrement regrettent de ne pouvoir dire, à ma place, ce qu'ils pensent si fortement. Le maître les comptait, vous le savez, parmi ses disciples les plus chers, et puisqu'ils se nomment Quénu, Marchant, Brun, Demoulin, je ne me dissimule pas mon infériorité dans la pieuse mission que me vaut aujourd'hui le grand honneur d'être votre secrétaire général.

J'espère cependant m'être fait l'interprète assez fidèle de leurs pensées pour contenter les aspirations de leur gratitude. En tout cas, je m'y suis employé de mon mieux en mettant à la rédaction de ces lignes mon entière sincérité, et, je puis le dire, tout mon cœur; car, moi aussi, j'ai eu le grand bonheur de compter, sinon parmi les élèves, du moins parmi les amis du maître si regretté.

C'est après 1883, pendant quelques suppléances faites à l'hôpital de la Charité, comme remplaçant de mon illustre et bien-aimé maître le professeur Trélat, que j'ai surtout connu A. Desprès. J'étais, on le voit, à la meilleure place pour apprécier moi-même ses qualités cliniques supérieures. Ajouterai-je que j'étais en non moins bonne posture pour servir de cible aux plaisanteries dont il aimait tant à gratifier chaque matin le service voisin du sien? Je crois la chose superflue.

Pendant qu'il m'était ainsi donné de le voir à l'œuvre comme chirurgien, j'avais en outre, à cette époque, un moyen d'observation non moins sûr pour connaître l'homme privé ou tout au moins le spirituel conteur qu'il était. C'étaient les voyages que nous faisions ensemble sur la très légendaire ligne de Limours, alors très réputée pour les terribles trépidations que son matériel archaïque imposait à ses habitués; on la disait même aussi dangereuse pour les femmes grosses, que merveilleuse pour le diagnostic de la pierre.

Chaque lundi matin d'été, après avoir passé son dimanche au milieu des siens, dans sa coquette installation d'Orsay, Desprès prenait donc place dans l'un des vénérables wagons de cet étonnant réseau. Les voyageurs, notaires pour la plupart, se disputaient positivement sa présence, et durant notre halte devant la maisonnette qui servait de gare, on le hélait de chaque voiture. Il se décidait enfin pour l'une d'elles, montait le plus souvent en huitième, et jusqu'à Paris il ne cessait pas de nous esjouir par ses anecdotes, ses plaisanteries et ses paradoxes. Il avait une opinion arrêtée sur tout et parlait de tout.

C'était d'abord sa pêche de la veille sur les bords de la riante Yvette, dont il nous contait les péripéties. Son penchant extrême pour cette paisible distraction était du reste proverbiale et j'ai même souvenir que le professeur Potain ne manquait pas d'y trouver un appoint très significatif à son amusante théorie sur la complète inversion de rapport qu'on doit s'attendre à rencontrer toujours entre la mentalité vraie des grands pêcheurs à la ligne et la silencieuse immobilité que leur impose leur plaisir favori. Puis, venait le tour de la littérature, de la musique, des arts et de la politique. L'escrime, voire même la chiromancie, avaient aussi leur part, car Desprès tenait bien un fleuret et se risquait volontiers à l'interprétation des lignes de la main, sans peut-être beaucoup de conviction, mais en tous cas avec beaucoup d'esprit. Il va de soi, enfin, qu'on dissertait longuement sur les erreurs ou les excès de la chirurgie moderne. Bref, tant que durait la route, Desprès parlait et tous nous restions sous le charme, parfois un peu âpre mais toujours attirant, de son intarissable verve.

Pour viser l'homme plus que le chirurgien ces vivants souvenirs ne montrent pas moins que mes jugements ne sont pas seulement des jugements d'emprunt et que tout le bien que j'ai dit du chirurgien de la Charité, je le pense moi-même avec preuves personnelles à l'appui et avec la plus entière sincérité.

Que la chose soit donc une fois dite et bien entendue : comme homme, A. Desprès fut un modèle de vaillance, de droiture et de loyauté. C'était de plus un dévoué et un bon. Sans doute cette bonté semblait, à certains jours, céder le pas à son besoin de critique, mais ce n'était là qu'une apparence, les pointes qu'il décochait avec un si malicieux plaisir n'étaient jamais bien méchantes et au, fond, l'une des qualités premières de son cœur, c'était la bonté, la bonté réelle, la bonté dévouée. Ses élèves et les amis qui l'ont si souvent éprouvée se lèveraient en masse pour l'attester de toutes leurs forces.

Comme chirurgien, il est enfin certain qu'il a sa place marquée, non pas seulement à côté des maîtres écoutés dont l'enseignement a été le plus salutaire, mais aussi parmi les praticiens actifs et dévoués qui ont rempli leur mission avec le plus de science et de conscience. En faut-il davantage pour consacrer à jamais la mémoire d'un homme? Ceux-là même que la verve agressive de Desprès ménagea le moins, seraient les premiers à le reconnaître et aujourd'hui que le temps a fait son œuvre en adoucissant toutes choses, l'accord ne saurait être qu'unanime.

Le souvenir que A. Desprès nous laisse à tous, s'est épuré et précisé, nous le voyons bien tel qu'il fut, le plus honnête et le plus droit des hommes; sa bonté, son dévouement, son impeccable dignité, la finesse de son esprit, l'étendue de ses connaissances, ses qualités de clinicien, la vivacité de ses conceptions, la valeur des services qu'il a rendus, nous imposent l'oubli définitif de tout ce qui semblait, de prime abord, porter ombre à ses hautes qualités, et nous devons saluer en lui l'une des individualités les plus intelligentes et les plus originales de notre corporation.

Cette lecture a été accueillie par des applaudissements unanimes et prolongés, et notre sympathique confrère, M. Segond, a reçu ensuite les félicitations personnelles des auditeurs et des auditrices.

M. le président a fait connaître les récompenses accordées par la Société.

Les prix suivants ont été décernés :

Prix Marjolin-Duval. — M. Herbet.

Prix Laborie. — M. F. Monod et un encouragement de 500 francs à M. Veau.

Prix Ricord. — M. Imbert.

Séance du 23 janvier 1901.

M. Walther revient sur le cas de **plaie du diaphragme**, qu'il a communiqué dans la dernière séance. Dans ce cas, la plaie cutanée, masquée par l'épiploon hernié, siégeait exactement à neuf travers de doigt de la ligne médiane, à quatre travers de doigt au-dessus du rebord costal. La plaie du plan costal avait divisé verticalement le septième espace, le huitième cartilage et le huitième espace. L'épiploon et l'estomac attirés au dehors, ne présentant aucune lésion, furent réduits, après ligature et résection de l'épiploon, en cinq pédicules. A ce moment se produisit un léger sifflement indiquant l'entrée de l'air dans la plèvre, immédiatement arrêté par le soulèvement du diaphragme appliqué contre la paroi thoracique. De chaque côté trois points en fil de catgut fort pour réunir le diaphragme à la paroi, suture du péritoine et du muscle pour fermer la brèche diaphragmatique, surjet sur le grand dentelé, fermeture des téguments au crin de Florence. Guérison complète trois semaines après.

M. Mignon, en son nom et au nom de M. Loison, apporte une nouvelle observation **d'inclusion d'une balle de revolver dans la paroi cranienne du côté droit**, ayant causé des accidents tardifs et dont le siège exact a pu être facilement déterminé par la radiographie. Voici, en deux mots, cette observation :

En octobre 1900, un jeune soldat entre à l'hôpital pour des troubles cérébraux attribuables à la présence d'une balle de revolver qu'il s'est tirée, il y a trois ans, dans la tête pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. M. Loison, à l'aide de deux radiographies, reconnaît que la balle siège à 2 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe droite, sur une ligne horizontale passant par cette apophyse et était enclavée dans la partie supérieure de la grande aile du sphénoïde. Ainsi renseigné, M. Mignon a pu facilement extraire la balle.

Dans la dernière séance, M. Auvray a présenté un cas de **rupture traumatique de la rate**. Cette observation sera probablement l'objet d'un rapport qui, lui-même, deviendra le point de départ d'une discussion. M. Loison apporte, à ce sujet, une intéressante observation de rupture traumatique de la rate, traitée avec succès par la laparotomie et le tamponnement avec conservation de l'organe.

A l'occasion de cette observation, M. Loison fait remarquer que les cas de guérison, après intervention opératoire, dans les ruptures traumatiques sous-cutanées de la rate, sont encore relativement peu nombreux dans la science. En parcourant le récent travail de Lewerenz, nous voyons que les 28 cas d'intervention rassemblés par l'auteur se décomposent de la façon suivante : 25 splénectomies suivies 13 fois de guérison ; 2 tamponnements avec 1 guérison, et 1 suture terminée par la mort.

Les deux cas de tamponnements rapportés appartiennent : l'un à Pierson, l'autre à Arpad G. Gerster. Le premier opéré eut lieu après splénectomie ; il ajoute que le malade, opéré le 3 décembre 1898, est le premier guéri en France par l'intervention pour une rupture traumatique de la rate.

Le blessé de M. Loison a été opéré et guéri, en conservant sa rate, le 4 août 1898, quatre mois, par conséquent, avant celui de M. Delbet.

Nous revenons encore une fois sur le **traitement de l'appendicite**. M. Poirier refait l'histoire de ce traitement, rappelle l'opposition qu'il a rencontrée quand il a dit une première fois que tous les cas d'appendicite devaient être opérés, comment peu à peu cette opinion est devenue l'opinion de la presque généralité des chirurgiens. Mais dans ces derniers temps, un mouvement de réaction contre l'intervention s'est produit dans le corps des médecins. C'est contre cette réaction que s'élève M. Poirier en maintenant plus que jamais ses premières conclusions, et en faisant connaître les résultats de sa pratique. Disons d'abord que, comme procédé opératoire, il s'applique avant tout à agir *larga manu*, à aller à la recherche de l'appendice, sans souci d'épargner la grande cavité péritonéale, à le réséquer en totalité, à drainer largement. Voici les résultats :

En 1899, 19 cas d'appendicite aiguë dont 8 avec péritonite généralisée. 17 succès, 2 morts.

En 1900, 20 cas, 20 guérisons.

En ville, dans les deux dernières années, 14 cas d'appendicite aiguë, 4 insuccès.

M. Delbet a fait sur des chiens des expériences qui tendent à prouver qu'on peut exécuter, **sur le foie, des ligatures et des sutures parfaitement hémostatiques**. Voici comment M. Delbet décrit lui-même son procédé, basé sur l'emploi d'os creux d'animaux :

« Je sectionne les os en petites viroles de 6 à 8 millimètres de long et les enfile comme les grains d'un chapelet.

Chaque fil traverse le foie de part en part en deux points différents, et on peut l'enchaîner au fil voisin. On enfile les viroles de façon qu'un segment du chapelet se trouve audessus, l'autre au-dessous du morceau à réséquer.

On pourrait objecter à cette manière de faire que les portions de fil qui traversent le foie n'étant pas munies de viroles doivent couper le tissu hépatique. Dans mes expériences, cette section ne s'est pas produite et cela sans doute parce que je prends soin que les viroles soient assez nombreuses pour venir au contact les unes des autres, de telle sorte que la striction s'exerce surtout d'un rang de virole à l'autre et très peu dans le sens où les fils pourraient couper.

Pour simplifier la technique, j'ai eu recours à l'artifice suivant. J'ai compris dans une même suture à virole des segments de tissus hépatiques longs de 5 à 6 centimètres ; mais, craignant que sur une pareille portée la striction ne fût pas suffisante, j'ai passé au milieu un fil en anse qui embrasse les deux fils du chapelet et les rapproche perpendiculairement à leur grand axe. Le schéma que je fais au tableau vous permet de comprendre cette disposition qui est simple, bien que sa description soit compliquée. Elle a pour résultat d'augmenter la striction et de la faire porter surtout sur les parties munies de viroles.

La seule difficulté pratique c'est d'avoir des os convenablement préparés. Pas assez décalcifiés, ils sont offensants pour le foie ; trop décalcifiés, ils se laissent couper par les

tisfaisants. Je vous présente ceux qui restent de mes dernières expériences.

Dans celles-ci, faites avec des ligatures à viroles, l'hémostase a été absolument parfaite. Comme je fais la section à 1 centimètre environ de la ligature, la portion de foie qui est en dehors de la ligature se vide du sang qu'elle contient. C'est l'affaire d'un instant. Dès qu'elle est vidée, il ne coule plus rien; l'hémostase est parfaite. Sur les pièces que j'ai apportées, vous allez voir que les cicatrices, même récentes, ne contiennent aucune trace de pigment hématique, ce qui indique qu'il n'a pas suinté une seule goutte de sang. »

A propos d'un malade présenté par M. Le Dentu, une discussion s'engage sur le traitement du **talus valgus paralytique par la résection du tendon d'Achille et l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil.**

La Société a nommé : membres correspondants nationaux, MM. Carlier (de Lille), Buffet (d'Elbeuf), Pauchet (d'Amiens) et Brousse (de l'armée); membres associés étrangers, MM. Keen (de Philadelphie), Maydle (de Prague), et Mac Burney (de New-York); membres correspondants étrangers, MM. Sneguireff (de Moscou), Schede (de Bonn), et Bradfort (de Baltimore).

VARIÉTÉS

Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, du XV[e] au XIX[e] siècle (1).

Par le docteur A. Corlieu,
Bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine.

Petit, Jacques (de Pierrefitte), fut nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu le 13 février 1654. Il était entré tout jeune comme externe à l'Hôtel-Dieu et il y resta en fonctions jusqu'en 1700. Petit n'était pas, dit-on, d'humeur facile, et négligea de faire des leçons aux élèves chirurgiens. Il fit quelques opérations de taille à l'Hôtel-Dieu, ce qui lui attira des désagréments, par suite des réclamations du lithotomiste de l'Hôtel-Dieu, Collot. Malgré les reproches qu'on lui adressa, Jacques Petit donna un bel exemple du mépris des richesses, car il préférait donner ses soins aux pauvres malades, plutôt qu'aux grands personnages, *ventosæ gloriæ incuriosus*. On lui conserva son traitement et son logement à l'Hôtel-Dieu, où il mourut le 22 août 1708, âgé de quatre-vingt-dix-sept ans, et il fut enterré sur sa demande dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu. Que sont devenus ses ossements?

Son portrait est conservé dans la galerie des tableaux de la Faculté de médecine.

Méry, Jean, succéda à Jacques Petit le 9 janvier 1700. Deux chirurgiens s'étaient présentés pour obtenir la succession, de Petit, savoir : Méry, chirurgien à Paris, professeur en anatomie, et Antoine, maître chirurgien à Méry-sur-Seine. Méry fut préféré. Né le 6 janvier 1645 à Vatan dans le Berri (aujourd'hui département de l'Indre) où son père était maître chirurgien, il avait été nommé en 1681 chirurgien de la reine; en 1683, chirurgien des Invalides; en 1684, membre de l'Académie des sciences. Il refusait de voir des malades en ville, disant que le service de l'Hôtel-Dieu et l'Académie des sciences remplissaient toute son ambition. Il ne voulait point d'augmentation de fortune, dit un de ses biographes, ce qui lui eût coûté un temps destiné à de nouveaux progrès dans la chirurgie.

Je ne sais si nos chirurgiens d'aujourd'hui partagent cette opinion.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 108.

Son traitement comme chirurgien de l'Hôtel-Dieu fut porté à 2000 livres « pour toutes choses ».

Son portrait est à l'Hôtel-Dieu.

Méry est mort le 3 novembre 1722, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Thibaut, Antoine, succéda à Méry en 1722. Né à Couillet dans le comté de Namur, près de Charleroi (Hainaut), il se fit recevoir maître chirurgien le 24 octobre 1711. Il a été gagnant-maîtrise à l'Hôtel-Dieu, eut pour maître Jacques Petit, s'attacha plus tard à Méry, et fut un lithotomiste habile. Il est mort le 17 mars 1725 et a été inhumé à l'hôpital Saint-Louis, qui dépendait alors de l'Hôtel-Dieu.

Son portrait est à l'Hôtel-Dieu.

A Thibaut succéda Boudou, Pierre, nommé le 18 avril 1725. Il avait été reçu maître chirurgien le 6 mai 1713. Ses honoraires furent fixés à 1600 livres avec promesse d'augmentation. Après quatre ans de services il réclama l'augmentation promise : le bureau décida qu'à partir du 1[er] juillet 1729, il recevrait 2000 livres, outre le logement et la nourriture, sans que cela puisse tirer à conséquence pour ses successeurs. Il est mort en 1744. Son portrait est conservé à l'Hôtel-Dieu, dans le bureau du directeur. Il est représenté en tenue de service, avec le tablier blanc.

Moreau, Jean-Nicolas, succéda à Boudou en 1744. Reçu maître en chirurgie le 29 août 1733, il avait été nommé en survivance de Boudou. C'est pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, en 1783, qu'apparaissent les Grandjean, père et fils, comme oculistes à l'Hôtel-Dieu. Depuis 1765, ils pratiquaient l'opération de la cataracte par le procédé de Daviel. Avant eux, on appelait souvent un chirurgien étranger à l'Hôtel-Dieu. De son côté, le collège de chirurgie possédait, depuis le 10 novembre 1765, une chaire de maladies des yeux, fondée par De la Martinière, et dans laquelle parurent Deshayes-Gendron, Becquet et Arrachart. Moreau est mort le 19 avril 1786 et a été inhumé dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu.

Son portrait est à l'Hôtel-Dieu.

Ferrand J.-B., reçu maître chirurgien le 9 juillet 1763 (*De encephalocele seu hernia cerebri*), professeur et démonstrateur royal en survivance pour les opérations au collège de chirurgie, avait été nommé premier chirurgien en survivance, le 10 janvier 1776 pour aider Moreau très âgé, le suppléer dans ses fonctions en cas de légitime empêchement, sans traitement, mais seulement nourri, chauffé, éclairé et logé dans l'Hôtel-Dieu; mais Ferrand est mort au mois de février 1785, et fut remplacé par Desault, comme chirurgien en survivance.

Desault, Pierre-Joseph, est sans contredit la plus grande figure qui, jusqu'à présent, ait paru à l'Hôtel-Dieu; il fut élu à la place de Ferrand et aux mêmes conditions que lui. Il habitait alors un bien modeste appartement, rue de la Harpe, vis-à-vis la rue du Foin, bien différent des luxueux appartements de nos chirurgiens d'aujourd'hui. La biographie de Desault est trop connue pour que nous nous y arrêtions. Nous rappellerons seulement qu'il soutint sa thèse de maître en chirurgie : *De calculo vesicæ urinariæ eoque extrahendo, prævia sectione ope instrumenti Hawkynsiani emendati*, le 31 août 1776, et que ce fut la première thèse soutenue dans la nouvelle École de chirurgie, notre Faculté actuelle.

Desault, dont le portrait est conservé à l'Hôtel-Dieu, fut non seulement un chirurgien remarquable, mais il s'occupa aussi de l'hygiène hospitalière, et en 1788 il protestait hautement contre le placement de plusieurs malades dans le même lit, ce qui portait à 330 ou 340 le nombre des malades de son service. Si, dans ses rapports avec ses élèves, il n'avait pas l'aménité de nos chirurgiens actuels, il était bon, généreux, bienfaisant : il en était adoré. Il est mort le 1[er] juin 1795, âgé de cinquante et un ans, après quelques jours de maladie, très probablement de ce qu'on

qualifierait aujourd'hui du nom de fièvre infectieuse.

Pelletan, Philippe-Jean, est le dernier chirurgien de l'Hôtel-Dieu au XVIIIe siècle. Fils d'un maître chirurgien de Paris, il fut nommé par concours, le 8 juin 1775, gagnant maîtrise, l'emportant de beaucoup sur ses concurrents. Le 21 octobre 1788 il soutenait sa thèse de maître en chirurgie (*De enterocele strangulata*), et, à la mort de Desault, il fut choisi pour le remplacer à l'Hôtel-Dieu. Merveilleusement doué pour l'enseignement, opérateur habile, démonstrateur précis et éloquent, Pelletan termine la série des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu du XVe au XVIIIe siècle. Lorsque l'Ecole de santé fut créée le 14 frimaire an III (4 décembre 1794), Pelletan fut nommé à la chaire de clinique à l'hôpital de perfectionnement. Nous n'avons plus à le suivre dans son enseignement : nous n'avons qu'à renvoyer le lecteur à notre *Centenaire de la Faculté de médecine*, 1896 (1).

Il est mort à Bourg-la-Reine, le 26 novembre 1829.

Ici se termine cette monotone chronologie. Le lecteur aurait sans doute désiré voir dans les pages précédentes une appréciation sur les personnages qui ont été à la tête du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, sur l'hygiène des salles et sur l'enseignement. Cette dernière partie a été traitée dans mon opuscule ayant pour titre : *L'enseignement au collège de chirurgie* et incidemment dans mon ouvrage : *L'ancienne Faculté de médecine de Paris*. Alors, comme aujourd'hui, il y avait une distinction notable entre le service hospitalier et l'enseignement. Toutefois, on retrouve, dans le fonctionnement de l'ancien Hôtel-Dieu, ce qu'on pourrait appeler les germes du service actuel. Il y avait aussi à l'Hôtel-Dieu un enseignement pratique différent de celui du collège de chirurgie, qui était théorique.

Mais à côté de la chirurgie proprement dite, il y avait une chirurgie spéciale, celle des *taillés*, qui fera l'objet d'un mémoire particulier et qui aura pour titre : *La taille à l'Hôtel-Dieu de Paris*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 28 janvier 1901, sont promus dans le corps de santé militaire au grade de médecin aide-major de première classe et maintenus à leur poste actuel, les soixante-dix médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent : MM. Tanton, Vennin, Julié, Rouvillois, Malaspina, Würtz, Humbel, Cochois, Spire, Le Dantec, Pigeon, Josse, Sousselier, Grenier de Cardenal, Mordant, Chaudoye, Sirot, Ga dit Gentil, Jojot, Bouchart, Debève, Le Guelinel de Lignerolles, Uzac, Blot, Vorbe, Mercier, Alix, Laporte, Blondeau, Jullien, Thouzellier, Courvoisier, Kolb, Fabre, Régnault, Rigourd, Moulin, Ouin, Robert, Rouchaud, Vergne, Hochwelker, Gueytat, Delbru, Diénot, Janot, Genevrier, Delacroix, Lorentz, Blondel de Joigny, Beaujeu, Wyart, Lexa, Dauthuile, Boppe, Hahn, Sorel, Comte, Busy, Humbert, Cordier, Lannou, Caillon, Trille, Billon, Savornin, Morel, Ecochart, Munaret, Suttel.

Marine. — Par décret en date du 28 janvier 1901, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Crossouard et Clouard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Gautier et Lecomte.

Postes et télégraphes. — Par un arrêté ministériel en date du 30 janvier 1901, une commission est instituée en vue d'étudier les moyens d'établir un sanatorium affecté aux agents et sous-agents de l'administration des postes et télégraphes, atteints de tuberculose.

Parmi les membres de cette commision, nous relevons les noms de MM. Napias, directeur de l'Administration de l'Assistance publique; Suss, Dagron, et Mme Gaches-Barthélemy, médecins de l'administration des postes et télégraphes, M. Mignot, chirurgien de la même administration.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 4e semaine de janvier, 1007 décès, chiffre inférieur à ceux des deux semaines précédentes (1069 et 1035) et à la moyenne ordinaire des semaines de janvier (1028).

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (la moyenne est 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste à peu près le même (45).

La variole a causé 12 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 84. L'épidémie de variole ne se développe pas, mais ne diminue pas ; les personnes qui se font revacciner, quel que soit leur âge, se mettent pour plusieurs années à l'abri de cette terrible maladie.

Les autres maladies épidémiques ont une fréquence moyenne. Telles sont la rougeole, 10 décès (au lieu de la moyenne 4); la scarlatine, 1; la coqueluche, 3, et la diphtérie, 10 (au lieu de la moyenne 7).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 28).

En outre, 45 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 210 décès, au lieu de 200 pendant la semaine précédente et au lieu de 182, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 19 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 30 (au lieu de la moyenne 32); pneumonie, 48 (au lieu de la moyenne 56). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 113 décès, dont 44 sont dus à la congestion pulmonaire et 53 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 181 décès (au lieu de la moyenne 186); la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 8; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 52 décès ; les maladies organiques du cœur, 69 ; le cancer a fait périr 52 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale, 9; la cirrhose du foie, 7, et la néphrite, 25 ; enfin 49 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 22 morts violentes, dont 13 suicides.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie.* — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 12 février 1901, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Mardi à une heure un quart, M. Trousseau : Thérapeutique oculaire externe. — Mercredi à une heure, M. Kalt : Chirurgie oculaire. — Jeudi à deux heures, M. Dubief : Démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Vendredi à deux heures, M. Valude : Clinique ophtalmoscopique ; présentation de malades. — Samedi à deux heures, M. Chevallereau : Médecine légale oculaire. — Consultations et opérations à une heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion du Carnaval de Nice (du 31 janvier au 19 février), des Régates internationales de Cannes (22 février au 17 mars) et de Nice (mars et avril), des vacances de Pâques, du tir aux pigeons de Monaco, la Compagnie délivrera jusqu'au 15 avril, des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

(1) Un vol. de texte gr. in-4° et un de fig., p. 49 et passim.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 5 FÉVRIER 1901. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Cancer de la portion ampullaire du rectum; essai d'extirpation par le périnée; impossibilité d'abaisser le rectum; anus contre nature; dans un deuxième temps, opération abdomino-périnéale; guérison, par M. Paul Delbet, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. — Analgésie cocaïnique par voie rachidienne, par M. Tuffier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CANCER DE LA PORTION AMPULLAIRE DU RECTUM

ESSAI D'EXTIRPATION PAR LE PÉRINÉE
IMPOSSIBILITÉ D'ABAISSER LE RECTUM; ANUS CONTRE NATURE
DANS UN DEUXIÈME TEMPS, OPÉRATION ABDOMINO-PÉRINÉALE
GUÉRISON

Par M. Paul Delbet,
Chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

Les extirpations de cancer rectal par la voie abdomino-périnéale, suivies de guérison, ne sont pas encore très nombreuses. Je crois donc intéressant de publier le cas suivant. D'ailleurs, l'observation présente des particularités qui lui méritent d'être connue.

Le nommé B... (Gustave) entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 20, le 22 juin 1900, pour une affection douloureuse du rectum.

Ce malade est âgé de quarante-deux ans. Il est bien bâti, solide, et rien dans son aspect extérieur ne fait soupçonner la gravité de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Le père et la mère sont vivants et bien portants, le malade a un frère également bien portant.

Le malade exerce la profession d'emballeur. Il a fait son service militaire aux colonies, et a contracté pendant son séjour dans les pays chauds les fièvres intermittentes. En 1883, à vingt-cinq ans, il contracte un chancre syphilitique et se fait soigner à Saint-Louis, où on lui donne des pilules mercurielles. Des plaques muqueuses sont apparues peu après, puis de l'alopécie diffuse. Les accidents ont cédé au traitement. Dans les années suivantes, le malade s'est soigné de temps à autre, mais irrégulièrement. Depuis l'âge de vingt-neuf ans, il ne se rappelle aucun accident syphilitique. Le malade est marié ou à peu près, sa femme est bien portante mais n'a pas d'enfants.

Le malade souffre depuis deux mois. Depuis cette époque il éprouve des douleurs au périnée et à l'anus. D'abord supportables, ces douleurs sont devenues rapidement violentes : en même temps elles ont irradié et s'étendent maintenant dans toute la partie supérieure des cuisses. Il y a six semaines, le malade s'est aperçu qu'il saignait abondamment chaque fois qu'il allait à la selle. Dans ces derniers temps, les hémorragies sont devenues abondantes et plus fréquentes. Presque toutes les deux heures, le malade éprouve une sensation de pesanteur au fondement, il essaye d'aller à la selle mais ne rend que des glaires et du sang.

C'est seulement dans ces derniers temps, que le malade a éprouvé de la difficulté dans la défécation. La défécation était douloureuse depuis deux mois, mais s'accomplissait sans trop d'effort. Dans ces dernières semaines, les évacuations ne se faisaient plus qu'à trois ou quatre jours d'intervalle, en provoquant de violentes douleurs.

Inquiet de ces divers symptômes, le malade est allé à diverses consultations. Il est allé en particulier à l'Hôtel-Dieu; on lui conseilla des lavements calmants, en lui déclarant qu'il était atteint d'hémorroïdes. Je suppose que jugeant le malade inopérable, on lui aura donné cette étiquette pour calmer ses inquiétudes. Le traitement topique qui lui avait été conseillé ne le soulagea d'ailleurs pas; le malade se décida à venir à la consultation de Necker et fut admis dans le service de M. le professeur Le Dentu, absent alors pour raison de santé, et suppléé par M. Mauclaire, agrégé. M. Mauclaire examina le malade, porta le diagnostic de cancer, puis voulut bien le confier à mes soins.

L'exploration locale fournit les renseignements suivants :

L'index, enfoncé dans le rectum, sent à 6 centimètres de l'anus une plaque irrégulière et fongueuse occupant la paroi antérieure du rectum. La surface de cette plaque mesure 4 centimètres dans le sens vertical; circonférentiellement, elle occupe les deux tiers environ de la surface rectale; un peu plus étendue sur la gauche que sur la droite. Les tissus qui constituent la partie superficielle de la plaque sont mous, végétants; on sent des saillies papillaires qu'il est facile d'arracher avec le doigt; cette exploration fait saigner le malade. Le calibre de l'intestin est rétréci. On passe l'index cependant, mais à la condition d'appuyer avec une certaine insistance. La paroi postérieure et la portion adjacente des parois latérales paraissent cependant intactes, et le rectum ne semble pas adhérent au sacrum. On verra au cours de l'intervention combien ces résultats de l'examen se trouvèrent infirmés.

L'ulcération est donc limitée aux parois antérieures et latérales. Elle repose sur une portion épaissie infiltrée, due à l'envahissement de la paroi rectale. Celle-ci semble envahie dans toute son épaisseur. Il est, de plus, impossible de mobiliser le rectum sur la prostate.

Une sonde introduite par l'urètre pénètre aisément dans la vessie. Essaie-t-on de la mobiliser, on constate que, dans

la région prostatique, elle entraîne la tumeur; la vessie est, au contraire, mobile sur le néoplasme.

La palpation de l'aine, de la fosse iliaque, ne permet pas de sentir de ganglion.

En résumé, il s'agissait d'un épithélioma de la portion ampullaire, limité aux parois antérieure et latérales et adhérent à la prostate. La nature cancéreuse de l'affection ne fit de doute pour aucun de ceux qui examinèrent le malade : cependant, comme celui-ci avait eu la syphilis, on fit l'épreuve du traitement. J'eus soin, en outre, d'enlever une petite végétation, qui fut examinée au laboratoire de la clinique, on put ainsi nettement constater l'existence d'un néoplasme épithélial.

Le malade souffrait énormément. Il n'allait à la selle que tous les trois ou quatre jours. Chaque fois il passait plusieurs heures aux cabinets, ne rendant les matières qu'au prix de douleurs violentes, qui lui arrachaient des cris que l'on entendait dans toute la salle. Il maigrissait, l'état général s'altérait, il fallait prendre une décision.

On pouvait faire à ce malade un anus contre nature; c'était, à vrai dire, le traitement rationnel en face d'un épithélioma ulcéré, provoquant de la rétention stercorale. L'anus contre nature devait remédier aux douleurs et à la rétention stercorale. D'autre part, l'adhérence du rectum à la prostate semblait rendre impossible une extirpation complète. Je résolus néanmoins de tenter les chances d'une opération radicale en m'appuyant sur les considérations suivantes :

D'abord, faire un anus contre nature, c'était condamner certainement le malade à la mort; l'anus aurait retardé la terminaison fatale; mais en somme laissait évoluer le néoplasme. D'autre part, si la majorité des chirurgiens considère les adhérences aux viscères voisins, comme une contre-indication aux tentatives d'extirpation, cette opinion n'est pas cependant absolue. On connaît plusieurs cas d'éviscération étendue du petit bassin, qui ont été suivis d'un heureux résultat. Enfin, ce malade se présentait dans des conditions relativement favorables. Son état général n'était pas trop atteint; le néoplasme était peu étendu, il laissait le sphincter et la portion anale intacts. On pouvait donc espérer un succès complet, c'est-à-dire obtenir en fin de compte un rectum continent.

Voici le plan opératoire que je projetai :

Incision médiane antéro-postérieure, partant en avant, de la racine des bourses sur la ligne médiane, se portant en arrière, contournant l'anus à gauche et se prolongeant en arrière jusqu'au coccyx. J'obliquais un peu à gauche pour ne pas ouvrir l'anus et parce que l'épithélioma paraissait s'étendre un peu dans cette direction. L'incision des téguments une fois faite, je voulais décoller le rectum en avant comme dans la taille prérectale, décoller sa face latérale gauche, puis sa face postérieure, et enfin, le contournant en avant et en arrière, aller détacher sa face latérale droite. J'étais fermement résolu à n'inciser le rectum dans aucun cas, mais, après l'avoir isolé, à dilater légèrement l'anus et à attirer le segment dénudé dans l'anus en l'invaginant suivant le procédé de Moulonguet et de Hochnegg. J'aurais terminé par l'excision hors de l'anus et une suture circulaire en étage du bout supérieur et du bout inférieur.

Le 13 juillet 1900, assisté par M. Guéniot, interne du service, je me suis mis en devoir de mettre ce plan à exécution. Tout d'abord marcha assez bien. Incision antéro-postérieure des téguments, ouverture de la fosse ischio-rectale du côté gauche, dissection du rectum. Puis par la brèche ainsi ouverte isolement de la face antérieure. Cette deuxième partie fut plus pénible. L'épithélioma débordait la paroi et commençait à envahir la prostate; il fallut donc tailler aux ciseaux dans la glande prostatique et enlever environ un centimètre d'épaisseur de la base; au-dessus de la prostate je trouvai un plan de clivage dans lequel mes doigts pénétrèrent facilement pour isoler le rectum; après isolement, j'aperçus en place la vésicule droite, mais ne constatai pas la présence de la gauche. Celle-ci avait été vraisemblablement rejetée en arrière, confondue avec le rectum dans les parties déjà infiltrées par le néoplasme.

A partir de ce moment les difficultés surgirent. Quand je voulus passer en arrière pour décoller le rectum des plans sacrés, je me sentis rapidement arrêté par une infiltration scléreuse qui, partant du néoplasme, se portait en arrière et en haut le long du rectum et gagnait la concavité sacrée. Il y avait là une lymphangite cancéreuse avec sclérose et infiltration qui allait de la paroi rectale à la concavité sacrée. Comment cette infiltration avait-elle échappé à un examen clinique attentif? Je pense qu'il y avait lymphangite avec périlymphangite des couches musculaires et celluleuses du rectum, tandis que la muqueuse restait indemne; et c'était la muqueuse seule que mobilisait le doigt rectal; cette mobilité de la muqueuse avait fait croire à une mobilité de toute l'épaisseur du conduit.

J'essayai de détacher ces adhérences de la concavité sacré et j'y réussis d'abord en employant les ciseaux et le bistouri et en rasant l'os : bientôt je fus à bout de doigt et je n'avais pas encore dépassé la zone scléreuse.

Que me restait-il à faire? J'avoue que je fus assez embarrassé. D'une part le rectum était complètement isolé dans sa partie inférieure. D'autre part, au lieu d'un processus limité à une portion de l'intestin, je rencontrais une infiltration étendue; enfin, il était évident que je ne pourrais en aucun cas abaisser suffisamment le bout supérieur pour l'unir au bout inférieur. Le plan opératoire primitif ne pouvait être mis à exécution; les choses ne pouvaient non plus être laissées en état. Après un instant de réflexion, je me résolus à détourner premièrement le cours des matières et à tamponner ma plaie, me réservant de prendre une décision définitive à tête reposée.

Je sacrifiai donc le sphincter qui ne pouvait plus désormais me servir, et le circonscrivant rapidement de deux coups de bistouri, j'achevai d'isoler le bout inférieur du rectum. Je liai ensuite le bout inférieur de manière à le fermer hermétiquement, puis je tamponnai à la gaze iodoformée la vaste excavation que j'avais créée en isolant le rectum. Faisant ensuite une incision dans la région iliaque gauche, j'allai à la recherche de l'S iliaque, l'attirai en dehors, passai une sonde sous l'intestin à travers le méso, afin de créer ainsi un anus iliaque par le procédé de Reclus. Mais instruit par la lecture des travaux de M. Quénu et redoutant avant tout le contact des matières avec le bout inférieur, ainsi que l'infiltration consécutive des matières dans le périnée, je plaçai en outre, sur ce que je crus être le bout inférieur de l'intestin, une ligature serrée à la gaze iodoformée et sur le bout supérieur un clamp modérément serré. Je ne fis aucune suture ni sur le périnée ni sur la plaie pariétale.

Le lendemain, 14 juillet, je trouvai le malade un peu faible, mais la température était à 39°2 et le pouls à 96. Le malade avait eu quelques vomissements post-anesthésiques, mais souffrait peu, et en somme, ne se trouvait pas autrement mal. Je recommandai la diète, ne donnant qu'un peu de champagne glacé.

Le 15, l'état était satisfaisant, pas de fièvre, mais le malade éprouvait dans le flanc gauche des douleurs qu'il attribuait à la présence de gaz. C'est comme si ça voulait sortir, disait-il, puis cela revient en me faisant très mal. Je fis donner un peu de lait, et en même temps je prescrivis des pilules d'extrait thébaïque d'un demi-centigramme, une toutes les heures.

Le 16, la température était toujours de 37°5; il n'y avait eu pour ainsi dire pas de fièvre la veille. Le malade ne se plaignait pas de son périnée, mais les gaz intestinaux lui faisaient souffrir des douleurs intolérables; il avait quelques renvois gazeux par la bouche, du hoquet et demandait énergiquement à être débouché. Je me mis en devoir d'accéder à son désir. Je sectionnai la bande de gaze iodoformée que je pensais fermer le bout supérieur de l'anse herniée. Je retirai le drain qui traversait le mésentère, puis je fis une ponction au thermo au sommet de l'anse. Je laissai en place le clamp que je croyais fermer le bout inférieur de l'anse. Par ma ponction, il s'échappa une certaine quantité de gaz, mais pas de matières. Le fait m'étonna un peu, mais le malade se trouvant soulagé, je n'allai pas plus loin.

Le 17, l'état général était toujours satisfaisant, l'apyrexie à peu près complète, mais les phénomènes d'obstruction avaient reparu. En fait il n'avait pas coulé de matière par l'anus artificiel. Je me rendis compte alors que le clamp enserrait non pas le bout inférieur de l'anse herniée mais le bout supérieur. Je n'avais donc ouvert que le bout inférieur de l'intestin. J'insiste sur ces faits parce qu'ils me paraissent avoir joué un rôle important dans l'heureuse issue de l'intervention.

Je profitai de la leçon que le hasard m'avait donnée et avant d'enlever le clamp supérieur, je plaçai une nouvelle pince sur le bout inférieur, en la serrant avec une certaine vigueur : j'enlevai ensuite le clamp supérieur. Des matières liquides et gazeuses se précipitèrent aussitôt au dehors : mais grâce à la précaution que j'avais eue de mettre un clamp sur le bout inférieur, les matières ne pouvaient dans aucun cas passer dans le bout inférieur et venir souiller ma plaie rectale.

Dès lors, tout marcha à souhait, le malade reprit son alimentation habituelle. Le pansement périnéal fut changé le 18, cinquième jour après l'opération. Il n'y avait pas de suppuration, les surfaces de la plaie commençaient à bourgeonner, le bout inférieur du rectum présentait par place une teinte sombre indiquant un commencement de gangrène. Mais on eut soin de toujours bien isoler par la suite ce segment au milieu du pansement, de manière à empêcher l'infection du foyer opératoire. Le malade se remontait et prenait des forces : le clamp laissé en place sectionnait complètement le bout de l'intestin et tombait le 19 juillet.

Le 21 juillet 1900, je passai au deuxième temps de l'extirpation, à l'extirpation abdomino-périnéale.

Le malade, ayant été porté dans la salle d'opération de la gynécologie, est soigneusement désinfecté; l'anus contre nature est oblitéré par des lanières de gaze enfoncées dans la cavité intestinale : le malade endormi est mis en position déclive et je fais une laparotomie médiane avec l'aide de MM. Guéniot et Hallopeau, internes. La main, introduite dans le ventre, sent l'S iliaque et le suit jusqu'au rectum. Le méso-rectum est infiltré dans sa partie inférieure, libre en haut. J'incise le méso-rectum à peu près en face du promontoire, je place une pince à pression sur l'intestin à ce niveau et deux centimètres plus bas une ligature serrée. Entre la ligature et la pince, je sectionne l'intestin au thermo-cautère, après avoir protégé le ventre à l'aide de compresses; je détruis ensuite toute la portion d'intestin qui est au delà de la pince et désinfecte la cavité du moignon enserré par la ligature. Je sectionne le méso-rectum en liant à mesure les vaisseaux qui saignent, et commence à décoller, avec le doigt, les tissus infiltrés qui remplissent la concavité sacrée. Ceci fait, laissant le ventre ouvert, je confie à mes aides la surveillance de l'abdomen. Je me place entre les jambes du sujet, je reprends le bout inférieur après avoir détamponné le périnée, j'incise le cul-de-sac prérectal oblitéré par des adhérences; sur cet orifice, je passe une pince, je prie les aides qui surveillent l'abdomen, d'engager dans cette pince les extrémités du fil qui enserre l'intestin, fil que j'ai laissé long à dessein : je tire ce fil vers le périnée, le bout supérieur du rectum suit; je puis alors assez aisément, pendant que mes aides protègent le ventre avec des compresses, achever, en me servant de ciseaux longs, d'énucléer l'intestin, et tout ce qui occupe la concavité sacrée. Je tamponne légèrement la cavité résultant de l'extirpation du sacrum, absolument comme on tamponne le vagin après une hystérectomie vaginale. Je prie alors mes aides, d'achever du côté du ventre. L'intestin ayant été sectionné entre l'anus contre nature et le rectum, il reste une portion d'intestin au-dessous de l'anus. J'aurais pu la faire reséquer, mais l'opération avait été longue. Je me contente de la faire fixer dans l'angle supérieur de la plaie abdominale, et je fais fermer le ventre en étage.

En résumé, le malade a maintenant un anus iliaque définitif, un segment d'intestin partant de cet anus et aboutissant à la paroi, en exclusion. La concavité sacrée est évidée jusqu'à la face postérieure de la vessie, et remplie par un tamponnement lâche.

Le suites opératoires ont été simples : pas de schock, pas d'élévation de température. Les fils de la paroi sont enlevés au sixième jour; la réunion était parfaite. Du côté du périnée on fait les deux premiers pansements le cinquième et le dixième jour; le bourgeonnement se fait bien. On voit bientôt la vessie se distendre, se porter en arrière et venir s'accoler au sacrum. Le dixième jour, de petites quantités de pus apparaissent, et on est obligé de faire le pansement tous les deux jours. Malgré les soins, un peu de pus stagne dans la concavité sacrée; bientôt le malade est pris de dysurie, on est obligé de le sonder et ses urines deviennent purulentes. On pourrait croire à une infection par le cathétérisme, mais il est à peu près certain que cette infection vésicale est due à la propagation directe de la suppuration qui baigne le sacrum, à la muqueuse vésicale à travers la paroi de la vessie, par le mécanisme qui nous a été enseigné par Reymond, Posner et Lewin. A cette époque, l'état fut assez inquiétant. L'urine se chargea de pus et, rassemblée dans un bocal, se montra trouble dans la totalité de sa masse; la température était de 37°5 le matin, et montait à 38°5, 39 degrés le soir; un jour, elle atteignit même 39°7. Le malade avait la langue sèche, vernissée, ne pouvait plus s'alimenter, et j'eus à cette époque de sérieuses inquiétudes sur son état. Je fis mettre une sonde à demeure, je fis laver la vessie trois fois par jour à l'eau boriquée, et renouveler le pansement de la plaie sacrée deux fois par jour. Grâce à ces mesures, nous triomphâmes de l'infection vésicale et de la pyélite commençante. La plaie périnéale se combla peu à peu. Le 15 août, le malade commençait à se lever, et quand je revins de vacances fin septembre, je le trouvai allant et venant dans la salle, engraissé, bien portant, se considérant comme parfaitement guéri.

Le malade est resté cependant quelques semaines encore à l'hôpital pour des raisons d'ordre secondaire.

Je rappelle que j'avais fixé la portion d'intestin comprise entre l'anus et le point où je sectionnai l'intestin pendant la laparotomie, dans l'angle supérieur de la plaie de la laparotomie. J'aurais pu évidemment extirper cette portion d'intestin par rebroussement, mais l'opération avait été longue, je craignis de l'allonger, d'augmenter les difficultés opératoires; c'est pourquoi je l'avais laissée en place. Le malade

a donc un anus contre nature, puis au-dessous, un segment intestinal en exclusion, et ouvert à la paroi à ses deux extrémités. Je pensais que cette portion exclue s'atrophierait. Il n'en a rien été. Des mucosités, du liquide filant s'écoulent par l'orifice inférieur de l'intestin exclu, et gène le malade. Il me demanda à le débarrasser de cette infirmité. Je fis faire d'abord, par un interne de service, l'abrasion de la muqueuse et la suture : cette opération diminua l'étendue de la fistule sans parvenir à l'oblitérer complètement.

Ultérieurement, je fis faire des cautérisations qui rétrécirent encore l'orifice; mais le malade ayant fait des difficultés pour se soumettre à une opération radicale, je finis par l'abandonner; il garda encore une fistulette à ce niveau. Il eût été facile, si le malade avait été plus docile, de fermer cette fistule.

L'anus contre nature fonctionne normalement, il a plutôt tendance à se rétrécir et à se fermer. Le malade, assez incommodé au début, a fini par s'habituer à son état. Je demandai la ceinture spéciale à l'administration, mais ne pus rien obtenir, sous prétexte que le malade n'était pas à Paris depuis assez longtemps; les démarches demandèrent du temps; en fin de compte je dus faire les frais de l'appareil. Je tenais à signaler ce petit point. Avec l'appareil, le malade va et vient, se livre à ses occupations et se trouve parfaitement à son aise.

Malheureusement si le malade a retrouvé ses forces, il a perdu, à l'opération, la faculté d'entrer en érection. Cet état lui est extrêmement désagréable et j'ai dû lui promettre, pour le consoler, que c'était là un état passager.

Avec ce désideratum, le malade est sorti de Necker le 5 novembre 1900, parfaitement guéri.

Fallait-il opérer ce malade et quelle voie pouvait-on suivre? Voilà deux points qui méritent d'être analysés.

La douleur violente, le ténesme, la difficulté des évacuations, imposaient absolument l'intervention. On ne pouvait laisser le malade dans l'état pitoyable où il était, sans tenter quelque chose pour le soulager.

Or, trois opérations seules étaient possibles :

Une opération palliative, l'anus iliaque; deux opérations radicales, l'extirpation sacrée ou l'extirpation abdomino-périnéale.

Si bien faite qu'elle soit, quelque résultat qu'elle donne une opération palliative n'est jamais qu'un pis aller : c'est une capitulation devant le mal. On ne pouvait donc y songer que si l'extirpation était reconnue impossible. Je sais que beaucoup de chirurgiens considèrent les adhérences à l'appareil urinaire comme une contre indication absolue aux extirpations du rectum cancéreux. La lecture d'un certain nombre de travaux français et étrangers m'ont appris depuis longtemps que cette contre-indication n'est pas formelle. Lorsque l'appareil urinaire n'est pas profondément atteint, il est aisé, en taillant dans la prostate et la vésicule, de séparer les parties malades des parties saines et de faire une extirpation suffisamment radicale. En fait, dans mon observation, ce temps n'a présenté aucune difficulté particulière. L'état général était satisfaisant : il ne paraissait pas y avoir de grosses masses ganglionnaires à distance; on pouvait tenter l'extirpation.

Restait à déterminer la voie à suivre. J'aurais pu suivre la voie sacrée, j'aurais pu, au cours même de l'opération, me donner du jour en réséquant le coccyx, un fragment du sacrum même : mais sur ce point, je me suis fait, par mes lectures, par l'observation de malades que j'ai vus dans des services hospitaliers que j'ai parcourus, par mes conversations avec mes maîtres, une opinion assez arrêtée.

L'opération sacrée a la prétention de permettre un large accès sur le rectum, d'extirper le néoplasme en rétablissant la continuité du tube intestinal, de vider l'excavation sacrée des ganglions et des prolongements néoplascés. Sans vouloir bien entendu, critiquer d'une manière formelle cette opération, je dois dire que la plupart du temps j'ai vu bien des néoplasmes être plus étendus que ne le faisait supposer l'examen clinique, et alors après une libération assez difficile, généralement incomplète, il était impossible d'abaisser le bout supérieur : on était obligé de le fixer dans la plaie sacrée, laissant après l'opération le plus mauvais de tous les anus artificiels — ou bien le néoplasme était petit, suffisamment mobile et des voies plus simples auraient permis de faire aussi bien. Une incision large, médiane, sur le périnée, donne, sur la partie inférieure du rectum, un accès aisé. Le fait a été démontré par Heydenreich, par Hartmann, maîtres que je cite surtout parce que je connais bien leurs travaux, et il est parfaitement possible de conserver par cette voie un sphincter continent. Dans le cas actuel, je n'aurais pas pu isoler aussi aisément par la voie sacrée les parties déjà envahies de la prostate.

Mais ce qui me paraît constituer la vraie contre-indication à l'opération sacrée, c'est sa gravité. Quels que soient les résultats fournis par les statistiques, et ils ne sont pas tous brillants, il est un fait, c'est que le sacrum est une véritable éponge lymphatique et veineuse : n'est-ce pas singulièrement grave d'amener en face de ces millions de bouches ouvertes à l'absorption les produits septiques de l'intestin et ses bataillons de coli-bacille. Le sacrum après l'opération sacrée est presque aussi bien disposé à l'infection que l'utérus après l'accouchement. On sait ce qu'il en coûte d'infecter ce dernier, même légèrement. C'est à cause de ces dangers que j'étais bien résolu, chez mon malade, à ne faire en aucun cas un débridement sacré.

Dès que le néoplasme est étendu, la voie abdomino-périnéale, malgré sa complexité apparente, est infiniment supérieure à la voie sacrée. Elle est nécessairement plus radicale puisqu'elle permet d'évider complètement le petit bassin et de reculer la limite de l'opérabilité.

Chez mon malade, elle a été parfaite. On pourrait objecter que mon malade guérit, somme toute, avec un anus contre-nature et qu'on eût obtenu aussi bien, à moins de frais, par cette simple opération. La similitude des résultats ne serait qu'apparente. L'infirmité est la même dans les deux cas. Mais peut-on comparer l'anus que donne l'extirpation abdomino-périnéale à l'anus iliaque palliatif? En donnant au malade un bon obturateur, on obvie à tous les inconvénients du premier. Dans le second, au contraire, l'obturateur étant en place, les matières sortant difficilement, tendent à s'engager et s'engagent malgré tous les éperons, dans le bout inférieur et l'irritent. L'anus pallie à l'obstruction, il ne soulage que médiocrement le douleurs, et n'empêche pas du tout l'extension du néoplasme *in situ*.

Ces différentes considérations font de l'opération abdomino-périnéale, un des procédés dont la science française a le droit de se montrer fière.

Est-ce à dire que j'ai espérer faire chez mon malade une opération radicale. Nullement, avec cette intensité de l'infiltration néoplasique, la récidive est fatale, mais le néoplasme secondaire va évoluer lentement, à l'abri de l'air, dans un espace que ne parcourt plus aucun organe important, sans grand inconvénient par conséquent. Cette réci-

dive ne sera pas, j'espère, trop hâtive. Actuellement, six mois après l'opération, elle n'est pas encore appréciable.

ANALGÉSIE COCAINIQUE PAR VOIE RACHIDIENNE (1)

Par M. TUFFIER, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

J'ai pratiqué, sous l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne, 300 opérations dont 160 intrapéritonéales; j'ai toujours suivi la méthode que j'ai décrite. Mes élèves ou ceux qui m'ont vu opérer, m'ont communiqué directement un millier de faits, je puis donc actuellement affirmer la bénignité du procédé, mes malades, revus depuis quatorze mois, n'ont jamais présenté aucun trouble du système nerveux. Les incidents qui accompagnent l'analgésie n'ont aucune gravité, ceux qui les suivent, comme la céphalalgie ou l'hyperthermie, peuvent être pénibles, mais sont sans danger.

M'appuyant sur mon expérience personnelle, je crois donc pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les injections sous-arachnoïdiennes lombaires de chlorhydrate de cocaïne produisent une analgésie parfaite de toute la *portion sous-diaphragmatique* du corps.

La durée de cette analgésie est suffisamment longue pour permettre toutes les interventions, quelles qu'elles soient, sur les régions qu'elle occcupe.

Les phénomènes qu'on observe, soit au cours de l'analgésie, soit dans les heures qui suivent, ne paraissent présenter aucune gravité et les sensations qu'elle provoque ne sont pas suffisamment pénibles pour faire abandonner ce mode d'analgésie, surtout si l'on suit exactement notre procédé.

L'analgésie *limitée*, par injection intra-rachidienne de cocaïne, est applicable dans tous les cas où l'anesthésie *générale*, par le chloroforme et par l'éther, est employée. J'ai opéré de dix à soixante-dix-neuf ans, j'ai pu placer mes malades dans toutes les positions chirurgicales sans inconvénient. Les hommes supportent la cocaïnisation beaucoup mieux que les femmes. Quatre de mes malades avaient été chloroformés antérieurement : ils m'ont déclaré que la cocaïnisation était bien moins pénible. Enfin, trois de mes opérés, qui ont dû subir à quelques jours d'intervalle deux interventions, ont aussi bien supporté la seconde analgésie cocaïnique que la première.

Je crois cependant qu'il ne faut l'appliquer ni aux *enfants*, ni aux *hystériques* : les premiers supportent très bien la cocaïne (j'en ai opéré de neuf, de dix et de douze ans, qui n'ont eu aucun trouble), mais il en est d'autres qui pourraient être effrayés; les seconds, à la simple sensation de contact, accusent des douleurs et peuvent ainsi vous gêner pendant l'opération.

Je crois que les *cardiaques* et les *artério-scléreux* n'ont rien à redouter : j'en ai analgésié un grand nombre sans accident.

Pour les *opérations extra-péritonéales*, c'est-à-dire pour toutes les interventions sur le membre inférieur, la hanche, le périnée, l'anus, le rectum, le vagin, l'utérus, le testicule, la prostate, la vessie, l'uretère et le rein, l'opérateur peut agir avec la plus grande sécurité. L'analgésie par voie rachidienne supporte la comparaison avec l'anesthésie générale : l'avenir démontrera si elle doit la remplacer.

Dans les opérations sur le poumon, pour lesquelles l'emploi du chloroforme et l'éther ont de graves inconvénients, je crois qu'elle est la méthode de choix, quand on doit opérer sur les deux tiers inférieurs du thorax.

En ce qui concerne les *opérations intra-péritonéales*, je ne conseille, pour le moment, de recourir à l'anesthésie médullaire, qu'à ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale. Tant qu'il ne survient aucun incident, et c'est la règle, tout est parfait; mais lorsqu'il y a des nausées et des vomissements, l'opérateur peut être gêné. C'est là l'inconvénient de la méthode, inconvénient qui me paraît assez sérieux pour être pris en considération. Dans les opérations simples, appendicite, cure radicale de hernie, hystérectomie vaginale, quelques nausées n'ont pas d'importance, mais il peut en être autrement pour les interventions sur le foie, l'estomac et l'intestin. De même les interventions laborieuses abdominales sur l'utérus pourraient être ainsi compliquées. Bien que j'aie réussi dans tous les cas de ce genre, et que je n'aie jamais eu d'accident ni d'incident capable d'entraver ou même de gêner mon opération, bien que ces vomissements soient d'ailleurs la grande exception, je ne me crois pas autorisé à engager mes collègues dans cette voie.

Quel que soit, au reste, le champ que chacun de nous réserve à cette méthode, je considère notre technique comme devant rester dans la pratique, à côté des anesthésies locales et des anesthésies générales.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(1er FÉVRIER 1901)

MM. Rendu et Boulloche, dès le début de la séance, présentent un enfant de onze ans qui offre le type le plus complet qui se puisse voir de l'**ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique**. L'affection a débuté à la suite d'une pleuro-pneumonie, l'enfant avait alors trois ans. Actuellement l'état est le suivant : rétraction thoracique très marquée et absence absolue d'expansion respiratoire de tout le côté droit, avec scoliose de compensation. Les mains sont un peu plus longues et plus larges que normalement, mais les déformations portent surtout sur les dernières phalanges, qui sont élargies en baguette de tambour. Les ongles, très incurvés dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur, ont tendance à déborder la phalange sur les côtés (ongles en verre de montre). Les déformations aux pieds sont de même ordre, mais elles sont moins accentuées. Les poignets, les articulations tibio-tarsiennes sont très augmentés de volume; les genoux, globuleux, sont distendus par un épanchement articulaire. Pas de troubles fonctionnels; mais de temps en temps se produisent des poussées douloureuses, qui rendent la marche assez difficile.

Depuis les premiers travaux de M. Vincent sur l'**angine à bacilles fusiformes**, de nombreux travaux ont été publiés en France et à l'étranger. Ces faits démontrent la fréquence de cette affection. M. Vincent revient sur quelques particularités relatives à la bactériologie de cette angine :

Le bacille fusiforme est très répandu; il est à peu près constant dans la bouche des sujets sains (22 fois sur 27 sujets). Il existe dans l'intestin. On en trouve quelquefois dans d'autres angines à fausses membranes, à côté du microbe pathogène essentiel. Ce micro-organisme peut provoquer des abcès dentaires ou péri-buccaux. Il est fort probable qu'il est identique au bacille de la diphtérie des plaies ou **pourriture d'hôpital**.

Au point de vue de sa culture, il faut savoir que l'on réussit parfois à obtenir sa multiplication, en même temps que d'autres bactéries, en ensemençant à l'air et à 37 degrés, une parcelle de l'exsudat dans du bouillon un peu acide.

Ce bacille peut susciter des lésions anatomiques très variables, mais on peut, expérimentalement, inoculer la lésion au même sujet, en grattant l'amygdale saine avec une spatule chargée de l'exsudat; le bacille pullule dans la nouvelle lésion.

C'est presque toujours par l'eau que se produisent les cas intérieurs de **fièvre typhoïde dans les hôpitaux**. M. Troisier en rapporte un exemple : Une jeune fille de 24 ans entre à l'hôpital pour une dilatation de l'estomac; on lui lave l'estomac avec de l'eau filtrée mais non bouillie ; 36 jours après elle commence une dothiénentérie. M. Ballet raconte l'histoire d'une malade agitée qui, lorsqu'on lui donnait un bain, opposait à l'infirmière une résistance telle que, dans a lutte, baigneuse et baignée finissaient par barbotter plus ou moins dans l'eau. Après quelques jours de cet exercice, la malade et l'infirmière eurent la fièvre typhoïde.

M. Rendu communique une observation de **méningite cérébro-spinale**, survenue à la suite d'une grippe et qui fut guérie par les bains chauds.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 11 AU 16 FÉVRIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 11 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André); — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Reynier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Méry, suppléant.

MARDI 12 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Gautier, Retterer et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Budin, Quénu et Hartmann ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Campenon et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Dupré; — (2e série) : MM. Troisier, Letulle et Charrin; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 13 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Walther, Sébileau et Broca (Aug.).

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gariel, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Legueu, Poirier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 14 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Guyon, Poirier et Albarran.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gariel, Rémy et Langlois.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Chauffard, Charrin et Achard.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Schwartz, Bonnaire et Thiéry.

4e (ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Proust, André et Vaquez; — M. Desgrez, suppléant.

4e (ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Proust, André et Vaquez; — M. Desgrez, suppléant.

VENDREDI 15 FÉVRIER, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Tillaux, Reynier et Lejars; — (2e partie) : MM. Reclus, Segond et Mauclaire ; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

SAMEDI 16 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Blanchard et Letulle.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Chauffard, Roger et Ménétrier ; — M. Troisier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Richelot, Campenon et Hartmann; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Marfan; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Quénu, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves internes et externes en médecine, actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1901, savoir :

Pour MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième années, le lundi 18 février, à deux heures; — de première année, et pour MM. les internes provisoires, le mardi 19 février, à deux heures.

Pour MM. les élèves externes de troisième année, le mercredi 20 février, à deux heures ; — de deuxième année, le vendredi 22 février, à deux heures ; — de première année, première moitié de la liste, le samedi 23 février, à deux heures; — deuxième moitié de la liste, le lundi 25 février, à deux heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Concours pour les prix de l'internat (médecine). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : Médaille d'or, M. Lereboullet. — Médaille d'argent, M. Jousset. — Accessit, M. Ravaut.

Questions orales : « Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright. »

Questions restées dans l'urne : « Du pouls lent, Hémoptysies chez les tuberculeux. »

Questions écrites : « Artères cérébrales (anatomie, physiologie), Diagnostic de la paralysie générale progressive. »

Questions restées dans l'urne : « Nerfs du cœur (anatomie, physiologie), Cyanose; Amygdales, Diagnostic des angines à fausses membranes. »

Agrégation de médecine. — Le nombre des places d'agrégés mises au concours est porté de 39 à 40. Cette nouvelle place est réservée à la Faculté de médecine de Toulouse, dans la section des sciences physiques (chimie).

Distinctions honorifiques. — Par décrets en date des 22 décembre 1900 et 19 janvier 1901, MM. les docteurs John de Christmas Dircking-Homfeld, médecin de la légation de Danemark à Paris, et Sara Petrovitch, médecin-chef du commissariat général de Serbie, ont été nommés, à titre étranger, chevaliers de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clément Lemaire (de Willems), et de M. Lesauvage, étudiant en médecine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1901. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — APPENDICITE POST-PUERPÉRALE A STREPTOCOQUES; RÉSECTION A FROID DE L'APPENDICE; GUÉRISON, par MM. THÉVENOT, chef de clinique chirurgicale, et VIGNARD, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'INFLUENCE DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE SUR L'ACTIVITÉ DE RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE, d'après M. GUILLAUME, par M. DELHERM, interne des hôpitaux. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Diagnostic de la tuberculose fermée; — Nouveau signe perçu à la percussion thoracique dans les cas de dilatation de l'estomac; — Valeur du signe de Babinski; — Traitement de la malaria par le bleu d'aniline; — Un cas de mort par morsure d'insecte; — *Chirurgie :* Traitement opératoire de l'ascite provoquée par la cirrhose; — *Hématologie* : Coloration des hématozoaires d'après le procédé Romanowski-Ruge; — *Thérapeutique :* Le perchlorure de fer réhabilité comme agent hémostatique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

APPENDICITE POST-PUERPÉRALE A STREPTOCOQUES

RÉSECTION A FROID DE L'APPENDICE; GUÉRISON

Par MM. THÉVENOT, chef de clinique chirurgicale, et VIGNARD, prosecteur à la Faculté de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur A. Poncet, un cas d'appendicite à répétition, dont la première crise survint au cours d'une infection puerpérale.

Voici l'observation de cette malade :

D..., vingt-huit ans, née à Fontaines, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 11, le 22 novembre 1900, pour des accidents d'appendicite à répétition.

Ses parents sont bien portants; elle a eu trois frères ou sœurs, morts en bas âge, d'affections diverses.

Elle est mariée et a eu deux enfants, le premier, mort à quatre mois de diarrhée infantile; le deuxième, venu à huit mois, meurt deux jours après. Cet accouchement fut pénible, on employa le forceps, dit la malade. Pendant les suites de couches la malade eut de la température et des pertes abondantes fétides, le tout témoignant d'une infection puerpérale. Trois semaines après cet accouchement, alors qu'elle commençait à se lever, elle fut prise brusquement, un après-midi, d'une douleur assez vive généralisée à l'abdomen, sans localisation particulière; elle eut quelques vomissements, mais comme tous ces symptômes disparurent le lendemain, elle n'y prêta pas plus d'attention et les mit sur le compte d'une purgation qu'elle avait prise le jour où ils s'étaient produits.

Jusqu'au mois de septembre 1899, la malade eut trois crises analogues; cependant à cette époque il y en eut une un peu plus violente qui dura plusieurs jours.

Au mois de décembre 1899, troisième grossesse; quatre mois après, nouvelle crise (douleur abdominale nettement localisée à droite, vomissements) qui dura plusieurs jours. La grossesse fut pénible, la malade accoucha au huitième mois d'un enfant qui ne vécut que deux jours.

Cette crise fut la dernière que ressentit la malade, et celle-ci entre actuellement pour être opérée à froid.

Elle ne présente, comme symptôme, qu'une masse dure, un peu douloureuse, occupant la fosse iliaque droite et qui paraît être l'appendice augmenté du volume. Le toucher vaginal est négatif. Il n'y a pas de troubles digestifs. L'état général est bon.

La malade est opérée le 30 novembre 1900, par M. le professeur Poncet. L'appendice est libre dans la cavité péritonéale; il présente près du cæcum un point rétréci au niveau duquel il est sectionné; le moignon est enfoui dans l'épaisseur du cæcum. Drainage des plans superficiels.

Les suites opératoires furent simples et la malade guérit en douze jours.

L'appendice était du volume du petit doigt. Sa forme est régulière, sauf à son embouchure dans le cæcum : en ce point, l'appendice est rétréci, mais l'examen local montre qu'il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire. On ne trouve pas de calcul dans l'intérieur de l'organe, mais sa cavité est distendue par du pus.

M. le docteur L. Dor, chef du laboratoire de M. Poncet, a bien voulu l'examiner et en faire des cultures. Elles ont montré que l'infection était due, non au coli-bacille, mais bien au streptocoque.

De la lecture de cette observation, il ressort nettement que nous nous sommes trouvés en présence d'une infection appendiculaire dont le point de départ a été une infection puerpérale légère. C'est là un côté particulier de la question des rapports de l'appendicite et de la grossesse. Les divers auteurs qui s'en sont occupés (1) ont eu surtout en vue l'influence favorisante de la gestation sur le développement de l'appendicite et inversement l'influence de l'appendicite sur la marche de la grossesse et les suites de couches. On trouve fort peu d'observations dans lesquelles l'appendicite ait été précédée et provoquée par des accidents infectieux utérins et péri-utérins.

Plus rares encore sont les cas dans lesquels l'examen bactériologique a été pratiqué. Par contre on trouve fréquem-

(1) La thèse de Bouillier (*Appendicite pendant la grossesse*, Lyon 1897) a été le premier travail paru en France sur ce sujet, qui est devenu l'objet de recherches nouvelles et d'importantes communications du professeur Pinard à l'Académie de médecine, du docteur Segond, et de la thèse de Jarca (*Appendicite pendant la grossesse et les suites de couches*, Paris 189-798).

ment des cas dans lesquels l'infection est partie de l'appendice pour envahir les annexes.

Bouillier, dans sa thèse inspirée par M. le professeur A. Poncet, avait eu l'occasion d'en rapporter plusieurs cas. Depuis, les observations se sont tellement multipliées qu'il serait fastidieux d'en faire un exposé bibliographique complet. Barnsby (1), dans sa thèse, a étudié spécialement les rapports de l'appendicite et de l'annexite et discuté le mode de propagation de l'infection : de ses recherches il résulterait que la paramétrite et les annexites doivent être réservées au streptocoque et l'appendicite au coli-bacille.

Dans notre cas, la filiation des accidents semble avoir été très différente de celle que l'on admet généralement. Les accidents d'infection puerpérale étaient nettement établis quand a éclaté la première crise, et l'on ne peut accuser l'appendice d'avoir été le *primum movens* de l'infection.

Comment celle-ci s'est-elle produite?

Barnsby, cherchant comment l'appendice infecte les annexes et réciproquement, a émis et discuté différentes théories.

Tout d'abord il semble ajouter peu de créance au rôle des lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien de Clado.

Il ne les aurait rencontrés que deux fois et ils n'ont jamais été signalés par Mascagni ni Sappey, « ces grands chercheurs lymphatiques. »

On a admis l'infection de contiguité dans les cas où les deux organes sont en contact intime, après accolement de leurs parois.

Parfois aussi des adhérences à distance les unissent, sans qu'il y ait contact direct entre eux, et les agents infectieux suivraient le trajet des lymphatiques néoformés.

Aucune de ces hypothèses ne cadre avec le fait que nous avons observé. L'appendice était complètement libre de toute adhérence dans la cavité péritonéale. L'examen clinique du bassin et les constatations au cours de l'opération permettent d'affirmer que les annexes étaient saines.

Depuis les travaux de M. le professeur Poncet (2) et de ses élèves, on tend de plus en plus à considérer l'appendicite comme le résultat d'une infection générale et à restreindre le rôle des causes locales (corps étrangers, rétrécissements, etc.). MM. Tripier et Paviot, dans la *Semaine médicale* de 1899, ont de nouveau insisté sur l'influence de l'infection générale et se demandent pourquoi « il ne serait pas de l'appendice comme de tous les autres organes, qui peuvent être le siège d'une inflammation, soit par le fait d'une lésion directe, soit par suite d'une infection générale apportée par le courant sanguin ».

C'est ce dernier mécanisme qui semble avoir présidé à l'infection de l'appendice chez la malade de M. Poncet. Si l'examen bactériologique n'avait pas été pratiqué, on pourrait croire qu'il s'agissait simplement de l'exaltation *in situ* de la virulence du coli-bacille, hôte habituel de l'intestin. C'est ce que l'on observe d'ailleurs dans la pyélo-néphrite gravidique, qui est ordinairement une infection à colibacille.

Dans le cas que nous rapportons, la présence du streptocoque dans le pus qui remplissait la cavité de l'appendice démontre qu'il s'agissait d'une infection surajoutée qu'il est logique de rattacher aux accidents post-puerpéraux, signalés dans l'histoire de la malade.

Nous n'avons pu retrouver de cas analogues à celui-ci, peut-être à cause de la rareté des examens bactériologiques qui, généralement, ne figurent pas dans les observations. Le travail de M[lle] von Mayer abonde bien en renseignements bactériologiques, mais l'histoire clinique des malades est si courte, qu'il ne nous a pas été possible d'en tirer profit.

Peut-être des recherches bactériologiques, entreprises d'une façon suivie, montreraient que notre cas n'est pas isolé et qu'il y aurait lieu de modifier l'idée que l'on se fait d'ordinaire des rapports de l'appendicite et des accidents péri-utérins.

(1) Barnsby. *Appendicite et annexite*, Paris 1897, 1898.

(2) A. Poncet. Pathogénie de l'appendicite, communication à l'Académie de médecine, 1896.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(5 février 1901)

M. le secrétaire annuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Jaccoud comme secrétaire perpétuel. En conséquence, sur l'invitation de M. le président, M. Jaccoud prend place au fauteuil laissé vacant par la mort de M. Bergeron.

Une nouvelle discussion s'engage entre M. Laborde et les membres de la section d'obstétrique sur les avantages comparatifs du **tube laryngien** et des **tractions rythmées de la langue** contre la mort apparente des nouveau-nés. M. Laborde se défend d'avoir jamais dit que le tube laryngien fût inutile, mais il persiste à croire que les tractions de la langue doivent suffire dans la grande majorité des cas, que le fameux mucus invoqué par les accoucheurs comme encombrant la trachée et les bronches et ne pouvant être aspiré que par le tube laryngien, ne joue pas un grand rôle dans la mort apparente des nouveau-nés et que, d'ailleurs, les tractions de la langue suffisent très bien pour l'expulser, puisqu'elles peuvent même provoquer le vomissement.

MM. Pinard et Budin maintiennent plus énergiquement que jamais que seul le tube laryngien permet la désobstruction des voies respiratoires et que les tractions de la langue ne peuvent en rien amener cette désobstruction. D'accord, admettons que le tube laryngien, dans certaines formes de mort apparente, puisse rendre les plus grands services; reconnaissons que M. Laborde se montre peut-être un peu sévère pour ce tube, probablement par excès d'indulgence pour une méthode qui a toutes raisons de lui être chère; mais reconnaissons aussi que nos maîtres en obstétrique se montrent réellement un peu trop récalcitrants à l'égard d'une méthode qu'il n'est pas exagéré de qualifier de merveilleuse et dont, chaque jour, de nouveaux faits cliniques prouvent l'efficacité.

M. Robin fait une communication sur une variété de **glycosurie d'origine dyspeptique**. Cette glycosurie revêt deux formes, l'une simple, l'autre plus complexe, constituant un véritable diabète. Elle est assez fréquente et se rencontre dans 5 p. 100 des cas de dyspepsie. Elle présente des caractères qui permettent de la reconnaître aisément; elle est irrégulière, elle est minime et ne dépasse pas 5 à 6 grammes par litre; elle ne se rencontre jamais dans l'urine du jeûne, elle n'existe que dans l'urine de la digestion, elle coïncide fréquemment avec l'albuminurie, laquelle présente les mêmes caractères d'irrégularité, de peu d'abondance, etc.

« La nutrition élémentaire est caractérisée chez ces mala-

des par une exagération des échanges, de la désassimilation azotée et de l'excitation du système nerveux.

Il n'y a pas de symptômes de diabète. Le malade a seulement un appétit exagéré, un estomac distendu, un foie hypertrophié, de l'hyperchlorhydrie gastrique.

On trouve aussi des vertiges, de la phosphaturie terreuse, des dermatoses, des hyperhydroses, des troubles oculaires et articulaires.

Si, dans un certain nombre de cas, les troubles gastriques sont secondaires au diabète, le plus souvent c'est le diabète qui est consécutif à la dyspepsie.

Cette distinction est importante, car le diabète dyspeptique peut céder au traitement, tandis que le diabète primitif lui résiste ordinairement.

Le diabète n'est pas une maladie caractérisée par un ralentissement de la nutrition, mais au contraire par une excitation de la nutrition, un hyper-fonctionnement du foie : en effet, tous les médicaments qui excitent la nutrition aggravent le diabète, tandis que les médicaments qui la ralentissent améliorent le diabète ; ainsi l'antipyrine diminue la glycosurie, le pyramidon l'augmente.

La glycosurie indique toujours un hyperactivité des fonctions hépatiques. Elle est en rapport avec l'hypersthénie gastrique des sujets dyspeptiques chez lesquels on l'observe.

L'excitation du foie, d'abord intermittente, peut devenir permanente, le diabète vrai d'origine dyspeptique est alors créé.

La glycosurie dyspeptique guérit par le traitement de la dyspepsie hypersthénique : l'administration de poudres alcalino-terreuses après les repas suffit souvent. Dans les cas plus sévères, le régime lacté absolu donne de bons résultats ; tandis qu'au contraire on sait que le régime lacté est très défavorable chez les diabétiques vrais.

Quand le diabète dyspeptique est constitué, on commence par diminuer la quantité de sucre éliminé par un régime, puis on applique le traitement de la dyspepsie.

M. Peyrot donne lecture d'un travail qu'il a fait en collaboration avec M. Millian sur la **pathogénie de l'hydrocèle chronique**. Voici les conclusions de ce travail :

a. L'hydrocèle est causée par une vaginalite chronique, « plaques laiteuses de la vaginale. »

b. Cette vaginalite est primitive et non subordonnée à une lésion testiculaire ou épididymaire.

c. C'est une périviscérite au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine, avec qui elles coexistent ordinairement.

d. Dès lors, l'étiologie de l'hydrocèle chronique se confond avec celles de ces périviscérites : la tuberculose paraît ne pas être en cause ici tandis que l'artério-sclérose, les cardiopathies, le mal de Bright s'observent fréquemment. Il est vrai qu'il n'y a probablement pas subordination de l'une aux autres, mais plutôt coexistence, tenant à une cause commune antérieure ; infections générales bénignes ou graves ayant laissé dans l'ensemble du système séreux des reliquats d'inflammation chronique.

Enfin, M. Lagrange (de Bordeaux) communique **quatre cas de guérison de gliomes de la rétine**. Le gliome de la rétine, dit-il, n'est pas l'affection extrêmement grave que les ophtalmologistes ont décrite jusque dans ces derniers temps. En 1890 il a montré, dans un mémoire spécial, que les cas de guérison ne sont pas absolument rares, et depuis cette époque, un grand nombre d'auteurs très considérables sont arrivés aux mêmes résultats que lui.

M. Lagrange apporte aujourd'hui à l'Académie quatre nouveaux cas de guérison, dans lesquels le diagnostic histologique a été fait avec beaucoup d'attention, et qui lui paraissent incontestables.

L'un de ces cas concerne même un gliome en voie de régression spontanée, variété rare entre toutes ; l'examen histologique a fait voir que les cellules embryonnaires se transformaient en cellules conjonctives adultes, ce qui démontre pour ce cas l'origine mésodermique de l'affection. Le gliome rétinien peut, en effet, n'être qu'un pur sarcome, développé aux dépens des éléments connectifs qui entourent les vaisseaux de la rétine ; d'autres fois, au contraire, il se développe aux dépens des éléments nerveux. Il n'est pas possible de dire quels sont les caractères cliniques différentiels de ces diverses variétés anatomiques, mais qu'il appartienne à l'une ou à l'autre espèce, il est certain que le gliome, opéré d'assez bonne heure (première ou au plus tard deuxième période), guérit assez souvent après l'intervention chirurgicale.

M. Hervieux appelle l'attention sur les observations de **variole récidivée**, publiées par plusieurs membres de la Société des hôpitaux, et sur des cas bien connus.

Il signale un travail de M. Matignon, qui a recueilli à Pékin trois observations de variole récidivée, la rapportant à des Européens récemment arrivés à Pékin, et chez lesquels la première atteinte de variole remontait à une date très éloignée : dix-huit, vingt et trente ans. M. Hervieux signale les causes spéciales qui ont favorisé la seconde atteinte variolique.

M. Hervieux déduit de ces observations la conclusion que la variole pouvant récidiver, les mesures de préservation ne doivent jamais être négligées.

Ne terminons pas ce compte rendu sans parler d'une petite discussion qui s'est élevée sur le **vaccin de l'Académie**.

Au cours de l'épidémie de variole que nous venons de traverser, ce vaccin a été l'objet de quelques critiques ; un journal de médecine a prétendu qu'il ne prenait pas.

M. Hervieux, en sa qualité de directeur de la vaccine, ne pouvait laisser passer ces accusations sans protestations, ou tout au moins sans explications. Il a fait connaître certaines causes d'erreur et, comme c'était son devoir, il a défendu le vaccin académique. Il a d'ailleurs été chaleureusement soutenu, dans cette défense, par MM. Empis et Colin. Mais M. Laborde qui a le courage de ses opinions, et qui pense que ni le vaccin, ni l'Académie elle-même ne sont infaillibles, rappelle certains faits dans lesquels, sinon l'Académie, au moins son vaccin a failli, alors qu'un vaccin d'une autre provenance a parfaitement réussi.

Disons, pour être juste, que ce qui est arrivé à M. Laborde avec le vaccin officiel et gratuit en attendant qu'il soit obligatoire, nous est arrivé à nous et à bien d'autres avec les vaccins d'autre provenance. Jamais, à notre connaissance, les revaccinations n'ont donné moins de succès que dans cette dernière épidémie. Ajoutons aussi que rien n'est plus difficile que de faire une statistique de revaccinations. Il résulte en effet, de cette petite discussion à laquelle ont pris part MM. Hervieux, Empis, Colin, Kelsch et Du Castel, que ce que l'on appelait autrefois du faux vaccin est un vaccin parfaitement authentique et efficace. C'est ainsi que, dans bien des familles où le médecin pratique des vaccinations, on

lui dit huit jours après que le vaccin n'a pris sur personne. Si le médecin, curieux comme il doit l'être, demande à voir, il s'aperçoit que sur plusieurs bras existent de petites pustules parfaitement vaccinales et qui ont passé inaperçues ou auxquelles on n'a pas attaché d'importance. Ce fait s'est produit sur une grande échelle dans cette dernière épidémie, et cela diminue d'autant le nombre des insuccès.

DE L'INFLUENCE DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

SUR L'ACTIVITÉ DE RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE

D'après M. Guillaume (1).

A la suite de recherches de d'Arsonval, Tesla, Thomson, etc., le professeur d'Arsonval entreprit vers 1889 des recherches physiologiques sur les courants de haute fréquence. Il montra que ces courants n'ont aucune influence sur les nerfs sensitifs, que leur passage même à des intensités formidables ne provoque ni sensation consciente, ni mouvement d'aucune espèce ; ils provoquent au contraire une anesthésie cutanée, dont la durée du reste est assez limitée ; mais l'action la plus remarquable, c'est l'action extraordinaire que ces courants impriment aux échanges nutritifs et à la vie cellulaire. Les combustions respiratoires sont très augmentées, le volume d'oxygène et d'acide carbonique émis a passé dans certains cas de 17 litres à 37 à l'heure. Apostoli et Berlioz ont montré que le rapport de l'acide urique à l'urée tendait à se rapprocher de la normale. La chaleur émise par le corps a été portée, d'après d'Arsonval, de 79 calories à 127 par heure. L'exagération des combustions organiques peut être mise en évidence ; un cobaye placé dans le solénoïde a perdu 30 grammes en seize heures. Enfin, le système nerveux vaso-moteur est éminemment excitable par le courant ; la pression sanguine, abaissée d'abord, se relève ensuite. Charrin a atténué en quelques minutes des toxines microbiennes et a même pu, en injectant les toxines à des animaux, leur conférer une immunité relative.

Tripet a fait voir, par l'hématoscopie de Henocque, les modifications du sang sous l'action des courants de haute fréquence. Guillaume, dans sa thèse, a repris cette question de l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Ses recherches sont basées sur vingt et un malades atteints de rhumatisme chronique, de sciatique, de chloro-anémie. Guillaume a pu constater que l'augmentation de réduction de l'oxyhémoglobine pouvait se rencontrer seule, mais que le plus souvent elle était accompagnée d'une augmentation de la quantité de l'oxyhémoglobine. La progression en quantité et en activité de réduction précédait assez souvent l'amélioration symptomatique et, en tout cas, l'accompagnait. Certains malades, dont le taux d'oxydation était plus élevé que la normale, y ont été ramenés. Dans un cas de chloro-anémie les résultats ont été identiques et l'amélioration symptomatique a marché de pair avec l'augmentation d'oxyhémoglobine. Chez les arthritiques, les rhumatisants, l'action favorable des courants de haute fréquence est imputable en partie aux modifications de la nutrition, modifications dont la preuve est apportée par les examens d'urine et les examens de sang.

L. DELHERM,
Interne des hôpitaux.

(1) Th. de Paris, 1901.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fermée. — M. Spengler, que sa pratique à Davos rend particulièrement compétent en la matière, publie une intéressante étude de laquelle il résulte que, dans la tuberculose pulmonaire fermée, les crachats ne renferment pas de bacilles ; la maladie revêt souvent les formes d'un pseudo-asthme ou d'une pseudo-chlorose ; les individus qui présentent une température normale, mais à type inversé, seraient toujours tuberculeux.

L'auteur a fait usage de la tuberculine pour confirmer ses diagnostics ; il commence par injecter 1/10 de milligramme et, après un laps de temps variant d'un à dix jours, il fait une nouvelle injection de 20 milligrammes ; la première injection rendrait l'organisme plus sensible à la seconde.

Pour faire le diagnostic des infections secondaires de la tuberculose pulmonaire (streptocoque, tétragène), Spengler ensemence le centre de particules de crachats sur les différents milieux ; dans le cas d'infection mixte, les colonies poussent abondamment. La mise en évidence des bacilles tuberculeux dans le centre des particules de crachats, où ils existent seuls au cas de bronchite tuberculeuse simple, serait facilitée par le frottis simultané (Zusammenstreihen) sur une lame de verre de cinq ou six particules de différents crachats, ou par l'action digestive de la pancréatine sur le crachat pendant six à vingt-quatre heures à l'étuve.

Le diagnostic des tuberculeux syphilitiques pourrait se faire par le seul examen des crachats, dans lesquels on trouve un nombre de cellules extrêmement considérable dont les noyaux se colorent mal et sont souvent remplis de gouttelettes perlées.

On doit, du reste, chez tout phtisique, s'assurer que la syphilis ne complique pas la phtisie au moyen de la méthode par le mercure de Blaschko. (C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 48, p. 1204). P. V.

Nouveau signe perçu à la percussion thoracique dans les cas de dilatation de l'estomac. — Le professeur Chervinski attire l'attention sur le phénomène suivant, important pour le diagnostic différentiel de la dilatation de l'estomac.

Lorsque l'on percute les malades atteints de dilatation de l'estomac, on constate chez eux au niveau des neuvième et onzième espaces intercostaux, à gauche et en arrière une matité dont l'étendue transversale est de 4 à 5 centimètres, et qui peut faire penser à une pleurésie avec épanchement d'étendue moyenne. En haut, cette zone de matité est séparée de la colonne vertébrale par un triangle où le son est clair ; par conséquent, la limite supérieure de la zone mate est convexe vers le haut. L'amplitude des mouvements respiratoires est à ce niveau normale et le murmure vésiculaire y est un peu affaibli. Si l'on examine le malade pendant qu'il se penche en avant, la matité du son disparaît peu à peu pour cesser complètement, et même se remplacer par un son tympanique, lorsque le sujet est tout à fait penché en avant. Si l'on percute le malade couché, la matité devient très nette ; dans les changements brusques de position du malade, la disparition instantanée de la matité est surtout frappante. Si l'on a soin de pratiquer, chez le malade, un lavage de l'estomac avant de faire la percussion, on ne trouve plus de matité. Dès que l'estomac est rempli d'eau, la matité reparaît. (*Klin. Journ.*, déc. 1900.) S. B.

Valeur du signe de Babinski (1). — M. Chodzko a examiné la valeur du « phénomène des orteils » sur plus de 1000 sujets malades et bien portants. Jamais il ne l'a observé chez

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1249 ; 1900, p. 660 et 1389.

des sujets non atteints de lésion des voies pyramidales. Chez les tabétiques et les paralytiques généraux, la présence de ce signe peut s'expliquer par la coexistence de lésions propres au tabes et à la paralysie générale, d'une part, et de lésions du faisceau pyramidal, d'autre part. Aussi, cet auteur considère-t-il le phénomène des orteils comme un signe absolument pathognomonique d'une lésion du système pyramidal.

Par contre, M. Strujevski, qui n'a contrôlé le phénomène en question que sur 27 sujets, il est vrai, a trouvé que le signe de Babinski faisait défaut dans 54 p. 100 des cas de lésions du faisceau pyramidal. En outre, chez 5 de ces malades on a observé la flexion des orteils, tout à fait comme s'il s'agissait de sujets bien portants. Enfin, chez 5 malades le réflexe plantaire faisait défaut. (*Gazeta lekarska*, octobre et novembre, in *Wratch*, 1900, n° 50.) S. B.

Traitement de la malaria par le bleu d'aniline. — M. Ivanov a entrepris des recherches sur l'efficacité du bleu d'aniline dans la fièvre intermittente. Le médicament était administré à la dose de 0,30 centigrammes à 1 gramme, et même à 2 grammes par jour, en cachets. Jamais il n'a provoqué le moindre trouble, tel que nausées, vomissements. Comme le bleu de méthylène, recommandé pour la première fois il y a dix ans, le bleu d'aniline colore l'urine en bleu, mais il ne provoque que très rarement des troubles vésicaux. Sur 15 malades soumis à ce traitement, 7 furent guéris; chez les 8 autres il fallut recourir à la quinine (chez aucun de ces 15 malades, la malaria n'avait de tendance à la guérison spontanée, ainsi que l'établit l'observation préliminaire). Les hématozoaires qui, pendant les premiers jours de séjour, ne faisaient qu'augmenter, ont ensuite diminué et finalement disparurent sous l'influence du bleu d'aniline. Quant aux accès fébriles, ils disparurent, non pas critiquement, comme sous l'influence de la quinine, mais par lysis. D'autre part, l'auteur soumit au même traitement 20 malades de la consultation; sur ce chiffre, il obtint 80 p. 100 de guérisons. (*Boln. gaz. Botkina*, 1900, n° 51.) S. B.

Un cas de mort par morsure d'insecte (J. Moore). — Une fillette de huit ans fut mordue par un insecte, au niveau du côté droit du nez. Elle présenta bientôt du gonflement et de l'érythème du nez, et un chémosis assez marqué, décelant une cellulite orbitaire. Le lendemain l'état de la malade était devenu très grave, le gonflement s'étendait au front, aux paupières de l'œil opposé et au niveau du cou du côté droit. La température atteignait 40°3; le pouls était à 200 et à peine perceptible.

Les mains étaient contracturées, il y avait de la rigidité des bras, des jambes, de la nuque, et, de plus, de la photophobie. La mort survint le troisième jour par syncope.

L'autopsie montra que le foyer primitif de l'infection siégeait sous la paupière inférieure droite et qu'il y avait un léger suintement purulent de la conjonctive correspondante. L'inflammation avait gagné le tissu cellulaire de l'orbite et le tissu sous-cutané du front. Le poumon gauche présentait plusieurs infarctus pyohémiques récents; il y avait dans la plèvre un peu d'épanchement et enfin une péricardite séreuse. Les cultures du sang établirent qu'il s'agissait d'une septicémie généralisée, due au staphylococcus pyogenes aureus. (*Brit. med. Journ.*, 17 nov., p. 1437.) A. H.

CHIRURGIE

Traitement opératoire de l'ascite provoquée par la cirrhose hépatique. — Se basant sur les cas déjà publiés d'une part, sur ses expériences et observations cliniques personnelles, d'autre part, M. Kouznetzov arrive à la conclusion que le traitement opératoire (procédé de Talma) de l'ascite d'origine hépatique, donne des résultats très encourageants. Ce traitement consiste à établir artificiellement une circulation collatérale, des adhérences et des fausses membranes, en suturant l'épiploon à la paroi abdominale. Ce procédé (procédé de Talma) est préférable à celui de Delagenière, lequel recommande la fixation du foie ou de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Les expériences ont démontré que tandis que les chiens auxquels on pratique la ligature de la veine porte, sans fixation préalable de l'épiploon, succombent rapidement, ces animaux supportent parfaitement la ligature complète et incomplète de ce vaisseau, s'ils ont au préalable subi l'opération de la fixation du grand épiploon. Grâce à cette dernière opération se développent des fausses membranes et des adhérences très riches en vaisseaux de nouvelle formation.

D'autre part, l'observation clinique démontre également que cette opération qui, d'ailleurs, ne présente absolument aucun danger, donne de très bons résultats. Il s'agissait, en effet, dans tous les cas opérés, d'ascite très prononcée, revenant désespérément après chaque ponction et ne cédant point au traitement médical. Dans dix des quatorze cas publiés jusqu'ici, sept fois le succès a été très net; l'ascite a disparu et l'état général s'est très sensiblement amélioré. Les essais méritent donc d'être répétés. (*Wratch*, 1900, n°s 32 et 33.) S. B.

HÉMATOLOGIE

Coloration des hématozoaires d'après le procédé Romanowski-Ruge. — La matière colorante dont on se sert dans ce procédé se prépare de la manière suivante: une solution de bleu de méthylène à 1 p. 100 est additionnée de 0,10 p. 100 de soude cristallisée chimiquement pure et laissée au thermostat à 55 degrés, pendant vingt-quatre heures; ensuite on y ajoute 0,20 p. 100 de soude et on remet de nouveau le mélange, pendant vingt-quatre heures, au thermostat à 55 degrés. Enfin, on y ajoute de l'éosine à la dose de 10 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 pour 1 centimètre cube de bleu.

Le sang fixé sur des lamelles par le chauffage à 90-95 degrés, pendant vingt à vingt-cinq minutes, est placé dans un verre de montre contenant le mélange colorant; on chauffe pendant deux minutes, jusqu'à apparition de vapeurs; puis après deux minutes on chauffe de nouveau pendant une ou deux minutes. La lamelle est ensuite lavée à l'eau. A l'œil nu elle semble non colorée, mais au microscope, on voit que le corps des hématozoaires est coloré en bleu, tandis que sa chromatine est colorée en rouge ou rouge violacé dans les parasites jeunes, et en violet foncé dans les parasites en état de sporulation.

M. Stefanski a légèrement modifié cette technique: après avoir soumis la préparation à l'action du bleu alcalinisé, comme il a été dit plus haut, il le place durant une à deux minutes dans une solution d'éosine à 1 p. 2000. Grâce à cela, les hématies qui, dans la coloration précédente, restaient très pâles, prennent une teinte paille ou légèrement rosée.

M. Stefanski recommande le procédé de Romanowski-Ruge comme extrêmement simple, rapide et donnant des résultats très nets. (*Arch. russ. de pathol.*, 1900, t. X, p. 3.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Le perchlorure de fer réhabilité comme agent hémostatique. — Le perchlorure de fer a été abandonné à tort, paraît-il, comme hémostatique. Les observations prises à l'hôpital de Brévannes par M. Patein démontrent qu'il donne d'excellents résultats dans les hémorragies survenant chez les malades atteints de cancer de l'utérus, du sein, d'épistaxis, etc., à condition de l'employer à la température de 50 degrés et en solutions étendues à 1/20 ou 1/50.

Grâce à ce mode d'administration, on obtiendra l'arrêt d'hémorragies ayant résisté à l'ergotine et à l'antipyrine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Vie ou mort (1), par M. Karnice-Karniki.

Deux vers placés comme devise en tête de l'ouvrage en indiquent bien les qualités : tous deux sont solennels et le second est boiteux. Il faut remercier l'auteur du soin qu'il prend à nous mettre en garde contre son style : « Que le lecteur daigne être indulgent pour la forme, qu'il daigne ne pas perdre de vue, que, dans un sujet aussi grave, c'est au fond de la pensée qu'il importe d'accorder une attention soutenue, et non pas aux phrases ni à la beauté du style. »

Dans le but d'éviter les inhumations prématurées, signalées de tout temps par les « docteurs » Virchow, Albinus, Haller, Bichat, etc., l'auteur a transporté au cimetière les procédés de la féerie: grâce à un appareil de son invention, le moindre mouvement de la personne enterrée vivante donne de l'air et de la lumière à l'intérieur du cercueil, fait apparaître au-dessus de la tombe une boule métallique luisante, met en activité une puissante sonnerie, ouvre un porte-voix permettant d'appeler au secours; sur demande spéciale, on peut avoir une fusée. Ainsi, du fond du tombeau, les morts-vivants pourront jouer la sérénade et tirer des feux d'artifice en l'honneur des vrais morts. L'appareil ne coûte guère plus qu'une couronne. Il ne lui manque que le téléphone.

Incidemment l'auteur nous apprend que l'odorat des vérificateurs des décès « qui vont passer leur vie à retourner des cadavres » peut être insuffisant pour apprécier le degré de décomposition; que les martyrs chrétiens allaient au supplice avec un enthousiasme qui manque aux léthargiques; que l'appareil a été posé une fois sur une tombe où il n'a pas fonctionné, mais qu'il a fonctionné pendant toute l'exposition de Turin; il nous donne l'adresse de deux entrepreneurs de pompes funèbres. Enfin nous lisons avec intérêt que les enterrements prématurés font 366 fois plus de victimes que les accidents de chemins de fer.

Tout cela est parfait, car l'auteur nous l'affirme avec assurance.

L. B.

Aide-mémoire des maladies du cœur (2), par Paul Lefert.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties : la première constitue une *étude séméiologique du cœur*; la seconde, de beaucoup la plus importante, est consacrée à l'étude des *cardiopathies acquises*. Dans la troisième, l'auteur condense les notions actuelles sur les *cardiopathies congénitales* et les malformations du cœur. Le livre se termine sur l'étude des *principales complications* de cardiopathies, et particulièrement de l'asystolie.

L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Honorariat.* — M. Descroizilles, médecin de l'hospice des Enfants-Malades, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Henry Reynès.

Facultés de province. — *Lille.* — M. le docteur Gérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, est transféré en la même qualité, à la Faculté de Lille, où il est chargé d'un cours de pharmacie pour la présente année scolaire, à dater du 16 avril 1901.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Par décret du 14 janvier 1901, sont nommés membres du Conseil de surveillance : MM. A. Rendu, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Lucipia; E. Lepelletier, conseiller municipal, en remplacement de M. Breuillé; F. Roussel, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Chérioux; J. Auffray, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Faillet; Houdé, pharmacien, conseiller municipal, en remplacement de M. Lefèvre; Chassaigne-Goyon, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Navarre; R. Piault, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Opportun; Despatys, ancien magistrat, conseiller municipal, en remplacement de M. Ranson; M. Quentin, avocat, conseiller municipal, en remplacement de M. Rousselle; Bussat, représentant de commerce, conseiller municipal, en remplacement de M. Rebeillard; M. Faisans, médecin à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Potain, décédé.

Guerre. — Par décret en date du 2 février 1901, les 59 élèves de l'École du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er février 1901, et, provisoirement, dans l'ordre ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'École d'application du service de santé militaire :

MM. Armeilla, Bargy, Bailliart, Battez, Bertrand (L.-G.), Bertrand (L.-J.), Besson, Boigey, Borderies, Borie, Boutin, Brionval, Cahuzac, Cariès, Carret, Cazaux, Caujole, Champeaux, Chapellier, Clément, Cornet, Cortez, Demanneville, Dreyfus, Dusserre, Escher, Evrard, Feldmuller, Ferron, Fontagné, Gailhard, Garnier, de Gauléjac, Guérin, Guilhaumon, Joly, Lajoux, Lantiéri, Maître, Manaud, Marland, Massol, Mayrac, Métoz, Michel, Miécamp, Nicolle, Notin, Pasteur, Perié, Pichon, Piétremont, Pons, Prat, Roudié, Taillefer, Talabère, Techoueyres, Vennat.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Guilland, du cadre de Cherbourg, actuellement en service à Brest, est désigné pour aller servir au 2e régiment de tirailleurs sénégalais, en remplacement de M. le docteur Faucheraud, rentré en France à l'expiration du temps de séjour colonial.

— M. le médecin de première classe Sadoul, du cadre de Lorient, est désigné pour servir au 1er régiment d'artillerie coloniale dans ce port, en remplacement de M. le docteur Lefebvre qui terminera, le 15 février prochain, deux années de séjour dans ce poste sédentaire.

Congrès de médecine de Toulouse. — La date de la VIe réunion du Congrès de médecine, qui doit se tenir à Toulouse, primitivement fixée au mois d'août 1901, est reportée aux vacances de Pâques 1902. — La séance d'ouverture aura lieu le mardi de Pâques (1er avril 1902).

— **Le Congrès annuel des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française** aura lieu en août prochain, à Limoges, sous la présidence de M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les questions qui y feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° Neurologie. — Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les affections du névraxe (Rapporteur : M. Crocq, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles).

2° Pathologie mentale. — Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique (Rapporteur : M. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon).

3° Administration. — Le personnel secondaire des asiles (Rapporteur : M. Taguet, médecin de l'asile de la Maison-Blanche).

Les rapports seront distribués aux adhérents le 1er juillet au plus tard.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) In-8°. — Paris, Bibliothèque des chemins de fer.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 9 FÉVRIER 1901. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Quelques détails de la clinique du rhumatisme : rhumatismes simples; rhumatismes compliqués, par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques détails de la clinique du rhumatisme : rhumatismes simples; rhumatismes compliqués.

Par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux de Paris.

Dans des présentations successives (1), ayant trait, pour la plupart, à des recherches bactériologiques, nous avons, en collaboration avec A. Coyon, cherché à dégager la formule microbienne du rhumatisme articulaire aigu. Nous avons, dans ce but, mis à profit le plus grand nombre possible d'observations valables, prises dans les auteurs, et nous avons fourni nous-mêmes une série de vingt observations personnelles, ce qui nous a permis de présenter, dans un travail d'ensemble (2), quelques conclusions sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

Je n'ai pas l'intention, dans ce court travail, de reprendre cette étude, et de répondre définitivement à bien des questions, laissées alors en suspens; mais je désire m'appuyer sur différents détails d'observation pour développer encore des considérations qui me paraissent fondamentales dans l'histoire clinique du rhumatisme.

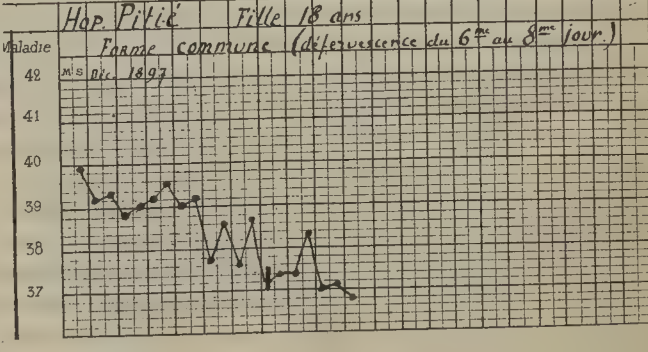
Rompant avec la tradition classique qui fait, d'ordinaire, étudier successivement, et en des chapitres distincts, l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, le pronostic et le traitement, je m'attacherai, partant d'abord d'un fait d'observation clinique, à grouper autour de ce point central diverses considérations théoriques ou pratiques : commentaires, questions, affirmations personnelles ou non, destinées, sans nulle prétention, et comme pour ma propre instruction, à établir où nous en sommes, et où nous devons tendre.

Le premier fait clinique à l'étude duquel je vais m'attacher, c'est la *température chez les rhumatisants*.

ÉTUDE D'UN CERTAIN NOMBRE DE COURBES THERMIQUES DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — La température ne me paraît pas avoir été étudiée de près dans le rhumatisme aigu (1). Elle peut fournir, à mon avis, des données intéressantes; mais il est une considération très importante, *c'est de voir le malade aussi près que possible du début de son attaque.*

Dans ces conditions, on peut saisir, entre un grand nombre d'observations, certains caractères d'identité pour des cas cliniques très dissemblables cependant par leur intensité et par leur durée.

Au hasard, parmi un grand nombre d'observations, j'ai recueilli une série de courbes thermiques concernant des rhumatismes articulaires aigus ou subaigus très francs, mais *simples*, c'est-à-dire sans complications. Voici chez douze malades, pris comme exemple, ce que j'ai constaté. Tous ces malades, à leur entrée, ont de la fièvre, et les allures de cette fièvre sont quasi identiques pour tous. La première température, à l'entrée, est de 39 degrés ou de 39°5, dans sept observations; de 40 et 40°2, dans deux observations, et de 38°5 à 39 degrés seulement, dans les trois autres. Quelques-uns des malades (cinq) maintiennent leur température pendant deux ou même trois jours, puis esquissent une légère détente, et la continuent jusqu'à défervescence; un ou deux présentent, pendant trois jours, un peu plus de température qu'à leur entrée dans le service; mais ce qui est frappant, c'est que la majorité de ces malades (sept sur douze) ébauchent, dès le deuxième jour de séjour au lit, une défervescence franche, en gradins; et tous, en une semaine, ou en moins encore (en trois jours dans trois observations), aboutissent à la température normale. Voici, à quelques variantes près dans les oscillations quotidiennes, une des variétés de courbes le plus fréquemment observées, avec retour à la normale, du sixième au huitième jour.



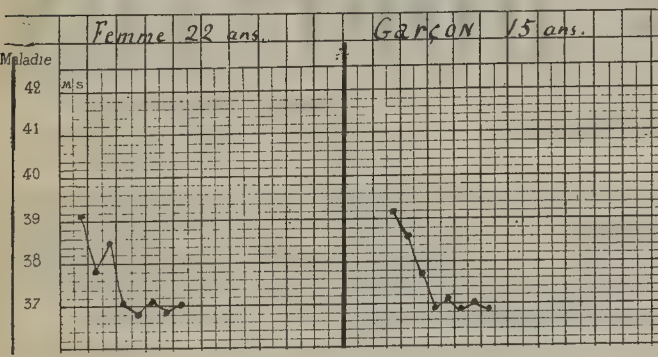
(1) H. TRIBOULET et A. COYON. A propos de la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu, Soc. méd. des hôp., oct. 1897; déc. 1897; janv.-fév. 1898.

(2) H. TRIBOULET et A. COYON. *Le rhumatisme articulaire aigu*, Paris 1900.

(1) Plusieurs auteurs, et notamment M. Œttinger, dans le *Traité de méd.*, signalent bien pourtant les relations entre certaines élévations thermiques et certaines complications.

Mais, parfois, le caractère abortif est bien plus précoce, comme en témoignent ces deux exemples :

Formes très abortives (en trois jours).



Il est inutile de varier à l'infini les citations, et nous pouvons retenir comme première constatation que, dans un grand nombre de cas, des sujets se présentent à nous avec de la fièvre et de la polyarthrite aiguë, fièvre et arthrite n'ayant qu'une durée éphémère (trois à huit jours).

Voyons, s'il y en a, les particularités de ces rhumatismes articulaires francs aigus envisagés ici.

Pour l'étiologie. — Mes douze observations concernent quatre femmes et huit hommes. Tous les sujets sont jeunes, de quinze à quarante ans. Neuf d'entre eux sont à leur première attaque; trois présentent leur *deuxième* poussée, remontant, dans un cas à cinq années, dans un autre à quatre années, dans le troisième cas, à une année.

La cause déterminante reste ignorée dans tous les cas. Pour quatre ou cinq de ces malades, l'influence de la fatigue, du surmenage, n'est pas douteuse : notamment chez le plus jeune, âgé de quinze ans et demi, garçon marchand de vins, depuis peu implanté à Paris.

Onze sur douze de ces malades sont entrés à l'hôpital en pleine saison d'été.

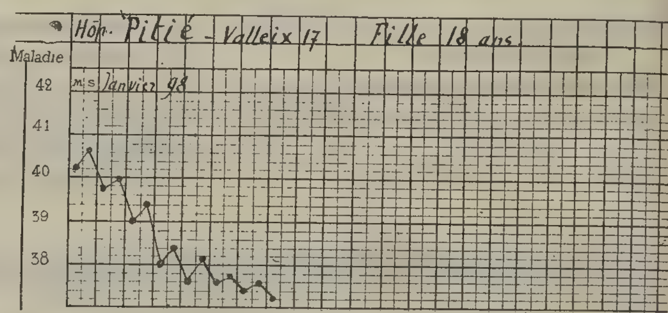
Cliniquement. — Les sujets ont présenté un état général et des localisations articulaires qui réalisent à peu près les degrés divers des formes subaiguës et aiguës du rhumatisme franc (deux, quatre et même six jointures peuvent être prises soit simultanément, soit successivement). A noter, pour tous les douze, l'existence d'un état saburral moyennement accusé, mais l'*absence d'angine* cliniquement caractérisée.

A l'auscultation, chez sept ou huit, on trouve une accentuation nette du temps systolique, mais d'une façon très passagère, de deux à quatre ou cinq jours; chez aucun, l'auscultation ne révèle, pendant la période fébrile, ni après elle, d'altération de l'endocarde, ni du péricarde. Les réactions sudorales, franches, mais de moyenne intensité, les décharges uratiques, accompagnent la période d'état, et le début de l'athermie. Le sujet, anémié, recouvre l'appétit de bonne heure, et la convalescence se fait franchement.

Chez ces douze malades, que j'ai soumis, les uns au traitement salicylé modéré (quatre à cinq grammes par jour, pendant trois ou quatre jours), les autres à la surveillance diététique, avec évacuations intestinales par purgations intermittentes, *sans salicylate*, la marche a été *identique*; elle a été simple, et a, dans tous les cas, abouti à la guérison.

Si toutes ces observations de rhumatisme aigu ou subaigu ont été suivies de guérison, c'est, pourra-t-on penser, que l'influence rhumatismale est trop faible dans tous ces cas, et incapable de déterminer une ou des complications! En est-il encore de même avec une fièvre plus vive, et des arthrites plus intenses?

Or, voici un treizième cas de notre statistique, pour lequel les allures rhumatismales ont été franchement suraiguës; fièvre extrême, sueurs profuses, prostration, état presque typhoïde, polyarthrite frappant les six grandes jointures au maximum, et, pourtant, au sixième jour, la malade arrivait



à la défervescence définitive, entrait en convalescence et guérissait, tout comme s'il se fût agi des formes modérées précédentes.

Il me paraît inutile d'accumuler un plus grand nombre d'arguments de ce genre. De ceux qui précèdent, il ressort pour le clinicien ceci : c'est que, dans bon nombre de cas, et à tous les degrés d'acuité, un état général fébrile ; tirant sa spécificité clinique de la coexistence de manifestations articulaires, avec la fièvre, peut évoluer, plus ou moins vite, mais *très simplement*, vers la guérison ; *très simplement, c'est-à-dire sans complications*.

Est-ce à dire que, dans les trois, dans les huit ou dix jours qui répondent aux oscillations de nos courbes thermiques, la maladie soit jugée? est-ce à dire que la *crise* soit complète, définitive? Il n'en est rien ; et je désire appeler vivement l'attention sur ce détail clinique, trop souvent méconnu, ignoré peut-être de beaucoup, à savoir que la modification pathologique humorale survit, et *de longtemps*, à l'apparente guérison indiquée par le thermomètre.

Combien de fois ne voit-on pas de ces malades, pâles, anémiés, athermiques d'un jour ou deux, mobilisés, et sortant de la chambre, ou de l'hôpital, sur leur demande, ou par nécessité de service, et combien de fois le prix de cette imprudence est-elle une reprise de la fièvre et des désordres articulaires !

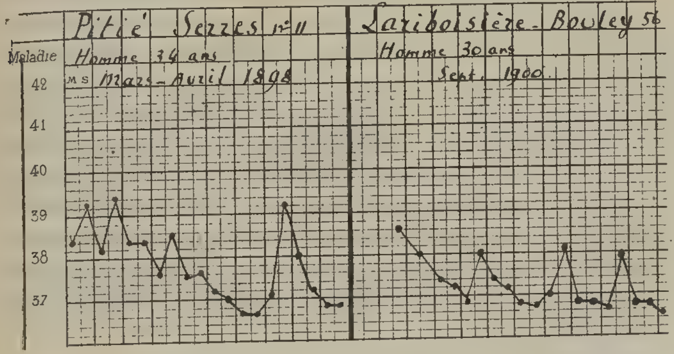
J'ai, personnellement, quatre ou cinq observations de ce genre, concernant des sujets qui faisaient une rechute au lendemain d'une première guérison trop tôt affirmée sans preuves suffisantes.

Il m'est arrivé, à plusieurs reprises, de constater nettement cette fragilité très particulière du rhumatisant, et j'en puis fournir la preuve encore grâce à certaines courbes thermiques relatives à quelques sujets indociles, qui, au cours de leur convalescence, malgré toutes les recommandations, se levaient, ne fût-ce qu'une ou deux heures.

La deuxième de ces observations répondait à un rhumatisme très subaigu ; et le malade ne voulant pas croire à la nécessité du repos, s'obstinait à se lever, et, chaque fois, le thermomètre accusait son méfait.

Ce ne sont pas là, qu'on le pense bien, de simples satisfactions de curiosité ; l'enseignement a une grande portée pour le clinicien. Celui-ci doit savoir que le rhumatisant est

vulnérable pendant sa période aiguë fébrile, cela va sans dire, mais aussi pendant un temps fort long de sa convalescence. Cette vulnérabilité, nous n'allons, maintenant, en rencontrer que des preuves trop convaincantes.



I

Les complications dans le rhumatisme. — Toutes les observations de rhumatisme articulaire aigu que nous avons envisagées jusqu'ici n'ont d'intérêt qu'en ce qu'elles nous familiarisent bien avec un syndrome fébrile dont les diverses modalités, subaiguë, aiguë, suraiguë, se révèlent à nous comme fréquemment éphémères, et ne laissent aucune trace de leur passage. C'est pourtant au cours de quelques-uns de ces syndromes polyarticulaires aigus fébriles que se constituent certaines complications. Nous allons en signaler de terribles, mortelles à bref délai; ce qui est, d'ailleurs, une exception. Plus habituellement, avec une, deux, ou même avec plusieurs complications, le rhumatisme finit par guérir, mais quelle guérison! au prix de lésions locales incurables, d'une véritable infirmité.

Comment on passe de la polyarthrite fébrile, maladie bénigne et éphémère, au rhumatisme compliqué qui peut tuer ou qui fait certaines cicatrices indélébiles, voilà ce qui intéresse le clinicien.

Or, ce qu'il faut établir, *pour et par la clinique*, c'est l'existence ou l'absence de rapports précis, certains, assurés, entre les complications et la *fièvre* que nous étudions plus particulièrement en ce moment.

Un premier point à déterminer, c'est la date à laquelle apparaissent habituellement les complications au cours de la fièvre rhumatismale.

Tous les auteurs qui ont étudié le rhumatisme et ses complications ont, en particulier, noté assez minutieusement l'époque d'apparition des cardiopathies.

Dans le *Traité de médecine*, M. Œttinger, s'appuyant sur de longues et nombreuses statistiques, écrit : « Les manifestations cardiaques du rhumatisme apparaissent à des époques variables; elles peuvent être précoces dans les cas graves, ou tardives; ou bien elles précèdent de quelques jours les manifestations articulaires : endocardite préarthropathique [précession de quinze jours, dans deux observations (Martineau, Jaccoud)].

Le plus souvent c'est dans la période d'état, pendant le PREMIER ou le second septénaire de la maladie, qu'apparaissent les complications cardiaques. » Eh bien! je crois qu'il y a, sur la précocité supposée des complications, bien des réserves à faire. Je ne doute pas que, parfois, l'état général du sujet ne puisse être assez profondément modifié d'emblée pour que la complication soit contemporaine de l'éclosion de la fièvre polyarticulaire, mais il faut bien reconnaître qu'il y a de nombreuses causes d'erreur dans la chronologie des faits cliniques tels que nous les relevons couramment, et que, notamment, les observations sont, d'ordinaire, insuffisamment repérées. On constate bien qu'il s'agit d'un rhumatisme avec fièvre et avec complications, mais on ne s'inquiète pas assez de remonter à la date de début, et de préciser à quelle période exacte on se trouve de l' histoire de la maladie, au moment même où le sujet est observé.

Combien de rhumatisants aigus n'entrent à l'hôpital qu'après une semaine, ou deux même de thérapeutique infructueuse à domicile! Naturellement, ce sont plutôt ces malades-là que nous avons l'occasion d'observer; or quand nous les observons, ils sont habituellement à la période de recrudescence fébrile liée à telle ou telle complication. Ce que nous constatons alors se rapporte, non pas au début, non pas au premier septénaire, mais à une phase plus avancée, dixième, quinzième, vingtième jour de la maladie.

Ou bien encore, beaucoup des rhumatisants qui font nos statistiques graves sont à leur deuxième, ou troisième, ou quatrième attaque de rhumatisme; ils avaient déjà pu, au préalable, présenter quelque complication, et, restés vulnérables, ces sujets ont pu raviver aisément une lésion mal cicatrisée, qu'il est facile d'attribuer à la poussée aiguë dernière, ce qui constitue, de fait, une erreur d'interprétation.

Ces remarques faites, il m'est permis de demander que les statistiques des auteurs veuillent bien porter, comme étude initiale du rhumatisme, de sa fièvre et de ses complications, sur des observations de ce genre :

Sujet jeune (dix, quinze à quarante ans) ; PREMIÈRE ATTAQUE. Examen clinique FAIT DÈS LE DÉBUT, c'est-à-dire dès le jour de l'alitement pour le syndrome, fièvre et douleurs. Alors seulement on pourra confronter les observations, et comparer les courbes thermiques dans leurs rapports avec les complications.

Je crois pouvoir mettre en fait que, pour des observations qui répondent à ces conditions strictes, si on peut suivre le malade dès le début de sa poussée fébrile, la coïncidence de complications sera *alors*, *au début* (premier septenaire, par exemple), l'exception.

Il me paraît que, *d'elle-même*, la fièvre, comme la polyarthrite, tend d'abord, dans sa première période, vers la défervescence.

Si, à ce moment de détente, on assiste à une poussée fébrile nouvelle, c'est que, *alors*, il se fait quelque complication.

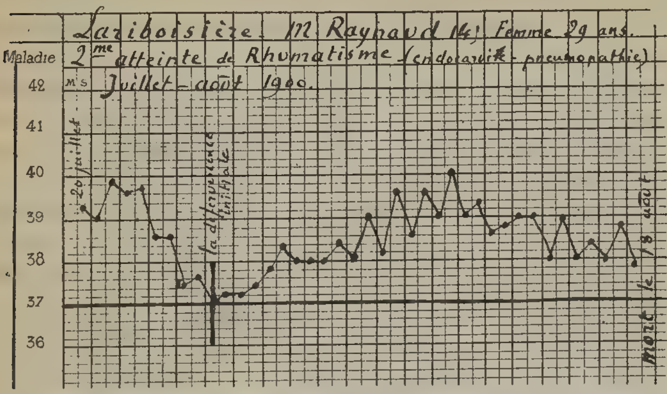
M. Œttinger (loc. cit.) dit fort bien dans ce sens :

« Les manifestations articulaires sont-elles calmées, la fièvre est-elle déjà tombée, celle-ci se rallume au moment où se développe l'endocardite. »

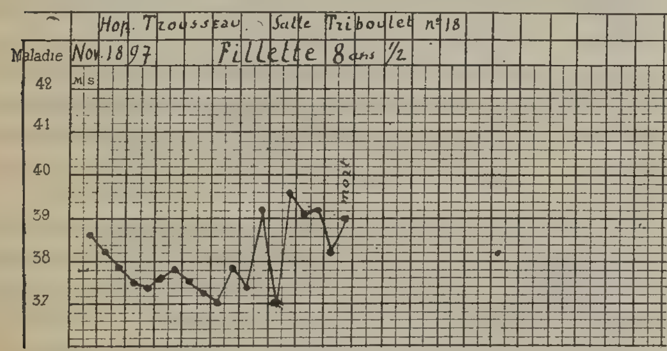
Disons la complication, sans en préciser pour l'instant la localisation, et justifions par des exemples les réflexions cliniques qui précèdent.

RHUMATISMES AVEC COMPLICATIONS. — Quelle différence, veut-on me le dire, y a-t-il entre les courbes thermiques des divers rhumatismes simples que nous avons envisagées précédemment, et le *début* de cette nouvelle courbe?

En six jours, même détente brusque, même défervescence; même guérison apparente. Après quelques jours d'hésitation dans la *reprise*, la fièvre remonte, et la malade succombe en douze à quinze jours à des complications d'endocardite avec pneumopathie.



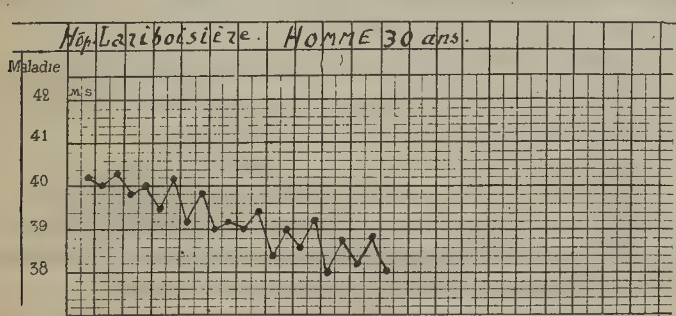
Et dans ce nouveau cas, après une période fébrile minime de durée et d'intensité, avec défervescence, voici encore une *reprise* de fièvre, et le sujet meurt, au sixième jour de la reprise fébrile, de complications très accentuées (endopéricardite, pleurésie, etc.).



Peut-être ai-je tort de choisir, en premier lieu, ces deux exemples qui sont, en réalité, des exceptions dans l'histoire du rhumatisme, puisqu'ils concernent des cas mortels ? Si je l'ai fait, c'est que je tiens à bien montrer qu'à un début, ressemblant à tous les autres (par la courbe thermique et, d'ailleurs, par bien des symptômes), peuvent succéder les pires complications.

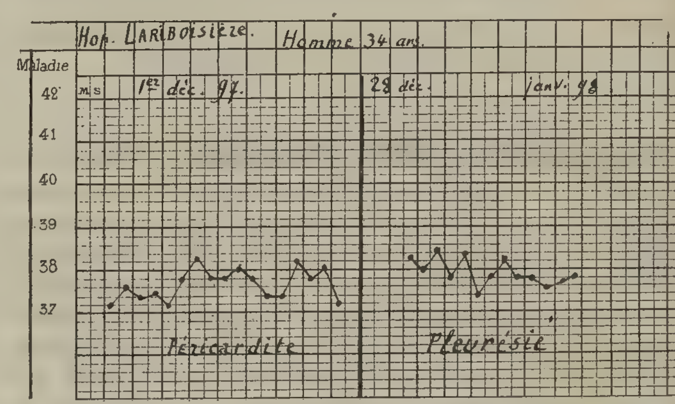
Quand ces complications, au lieu de tuer, aboutissent à des lésions compatibles avec l'existence, la courbe est encore fréquemment la même ; et, le plus souvent, la complication ne s'indique sur le tracé qu'après une inflexion de celui-ci, en rapport avec une défervescence.

Sur près de 40 observations personnelles je n'ai vu qu'un fait de concomitance des complications avec le début élevé de la courbe, chez un homme de trente ans, chez lequel évoluèrent simultanément, au milieu d'un rhumatisme généralisé suraigu, une péricardite et une congestion pleuro-pulmonaire intense.



Mais, il faut faire remarquer que cet homme était à sa deuxième grande attaque de rhumatisme, la première datant à peine de dix-huit mois ; et, que, d'ailleurs, il était souffrant depuis plusieurs jours, ce qui s'éloigne un peu des conditions que nous exigeons pour une observation typique (première attaque, premier ou deuxième jour).

Un dernier point pour en finir avec cette étude de la thermométrie chez les rhumatisants, étude un peu longue, peut-être, mais si nécessaire pour fixer les idées : Est-il constant que la complication s'allie à l'hyperthermie ? N'y a-t-il pas de complications possibles au cours d'un état médiocrement fébrile ? Voici une courbe qui concerne un rhumatisme de trois mois de durée, avec complications successives de péricardite à épanchement, de pleuro-pneumonie double à bascule ; et au moment précis où évoluaient ces graves complications, la température atteignait, comme maximum, 38°2 et 38°4.



De tous ces graphiques, de tous ces chiffres, certaines conclusions peuvent, il me semble, se dégager maintenant. Grâce à un des éléments cliniques, LA TEMPÉRATURE, il nous est donné de voir :

Pour les RHUMATISMES SIMPLES, *combien la fièvre rhumatismale, dans sa phase initiale, est identique à elle-même pour la série des observations — simples — c'est-à-dire avant toute complication, ou en dehors de la complication.*

Il nous est donné de voir que :

Léger, fort, très intense même, dans un grand nombre de cas, et, notamment, dans ceux qui répondent aux conditions d'observation par nous précisées, le rhumatisme articulaire aigu franc présente une tendance manifeste, spontanée et précoce, à la défervescence (celle-ci se produisant, d'ailleurs, avec ou sans salicylate de soude).

La coïncidence d'une quelconque des complications familières à cette affection semble exceptionnelle à cette phase de début qui répond au premier septénaire de la fièvre.

Voilà ce qui concerne le RHUMATISME SIMPLE, avant la complication, ou en dehors d'elle.

Voici maintenant qui s'applique au RHUMATISME AVEC COMPLICATIONS :

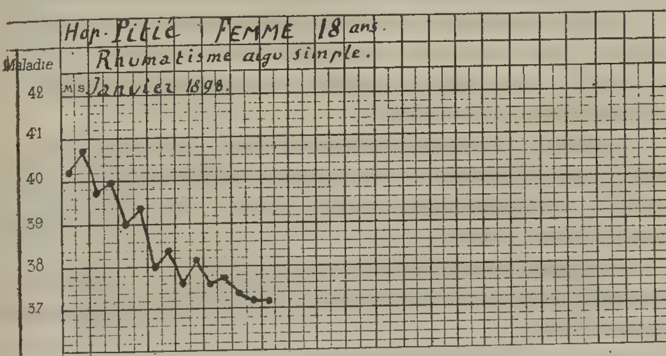
Quelle qu'ait été dans sa violence initiale la manifestation fébrile rhumatismale, il peut n'y avoir pas de complication.

Après un rhumatisme suraigu, comme après une polyarthrite fébrile modérée, bruyamment, ou insidieusement, la fièvre, déjà apaisée, peut se rallumer, et témoigne alors, généralement, de l'évolution d'une complication viscérale. [Retour fébrile et complication pouvant apparaître au début, ou au cours du second septénaire, ou plus tard encore, quelquefois, après une détente qui fait rarement défaut (voir nos courbes).]

Le degré de la fièvre ne nous indique pas, ou nous indique mal, ce que va pouvoir être la complication : sa nature, son intensité, sa valeur pronostique.

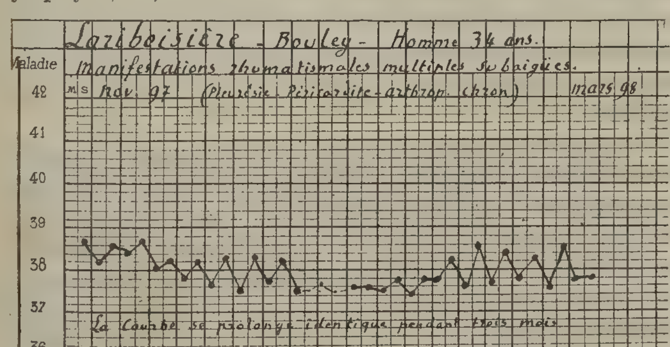
Je choisis, parmi un grand nombre, des exemples confirmatifs de ces considérations si importantes.

En premier lieu, il s'agit d'une fille de dix-huit ans, bien constituée, sans antécédents morbides. Venue de province, elle habite Paris depuis quinze jours, et, sans cause appréciable, elle est prise de malaise général avec fièvre, au cours duquel apparaissent des fluxions articulaires disséminées.



A l'entrée, la température est de 40°5; les six grandes jointures sont prises. Il y a des sueurs profuses, un état pâteux de la langue, des urines rares et chargées d'albumine. Voici, semble-t-il, un rhumatisme très violent, et voué en apparence à toutes les complications *rhumatismales*; or, au troisième jour, la température est à 38°, et le huitième jour, elle atteint la normale. Les jointures sont dégagées; et, après, une semaine d'athermie, et de convalescence, la malade s'en va guérie.

En opposition avec cette courte histoire pathologique, voici le résumé de la longue et lamentable maladie d'un sujet de trente-quatre ans: Il commence un rhumatisme au début de novembre 1897, et n'en sort qu'au mois de février 1898, non guéri complètement, et porteur d'une pleurésie sèche avec adhérences, et d'une péricardite chronique avec symphyse. Or, à aucun moment la fièvre n'a été vive, et rien dès le début, ne pouvait faire prévoir une évolution grave.



La courbe du tracé thermique oscille interminablement entre 37°5 et 38°5.

Ces exemples, empruntés à l'observation clinique, et les conclusions qui les précèdent, je demande qu'on les envisage de près, afin de les mettre en parallèle, et pour le moins, tout autant en opposition, suivant les cas, avec les lois de Bouillaud, beaucoup trop étroites dans leur énoncé.

Lois de Bouillaud. — 1° *Dans le rhumatisme articulaire* AIGU, VIOLENT, GÉNÉRALISÉ, *la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, ou d'une endopéricardite est la* RÈGLE, LA LOI, *et la non-coïncidence*, *l'*EXCEPTION;

2° *Dans le rhumatisme articulaire* AIGU, LÉGER, PARTIEL, APYRÉTIQUE, *la non-coïncidence d'une de ces complications est la règle, et la coïncidence l'exception.*

Il est difficile de discuter à fond ces LOIS. Elles sont dignes de la plus profonde admiration, puisqu'elles ont conduit à une constatation clinique de premier ordre: les relations fréquentes de la polyarthrite rhumatismale avec l'endopéricardite.

Mais ont-elles conduit le clinicien à la compréhension exacte du rhumatisme, et à la notion précise des complications dans le rhumatisme? Voilà ce qu'il est permis de discuter.

Rien, on me l'accordera, n'est plus RHUMATISMAL que cette fièvre de début, qui signale et accompagne la polyarthrite. Manifestations articulaires et fièvre, voilà le rhumatisme, et le rhumatisme peut n'être que cela, et souvent, très souvent, il n'est que cela.

Si les complications viscérales sont rares, exceptionnelles même, à la période d'acuité du début, il est permis de supposer, sinon d'affirmer, que l'imprégnation humorale spécifique du rhumatisme n'est peut-être pas l'élément tout-puissant qui domine l'histoire des complications dans le rhumatisme, comme on se complaît trop aisément à le croire.

La complication est plus fréquente, et cela au maximum, dans le deuxième septénaire de la maladie, après une première détente qui fait rarement défaut. Alors qu'il y a recrudescence thermique, *s'agit-il d'une reprise du rhumatisme?* ou de l'apparition de quelque chose de *nouveau*? Il est bien permis de se le demander quand on voit que la courbe *nouvelle* affecte des allures si différentes de la première?

S'il existait un criterium certain, une sanction de la fièvre *rhumatismale*, et qu'on le retrouvât à la première phase (avant la complication) et à la seconde (au moment de la complication), tout ce qui concernerait un semblable rhumatisme serait vraiment *rhumatismal*.

Ce criterium qui devra nous faire reconnaître, distinguer et séparer ce qui est rhumatismal de ce qui ne l'est pas, la seule clinique est impuissante à le fournir; nous rappellerons plus loin ce que d'autres moyens d'investigation, notamment la bactériologie, font pressentir à ce sujet; mais je veux, cependant, montrer que, par la clinique même, les cliniciens ont déjà pu mettre quelques différences dans certaines complications du rhumatisme.

La mieux étudiée en ce sens est certainement l'*endocardite*.

II

Quelques considérations sur les endocardites dans le rhumatisme. — L'endocardite est si étroitement liée par son histoire à celle du rhumatisme qu'elle a, plus que toutes les autres complications, bénéficié de l'épithète de *rhumatismale*. Or, je ne cesserai de demander: qu'est-ce qu'une complication rhumatismale? Nous ignorons absolument ce qu'est le rhumatisme, et nous n'hésitons pas à qualifier de *rhumatismal* tout incident qu'on rencontre, de près ou de loin, dans la polyarthrite fébrile franche aiguë. C'est une façon de faire absolument critiquable.

Par la clinique, Fernet, Raymond, Litten et, plus récemment, M. Barié ont distingué et séparé de l'endocardite bénigne, familière au rhumatisme, certains faits d'endocardite *maligne*.

Il faut lire la remarquable clinique de M. Barié sur ce sujet (1). J'en extrais ces quelques lignes résumées:

(1) Barié. *Semaine méd.*, 31 janv. 1900, p. 35.

Observation I. — Chez un homme de quarante ans, indemne de tout antécédent rhumatismal et cardiaque, une *première* attaque de rhumatisme articulaire aigu s'accompagne, au treizième jour de maladie, d'une endocardite aiguë.

En trois jours cette endocardite se révèle de malignité extrême, et entraîne la mort.

Obs. II. — Chez un sujet de vingt-six ans, atteint de son *premier* rhumatisme, on voit éclater, au dixième jour, une endocardite avec un ensemble de symptômes généraux graves, qui aboutissent à la mort en trois jours.

Obs. III et IV. — « Dans la même semaine, presque le même jour, le hasard de la clinique amenait dans notre service deux sujets atteints de rhumatisme polyarticulaire aigu, tellement sévère que, dans l'espace de trois semaines, vous avez pu voir se succéder chez eux la plupart des complications qu'on rencontre dans les formes les plus graves du rhumatisme : état fébrile très accusé, angine, endocardite aiguë avec assourdissement d'abord, puis disparition presque totale des bruits normaux, péricardite intense, congestion pulmonaire et pleurésie, auxquelles il faut ajouter, pour l'un de ces malades, de l'albuminurie. Cependant, malgré ces multiples et redoutables complications, bien propres à faire craindre une véritable toxémie rhumatismale, ces deux individus guérirent.

Au contraire, chez les deux malades dont je vous ai relaté tout à l'heure l'histoire clinique, le rhumatisme articulaire semblait d'abord de moyenne intensité, et pourtant l'endocardite a pris rapidement les caractères de gravité que je vous ai indiqués. »

Pour tous les médecins à l'heure actuelle, les deux premières observations rapportées pas M. Barié concernent des endocardites surajoutées au rhumatisme, des endocardites malignes *dans le* rhumatisme, les deux autres sont des endocardites *du* rhumatisme.

Il y a donc — on n'insistera jamais assez sur ce point — des endocardites qui évoluent au cours du rhumatisme, et qu'on peut affirmer NON RHUMATISMALES. Telles sont les endocardites déclarées *malignes* par la clinique.

Mais, demanderai-je, si, au lieu de tuer en trois jours, et si, au lieu d'être d'une malignité extrême, l'endocardite n'est que d'une certaine malignité, compatible avec une survie d'un mois, de deux mois même, que sera cette endocardite? *sera-t-elle, ou non, rhumatismale?*

Et je dis encore de même : ces endocardites qui guérissent, et qui font tant d'affections cardiaques chroniques, que sont-elles, elles aussi, *rhumatismales, ou non*?

Elles le sont si le terme endocardite rhumatismale revêt une signification conventionnelle en clinique, et devient synonyme d'endocardite semi-bénigne, ou réellement bénigne; mais ce n'est là, on le reconnaîtra, que de l'à peu près.

Ce que nous pouvons dire, ce que nous devons répéter, c'est ceci :

La force des arguments de l'observation nous fait reconnaître des rhumatismes avec complications endocardiaques très variées : les unes ultra-infectieuses, les autres infectieuses, moyennes ou très atténuées. Entre ces divers degrés de la complication, une hiérarchie bien précise n'est guère possible à établir. Où cesse l'influence rhumatismale? où commence-t-elle?

La même logique rigoureuse des faits d'observation nous apprend qu'il y a, et fort nombreuses, des fièvres rhumatismales qui évoluent sans complications. Rien n'est plus *rhumatismal* que la polyarthrite fébrile franche, aiguë. Si donc, évoluant fréquemment, dans son type le plus pur, sans complications, le rhumatisme articulaire aigu se charge, parfois, tout à coup ou insidieusement, d'un incident nouveau, d'une localisation viscérale, pourquoi admettrons-nous que c'est la fièvre rhumatismale seule qui entre en cause?

Pour expliquer la complication dans sa forme maligne, M. Barié, de son côté, et de leur côté tous ceux qui voudront regarder sans parti pris, concluront tous de même, en pensant qu'il y a — alors — (pour ces complications malignes) quelque chose de surajouté.

En dehors de causes prédisposantes (alcoolisme, misère physiologique), toujours plus ou moins récusables, on peut, avec M. Barié, invoquer dans ces cas d'extrême gravité, comme cause efficiente :

a. L'action de la *toxémie rhumatismale*, par hypertoxicité particulière des microbes pathogènes du rhumatisme ou de leurs toxines;

b. Soit une infection secondaire se surajoutant brusquement à une endocardite qui, dès le début, s'était annoncée comme étant de nature infectieuse bénigne, ou tout au moins atténuée.

Nous manquons de données certaines pour discuter la première supposition, car la bactériologie du rhumatisme articulaire ne paraît point encore fixée d'une façon définitive, et nous sommes, par conséquent, incapables de mesurer le degré de toxicité de ces microorganismes ou des toxines qu'ils sécrètent.

La deuxième hypothèse paraît plus plausible : en effet, pendant les trois premiers jours qui suivent l'apparition de l'endocardite, celle-ci ne se révèle que par l'auscultation; l'état général du sujet reste bon, et la maladie semble être confinée tout entière dans le rhumatisme des jointures. Puis la scène change brusquement, et prend immédiatement un caractère de malignité qu'elle conservera jusqu'à la fin. La malignité s'accuse par de l'élévation thermique, des frissons répétés, des sueurs profuses, des hémorragies nasales à répétition, de l'albuminurie légère, et par un état adynamique profond.

Ces accidents subits semblent bien devoir être rapportés à un élément nouveau de nature infectante, qui s'est *tout à coup greffé sur l'endocarde malade et ayant servi de point d'appel.* Or, cet élément nouveau n'est autre chose en définitive qu'une infection survenue secondairement au rhumatisme, ou peut-être encore née en même temps que lui, et dont les manifestations étaient restées latentes jusqu'alors. Déterminer la nature intime de cette infection, sa porte d'entrée dans l'organisme, et la morphologie de son microbe (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, etc.), serait un problème intéressant, mais souvent fort délicat à résoudre.

Ce que M. Barié *suppose* pour les cas exceptionnels, empreints de malignité — si délicates que soient les recherches — il faut le *prouver*.

La preuve requise de nos jours, c'est la présence d'un germe pathogène figuré, d'un microbe.

En conséquence, il faut dans le sang pendant la vie *in situ*, sur le foyer de complication, aussitôt que possible après la mort, rechercher la présence d'un germe pathogène.

Il faut encore, et c'est ce que Coyon et moi avons tenté, il faut appliquer les mêmes recherches à tous les rhumatismes compliqués ou non.

Voici les conclusions que nous avons données, après une première série d'investigations, et elles me paraissent compléter utilement cette courte étude clinique.

III

Quelques conclusions à propos de la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (1). — PAR SON ÉTUDE CLINIQUE, le rhumatisme aigu franc nous fait reconnaître :

a. Des formes *simples* (arthropathies fébriles sans complications) ;

b. Des formes *compliquées* (d'une ou plusieurs complications) ;

1° Rhumatisme avec *endocardite* } Rhumatisme avec *endo-*
2° Rhumatisme avec *péricardite* } *péricardite*,
3° Rhumatisme avec manifestations *pleuro-pulmonaires*,
4° Rhumatisme avec manifestations *nerveuses*,
5° Rhumatisme avec mélange de ces diverses complications, et avec d'autres manifestations variées encore, de nature non définie : angines, dermo-cellulite, phlébite, etc.

PAR LA BACTÉRIOLOGIE, malgré un examen minutieux du sang, ou des humeurs, chez le vivant, comme encore des organes, à l'autopsie, nous reconnaissons :

a. Que bon nombre de rhumatismes francs, *simples*, non compliqués, ne donnent aucun résultat positif;

b. Qu'il en est de même pour plusieurs rhumatismes *compliqués*.

Par contre :

a. Dans le rhumatisme *simple*, il arrive qu'on peut rencontrer parfois tel germe : tantôt l'un tantôt un autre (cette constatation, est, d'ailleurs, rare, sinon exceptionnelle);

b. Dans le rhumatisme *compliqué*, il peut en être de même (mais les constatations microbiennes étant ici très fréquentes, sinon de règle).

Ces constatations microbiennes, quelles sont-elles ?

Dans une proportion qui varie avec les diverses statistiques (toutes entachées d'erreur), nous trouvons signalés isolément, ou conjointement :

1° Des variétés de staphylocoque; des variétés de streptocoque ;
2° Un gros bacille anaérobie, bien étudié par Achalme ;
3° Un diplococcus, étudié par Triboulet et A. Coyon.

Aucun de ces germes ne s'est montré *spécifique*, permettant de reproduire expérimentalement le rhumatisme, c'est-à-dire la fièvre rhumatismale avec polyarthrite.

Ces germes sont-ils en rapport avec des allures cliniques particulières de la maladie? c'est à nous d'établir leurs connexions probables avec le type morbide étudié : formes bénignes, formes graves, COMPLICATIONS.

Cliniquement, la *complication* se surajoute dans le rhumatisme pour prendre toute l'importance.

Bactériologiquement, les microbes se surajoutent pour faire les complications. Si tel ou tel microbe, trouvé dans les humeurs ou dans le sang d'un rhumatisant — avant complications — se retrouvait encore au moment de la complication quelconque, et si, surtout, nous pouvions le mettre en évidence au niveau du siège d'une ou de plusieurs des complications, ce microbe serait bien le microbe du rhumatisme, et ces complications seraient bien *spécifiquement rhumatismales*. — Mais, ce microbe spécifique, nous sommes en droit d'exiger que ce soit dans les formes simples (sans complications) qu'on le décèle d'abord, et nous savons que tant, sinon la plupart des rhumatismes simples, sont amicrobiens.

Cliniquement donc les complications se surajoutent pour modifier l'évolution du rhumatisme ; elles ne paraissent pas en relever directement ; elles lui sont *secondaires*.

Bactériologiquement, il semble, sous des influences que nous ignorons, que le sang du rhumatisant devienne éminemment infectable; et nous voyons que certains germes passent alors dans le courant sanguin comme de véritables agents d'*infection secondaire* (nous avons pu déceler, par lamelles et par cultures, trois formes microbiennes dans le sang d'un rhumatisme grave).

L'infection secondaire, qui manque aux uns, qui se surajoute aux autres, voilà la raison d'être des différences cliniques (complications légères, graves, mortelles) si surprenantes dans l'évolution de rhumatismes francs aigus, à début souvent identique.

Distinguer d'une façon précoce parmi les variétés cliniques celles qui sont de moindre importance, qui ne compromettent pas l'existence, et dont on ne garde aucune tare pathologique; reconnaître, par contre, *celles dont on peut mourir, ou dont on peut garder une lésion durable*, c'est à la bactériologie de le faire.

Avec nos faibles ressources statistiques, en suivant l'enseignement des faits, nous avons cru voir : *a.* que les rhumatismes reconnus *amicrobiens* par examen direct du sang, et par cultures successives, sont, en général, d'un pronostic favorable; *b.* que les rhumatismes avec infection sanguine décelable appartiennent aux variétés à complications possibles.

La documentation, trop faible, que nous possédons nous laisse entrevoir que certaines infections (*staphylocoque* et *streptocoque* non définis encore) semblent de moindre importance ;

Que, par contre, la présence dans le sang du *diplococcus*, par nous décrit, semble conférer au rhumatisme un caractère de permanence à l'état subaigu, singulièrement favorable aux complications endocardiques par ce microbe.

(Nous avons pu, expérimentalement, reproduire chez le lapin une endocardite mitrale fibreuse très caractéristique, avec la culture de ce microbe);

Qu'enfin le bacille d'Achalme se rencontre rarement, exceptionnellement, chez le vivant, et qu'il se trouve, par contre, à l'autopsie des formes prolongées ou foudroyantes, multicompliquées, dans lesquelles la polyinfection est fréquente.

En attendant la découverte du microbe *spécifique*, c'est à établir sur des données de ce genre, de plus en plus étendues et, par conséquent, de plus en plus certaines, *le rapport entre telle variété clinique et telle infection microbienne*, que doivent tendre nos recherches bactériologiques dans le rhumatisme.

Il n'était pas sans intérêt de confronter ces dernières considérations d'ordre technique (recherches de laboratoire), avec ce que la clinique nous enseigne, et de montrer, sinon de prouver, par les deux ordres d'arguments réunis, qu'il y a bien, dans l'histoire des rhumatismes articulaires aigus, deux choses : 1° une infection probablement rhumatismale *spécifique*, que la clinique révèle par les formes *simples*, avec identité dans les courbes thermiques, formes simples habituellement sans sanction bactériologique; 2° des infections variées, rarement initiales, mais plus ou moins tardivement

(1) H. TRIBOULET et A. COYON. *Le rhumatisme articulaire aigu en bactériologie*, Paris 1900.

surajoutées, qui font les formes *compliquées* — ou *complicables*.

Sans doute, dans bon nombre de cas, le tracé thermique marque, par inflexion, par une défervescence même plus ou moins durable, la cessation de l'état rhumatismal proprement dit, et par une reprise (élévation et oscillation), la tendance ou le passage à la complication, mais ces données cliniques ne distinguent qu'insuffisamment encore les formes compliquées des formes simples, et insuffisamment surtout les formes compliquées entre elles. C'est de la bactériologie que les variétés du rhumatisme compliqué peuvent recevoir leur sanction diagnostique et pronostique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(6 FÉVRIER 1901)

M. Lagrange (de Bordeaux) fait une intéressante communication sur **l'hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon.**

Au lieu des corps étrangers en argent, en celluloïde, etc., qui ont été placés dans la capsule de Tenon pour faciliter la prothèse, il conseille de greffer dans cette capsule, après l'énucléation, un œil de lapin au-devant duquel il suture deux à deux les muscles droits (externe et interne, supérieur et inférieur) et la conjonctive par-dessus les muscles. L'œil est ainsi *complètement enfoui* dans la capsule de Tenon et contracte des adhérences par toute sa surface; il se ramollit, devient hypotone, perd, dans les deux premiers mois, environ la moitié de son volume, mais vit et constitue un moignon assez volumineux, très mobile, capable de supporter dans les meilleures conditions une coque artificielle.

Parmi les règles opératoires que M. Lagrange indique à ce sujet, deux sont particulièrement nécessaires : la première, c'est qu'après l'énucléation il faut bien arrêter la petite hémorragie qui se produit dans la capsule de Tenon; la seconde c'est qu'il faut choisir un œil de lapin de moyen ou de petit volume appartenant à un animal encore jeune.

M. Peyrot a fait un rapport sur une observation de **plaie pénétrante du thorax avec plaie diaphragmatique** communiquée par M. Girard, médecin de la marine. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui entre à l'hôpital de Toulon avec deux plaies par coup de couteau, dont l'une abdominale avec hernie épiploïque. Le blessé était dans un état très grave, avec teinte violacée de la face, dyspnée, asphyxie commençante, etc., avec plaie se trouvant dans le huitième espace intercostal gauche; par cette plaie sortait de l'épiploon, le couteau avait donc traversé le diaphragme. M. Girard fit une incision de 10 centimètres et arriva sur le diaphragme dont, la plaie mesurait 3 centimètres. L'épiploon ayant été réséqué et réduit, le diaphragme fut saisi et immobilisé, puis adossé et fixé à la paroi thoracique par une suture pleuro-pleurale. C'est-à-dire que les bords de la plaie thoracique furent suturés aux bords de la plaie diaphragmatique. La cavité thoracique ayant été ainsi fermée, M. Girard put aisément explorer la cavité abdominale, s'assurer que le grand cul-de-sac de l'estomac, le côlon transverse ne présentaient aucune blessure. Cela fait, la cavité abdominale fut fermée et le malade a très bien guéri.

M. le rapporteur insiste sur le procédé employé ici par M. Girard pour fermer la cage thoracique.

M. Begouin, au nom de M. Desmons (de Bordeaux) et au sien, fait une communication sur **l'amputation précoce et haute dans le traitement de la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques.** La conclusion à tirer des faits observés par M. Desmons et par d'autres auteurs est qu'en présence d'une gangrène spontanée des membres inférieurs chez les diabétiques, le mieux est d'amputer haut et de bonne heure. Il est hors de doute qu'il existe un certain nombre de faits encourageants, mais il ne faudrait pas croire que les choses marchent toujours toutes seules et qu'on n'est pas, dans cette pratique, exposé à quelques déboires.

Une petite discussion a suivi cette communication : M. Schwartz a pratiqué une amputation de jambe chez un diabétique grave, qui avait une gangrène limitée à la face plantaire du pied. Dans cette amputation, il n'y a pas eu une goutte de sang, tous les vaisseaux étant oblitérés. Cela n'a pas empêché que la réunion s'est faite par première intention et que le malade a très bien guéri et est resté guéri neuf ans. Au bout de ce temps, est apparue une gangrène du côté opposé. M. Schwartz a fait l'amputation de la cuisse, la gangrène étant plus étendue que la première fois. Le malade a succombé vingt-quatre heures après. Il est vrai qu'il était dans un état beaucoup plus grave que la première fois. Aussi M. Schwartz adopte-t-il les conclusions de MM. Desmons et Begouin.

M. Guinard revient sur l'absence complète d'hémorragie dans ces amputations chez les malades atteints de gangrène. La fémorale elle-même ne saigne pas. Montaz (de Grenoble) a proposé, dans ces cas, ce qu'il a appelé le cathétérisme des artères. Dans deux cas, M. Guinard a pratiqué ce cathétérisme et, dès que le sang est apparu, il a fait la ligature des artères et a fermé la plaie. Il pense qu'il vaut mieux agir ainsi et, le cas échéant, il agira de même.

Ce cathétérisme des artères ne dit rien qui vaille à M. Poirier, qui craint que leur tunique endothéliale ne s'en trouve pas très bien. Il trouve plus simple et plus rationnel de se guider sur les battements de l'artère pour fixer le lieu d'élection de l'amputation. M. Guinard ne partage pas les craintes purement théoriques de M. Poirier et persiste à vanter le cathétérisme des artères.

M. Reynier fait justement observer que, dans cette discussion, il faut distinguer les cas de gangrène par athérome artériel des cas de gangrène par troubles trophiques avec sphacèle septique, comme dans les cas de gangrène traumatique. Il s'agit, dans ces derniers cas, de malades chez lesquels le système nerveux n'agit plus. On reconnaît ces cas en interrogeant les réflexes. Si ceux-ci subsistent, on peut obtenir encore de bons résultats de l'amputation; si les réflexes sont éteints, il reste bien peu de chances et mieux vaut ne pas intervenir.

M. Lejars insiste sur cette distinction très importante au point de vue des indications opératoires. Dans les cas de gangrène athéromateuse, l'amputation peut donner de bons résultats. M. Lejars cite l'exemple d'un vieillard de soixante-treize ans, atteint de gangrène du membre inférieur occupant le tiers inférieur de la jambe; l'état général était mauvais. Malgré cela, l'amputation de cuisse fut suivie d'une réunion par première intention, et ce malade resta guéri cinq ans.

M. Reclus fait observer, qu'en somme, tous les chirurgiens paraissent d'accord pour admettre qu'il faut faire l'amputation haute et précoce dans les cas de gangrène spontanée diabétique. Il cite lui-même plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir.

Nous arrivons aux présentations : M. Picqué présente des pièces provenant d'une jeune femme de vingt-six ans, chez laquelle il a pratiqué l'hystérectomie supra-vaginale pour des accidents de **septicémie puerpérale**. Chez cette femme, les annexes étaient saines en apparence, mais l'utérus était le siège d'une véritable éponge purulente. Il n'y avait pas de débris placentaires. M. Rochard est intervenu plusieurs fois dans des cas analogues. Il demande que cette question soit mise à l'ordre du jour.

Autre présentation de M. Picqué : c'est un **kyste dermoïde de l'ovaire**, opéré sur une femme en état de catalepsie depuis trois jours. L'opération a fait cesser l'attaque cataleptique. C'est là, pour M. Picqué, une indication de plus pour l'intervention.

M. Guinard présente un **calcul vésical** de 5 centimètres de long, pesant 28 grammes, qu'il a extrait par la taille sus-pubienne, de la vessie d'un enfant de vingt-huit mois. Cet enfant avait eu une hématurie à cinq mois.

M. Potherat met sous les yeux de ses collègues un **lipome arborescent** intra-articulaire de la synoviale du genou, qu'il a enlevé du côté gauche sur un jeune homme chez lequel il a enlevé un tuberculome du genou, avec réaction fibreuse deux ans auparavant. M. Potherat tend à admettre que ce lipome pourrait bien être d'origine tuberculeuse, comme l'avait été le fibrome enlevé deux ans plus tôt.

M. Thiéry a enlevé, sur la face interne de la cuisse d'une jeune femme de vingt-six ans, un **molluscum** pesant 1 480 grammes.

M. Sébileau montre un jeune homme auquel il a fait la résection de la veine faciale pour une **phlébite purulente**.

Enfin, M. Berger présente un jeune garçon chez lequel il a enlevé un très vaste **épithéliome de la région parotidienne et de la conque de l'oreille**. Il a ensuite fait une restauration avec un lambeau sus-hyoïdien.

Dans la séance prochaine, on entendra une communication de M. Ricard sur l'**exploration du médiastin** et un rapport de M. Reynier sur l'emploi du **sérum de Wlaef**.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(7 FÉVRIER 1901)

Séance très intéressante par la qualité et le nombre des communications, à tel point qu'on a dû en remettre plusieurs à la séance prochaine. M. Ballet montre trois cerveaux **atteints de gliome**. Dans les trois cas, les malades ont eu des signes de tumeur cérébrale (névrite optique, céphalées etc.,) avec des signes à peine esquissés de localisation; or dans les deux cas, la région motrice est fortement comprimée ou même détruite. Cette impossibilité de localiser exactement la lésion, cette réaction minime de la zone motrice tient vraisemblablement à la lenteur du processus. Il faut noter l'influence prédisposante qu'a eue dans l'un des cas le traumatisme cranien, qui a précédé d'un temps très court l'apparition des signes cérébraux. On a essayé chez le troisième malade, de déceler la nature de la tumeur par une injection de tuberculine, le malade a réagi, mais les troubles cérébraux ne sont pas devenus plus intenses sous l'influence de la tuberculine; le malade était donc tuberculeux, mais la tumeur cérébrale ne devait pas être de nature tuberculeuse, l'autopsie a montré en effet la nature gliomateuse du néoplasme cérébral et la présence de tubercules dans les poumons.

Tandis que M. Babinski croit que les malades de ce genre peuvent retirer un excellent résultat de la trépanation, M. Ballet déclare avoir perdu beaucoup de ses espérances sur ce sujet et que le plus souvent la guérison n'est que temporaire ou partielle. Pourtant M. Babinski présente deux malades intéressantes qui ont eu de la névrite optique œdémateuse avec amaurose, céphalées intenses, vomissements sans autre signe pouvant déceler le siège de la lésion intra-cérébrale; or ces troubles ont disparu, la névrite œdémateuse s'est effacée avec retour à peu près normal de l'acuité visuelle, chez l'une des malades sous l'influence d'une large craniectomie, chez l'autre par une perforation spontanée de l'ethmoïde, perforation qui joue le rôle d'une véritable soupape permettant l'issue du liquide céphalo-rachidien, lorsque la pression de ce liquide devient trop considérable. Des faits semblables sont d'ailleurs consignés dans l'excellente thèse de M. Dupuy-Dutemps. Admettant que la craniectomie ne puisse empêcher l'évolution de la tumeur ou ne permette pas de la trouver, du moins on aura rendu service au malade en supprimant les céphalées et les vomissements, en lui faisant espérer le retour à la guérison par le retour de l'acuité visuelle dû à la suppression de l'œdème de la papille.

M. Babinski fait une démonstration de ce qu'il dénomme le **vertige voltaïque**. Lorsqu'on applique un courant continu de 4 à 6 milliampères sur les tempes, l'homme normal est pris d'un vertige et incline sa tête toujours vers le pôle positif, que ce pôle soit appliqué à droite ou à gauche. Au contraire, les malades atteints d'une altération de l'oreille moyenne ou interne inclinent toujours la tête du côté de la lésion auriculaire. Ce serait là un moyen précieux d'investigation qui permettrait de reconnaître des lésions auriculaires dès le début, alors que le malade n'a pas encore de troubles subjectifs.

M. Babinski présente un malade atteint d'une **asynergie cérébelleuse**, trouble que l'auteur nous a déjà fait connaître l'an dernier ; dans le cas actuel, ce symptôme paraît être dû à une lésion du pédoncule cérébelleux inférieur ; il se surajoute à une lésion de la sixième paire et la septième paire du même côté, réalisant ainsi un syndrome protubérantiel qui peut prêter à la confusion car, à l'inverse du type Millard-Gubler, les troubles moteurs du bras et de la jambe siègent du même côté que les lésions des sixième et septième paires.

MM. le professeur Raymond et Cestan montrent deux malades atteints de **polynévrite**. L'une a évolué sous la forme d'une polynévrite ascendante généralisée avec diplégie faciale et troubles bulbaires : le malade a rapidement guéri en trois mois ; persiste encore la diplégie faciale qui présente des signes très nets de la réaction de dégénérescence. L'autre polynévrite réalise le tableau très net du pseudo-tabes. Mais le point intéressant est l'étiologie de ces deux polynévrites : *elles sont survenues dans le cours d'une blennorragie* et les auteurs n'ont pu trouver une autre cause toxique ou infectieuse ayant pu créer ces accidents de névrites multiples.

M. Swiltaski montre les coupes de la moelle d'un malade atteint d'**hérédo-ataxie cérébelleuse** ; on peut y constater une dégénérescence de la partie interne des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux, avec une agenésie assez marquée de l'écorce du cervelet, du noyau de Goll et des fibres du pédoncule cérébelleux moyen.

La méthode de Weigert pour la **coloration de la névroglie**

est d'application difficile, de réussite variable, enfin utilisable seulement pour l'étude de la moelle humaine. M. Anglade l'a heureusement modifiée. Il fixe la pièce dans un mélange de liquide chromo-osmio-acétique de Fol (trois parties) et de sublimé à 5 p. 100 (une partie). Il fait l'inclusion à la paraffine, colore les coupes par le bleu Victoria et fait agir ensuite la liqueur iodo-iodurée ; il obtient ainsi une couleur élective de la névroglie, ainsi que le démontrent les belles préparations qu'il présente à la Société.

M. Touche a observé deux cas d'**aphasie sensorielle** par lésions du lobe temporal, aphasies caractérisées par une surdité verbale avec paraphasie et jargonaphasie ; dans l'un des cas, il existait aussi une cécité verbale avec cécité des objets par le fait d'une lésion profonde du pli courbe, ayant coupé les radiations optiques.

Chez trois malades atteintes de **goitre exophtalmique**, M. Babinski a noté une amélioration très notable, une guérison même dans un cas, par l'emploi du salicylate de soude.

M. Huet montre les radiographies de plusieurs **anomalies congénitales** des membres supérieurs. M. Pécharmant apporte la **cage thoracique d'un syringomyélique** qui permet d'étudier dans sa nature et son mécanisme la déformation du thorax signalée par M. Marie, dans la syringomyélie.

M. Poulard expose l'observation d'une malade **atteinte d'une paralysie des mouvements associés d'abaissement des globes oculaires**, analogue par suite aux faits signalés par Parinaud, Sauvineau, Babinski, Raymond et Cestan.

Dans **un cas de mal de Pott**, MM. A. Thomas et Hauser ont trouvé, en dehors de toute compression osseuse, une destruction presque totale de la moelle au niveau de la région dorso-lombaire avec dégénérescence hyaline en masse. Au-dessus et au-dessous se sont développées des cavités pathologiques à paroi névroglique, dont l'une peut être suivie jusqu'à la quatrième dorsale. Il semble que ces cavités sont l'aboutissant d'un processus inflammatoire qui a amené d'abord la prolifération, ensuite la dégénérescence du tissu névroglique. En outre, les coupes fines permettent de constater l'existence de très fines fibres nerveuses de régénération ; ainsi s'expliquerait l'intégrité relative de la sensibilité dans des régions recevant des conducteurs nerveux qui pénètrent dans la moelle, au-dessous des lésions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nomination. — M. le docteur Le Baron vient d'être élu membre du conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels pour les syndicats médicaux de Paris et des départements.

L'accroissement de la population parisienne. — Dans les résultats statistiques que publie M. J. Bertillon, sur le dénombrement de 1896, nous relevons un certain nombre de détails sur l'accroissement de la population de Paris, détails d'autant plus intéressants que nous sommes à la veille du nouveau dénombrement.

Le document le plus ancien qui existe sur la population de Paris est un recensement par feux exécuté dans toute la France en 1328 et qui trouve « en la ville de Paris et de Saint-Marcel » 35 paroisses et 61 098 feux, ce qui suppose 250 000 habitants environ.

On peut dire que ce recensement est resté le seul jusqu'en l'an 1801. Il est vrai qu'en 1700, on a évalué la population de Paris à 720 000 habitants ; qu'en 1762, on l'a *évaluée* à 600 000 et que Necker, en 1784, l'a *évaluée* à 620 000. Mais ces chiffres laissent, beaucoup à désirer et sont probablement supérieurs à la vérité, car, si on les tenait pour vrais, il faudrait admettre que la population parisienne a diminué de 1784 à 1801, ce qui n'est rien moins qu'établi.

Le recensement de 1801 indique en effet 547 756 habitants pour Paris, 631 808 pour la Seine.

En 1841 la population a quintuplé, on compte 1 200 000 habitants. En 1876, 2 400 000.

En 1896 enfin, 2 536 834 habitants pour Paris, 3 340 514 pour le département de la Seine.

Les tableaux dressés par M. Bertillon montrent, chiffres à l'appui, ce que l'on a maintes fois constaté que la population tend à s'éloigner du centre qui reste consacré plus exclusivement aux dépôts de marchandises et aux affaires.

Dans le centre de Paris l'accroissement total en 35 ans a été de 7,1 p. 100 seulement.

Dans les faubourgs, cet accroissement a atteint 111 p. 100.

Dans la banlieue enfin il a été de 212 p. 100.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 5e semaine de l'année, 935 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1 007) et à la moyenne ordinaire de la saison (1 028).

La fièvre typhoïde n'a causé que 5 décès (au lieu de 10 pendant les deux semaines précédentes et au lieu de la moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins n'est que de 34, sensiblement inférieur à celui des précédentes semaines.

La variole a causé 11 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 78. L'épidémie de variole, tout en restant bénigne, ne diminue pas ; les personnes qui se font revacciner se mettent à l'abri de ses atteintes. Toutefois, l'immunité que confère la vaccine ne dure que quelques années.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire. La rougeole a causé 6 décès (la moyenne est 14) ; la scarlatine, 1 (la moyenne est 3) ; la coqueluche, 6 (la moyenne est 5) ; la diphtérie, 10 (la moyenne est 7).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an (chiffre identique à celui de la semaine précédente), au lieu de la moyenne 28.

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 199 décès, au lieu de 210 pendant la semaine précédente et au lieu de 182, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (au lieu de la moyenne 23) ; bronchite chronique, 30 (au lieu de la moyenne 32) ; pneumonie, 44 (au lieu de la moyenne 56). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 107 décès, dont 47 sont dus à la congestion pulmonaire et 48 à la broncho-pneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès (au lieu de la moyenne 186) ; la méningite tuberculeuse, 12 décès ; la méningite simple, 19 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès ; les maladies organiques du cœur, 75 ; le cancer a fait périr 43 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale, 8 ; la cirrhose du foie, 11, et la néphrite, 31 ; enfin 38 vieillards sont morts de débilité sénile.

La Solidarité universitaire, société d'assistance mutuelle par le travail des étudiants français et étrangers, se charge de traductions, de et en toutes langues, d'analyses d'ouvrages, recherches bibliographiques scientifiques et littéraires, etc. ; elle procure des secrétaires particuliers, aides-médecins et remplaçants de médecins, gardes-malades, etc. — S'adresser au secrétariat, hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, tous les jours de trois à six heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — DES TROUBLES CARDIAQUES D'ORIGINE GASTRIQUE, d'après le docteur BONNAYMÉ. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le chlorhydrate d'apocodéine en injections hypodermiques contre la constipation; — Traitement de la période paroxystique de la coqueluche; — Traitement des verrues; — Le tannate d'orexine. — LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 11 février 1901.

Un règlement, dit-on, ne vaut que par la manière dont il est appliqué. Cette vérité convient, on ne peut mieux, à l'article 61 du règlement de service de santé dans les hôpitaux. D'après cet article, sur lequel une circulaire récente vient d'appeler à nouveau l'attention (1), les opérations qui deviendraient urgentes en dehors des heures habituelles de service, doivent être pratiquées par un chirurgien des hôpitaux, désigné à cet effet.

A priori, il semble qu'il n'y ait rien à dire contre l'exécution fidèle de cette prescription réglementaire. Il y a une dizaine d'années le service de garde n'existait pas pour les chirurgiens des hôpitaux; et, lorsque survenait, dans la journée ou dans la nuit, un cas réclamant la présence urgente du chirurgien, un infirmier partait, dans Paris, à la recherche de ce chirurgien de bonne volonté, et comme nul n'était chargé de ce service et par suite responsable, après plusieurs heures de courses inutiles, l'infirmier rentrait à l'hôpital, n'ayant trouvé personne qui pût ou voulût venir. Il arrivait même que l'infirmier, instruit par l'expérience, s'arrêtait chez le premier marchand de vins, et partageait avec le cocher le prix de courses imaginaires.

C'était un abus; le service de garde fut organisé, un chirurgien du Bureau central fut désigné chaque semaine et chaque dimanche. Un tableau de roulement affiché dans chaque hôpital indiqua au directeur et à l'interne de garde le nom du chirurgien de service. Pendant plusieurs années tout alla bien, et nul ne se plaignit, ni chirurgien, ni interne. Peu à peu, survinrent quelques accrocs à cette bonne entente. Les chirurgiens du Bureau central devinrent-ils plus négligents, plus lents à répondre à l'appel de l'hôpital? Les internes succombèrent-ils à la tentation d'opérer seuls dans le légitime désir de s'instruire? Peu importe, le fait est que le directeur général vient de rappeler aux directeurs d'hôpitaux de veiller à la stricte exécution du règlement.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 29 déc. 1900.

Ce rappel à l'article 61 n'a pas, on le comprend, le don de contenter tout le monde. Témoin, la lettre que nous adresse un interne en exercice :

« Monsieur le directeur,

Au sujet de l'application de l'article 61 aux internes des hôpitaux de Paris, je serais heureux d'avoir la réponse aux cas suivants :

1° Une femme enceinte de huit mois et demie reçoit un choc. L'utérus se rompt : l'enfant est dans la cavité péritonéale. La malheureuse arrive à l'hôpital Lariboisière. Le directeur s'oppose à l'intervention de l'interne; le chirurgien de garde arrive deux heures après : la femme et l'enfant sont morts.

2° Un journaliste reçoit des coups de revolver dans l'abdomen : nombreuses perforations intestinales. Le chirurgien ne peut matériellement arriver avant une heure au moins. L'interne consciencieux opère. Le malade échappe à une mort certaine. Son chef d'ailleurs le félicite.

L'interne qui bientôt docteur aura le droit d'opérer dans des conditions bien plus difficiles relève-t-il, dans un cas extrêmement urgent, de sa conscience ou de l'article 61 ?

Veuillez agréer, etc. »

Nous ne voulons pas répondre, dans le détail, à notre jeune et aimable correspondant. Mais qu'il nous permette de lui dire simplement qu'il ne suffit pas que l'interne ait exclusivement obéi à sa conscience pour que le malade ait reçu tous les soins auxquels il a droit. L'interne de garde n'est pas toujours, en fait, un chirurgien consommé et expérimenté. Il peut n'être pas chirurgien du tout et même n'avoir jamais tenu un bistouri. L'interne de garde peut même n'être pas interne du tout et est parfois un simple externe.

A cette objection, nous entendons notre correspondant nous répondre, qu'en présence d'un cas « extrêmement urgent », l'interne jeune et inexpérimenté se met à la recherche d'un collègue plus âgé et plus compétent qu'il a sous la main, au lieu du chirurgien de garde plus éloigné et peut-être même absent de chez lui pour une autre intervention.

Cette manière de faire transforme tout simplement l'interne âgé en « chirurgien résident ». Le chirurgien de garde se trouve dépossédé des cas graves et difficiles pour lesquels il a été désigné et si (comme on l'a fait récemment) on se borne à l'appeler pour ouvrir un panaris ou suturer

une plaie cutanée, la situation du chirurgien du Bureau central devient tout simplement ridicule.

Cette question de la modification de l'assistance chirurgicale a déjà été agitée il y a plusieurs années. Elle renait aujourd'hui plus mûre, mais non encore suffisamment étudiée. Cependant, on peut dire que chaque chirurgien chef de service y a pensé, que son opinion est faite et que si la question était à nouveau posée, elle trouverait une solution. Une bonne entente réciproque entre chefs de service, chirurgiens de garde et internes peut retarder l'éclosion de cette réforme. Mais au premier à-coup — d'où qu'il vienne — la question de la réorganisation de l'assistance chirurgicale se posera, et dès lors l'internat en chirurgie aura vécu; car entre l'interne et le chef s'interposera un nouveau venu, qu'on l'appelle assistant comme en Allemagne, coadjuteur comme en Italie, peu importe le titre qu'il portera. Par sa présence, plusieurs années auprès du chef, par sa résidence dans l'hôpital, il prendra aux internes les meilleures de leurs prérogatives.

Cette solution qui, il y a quinze ans, paraissait révolutionnaire, a été peu à peu et tacitement adoptée par la majorité des chirurgiens chefs de service. S'ils avaient plus étudié la question, surtout par le côté budgétaire, la réforme serait probablement en voie d'exécution, et l'internat en chirurgie ferait pâle figure au moment de la célébration prochaine de son centenaire.

DES TROUBLES CARDIAQUES D'ORIGINE GASTRIQUE (1)

D'APRÈS LE Dr BONNAYMÉ

L'existence de troubles cardiaques au cours de certains états gastriques est depuis longtemps démontrée. Dès l'antiquité, Galien remarque que les « affections de l'orifice de l'estomac retentissent sympathiquement sur le cœur ». A une époque plus récente, Jean Fienus (d'Amsterdam) et Morgagni signalent les vents qui tourmentent le corps humain comme cause possible de troubles cardiaques. *Intestina flatus distendunt*, dit ce dernier auteur, *adeo ut septo transverso et huic incombenti cordi incommodent*. Sénac raconte que Malpighi était atteint de palpitations toutes les fois qu'il avait mangé des lentilles, et donne lui-même une excellente description de ces troubles. Au début de ce siècle, les travaux d'Abercombie, de Bressler, de Wath, de Stokes, de Bamberger, de Chomel, ouvrent la voie aux recherches ultérieures. Dès 1878, M. Potain et ses élèves, dans une série d'importantes publications, attribuent à ces troubles une origine nerveuse réflexe. En 1883 paraissent les mémoires de M. J. Teissier sur les intermittences d'origine gastro-hépatique, de M. Huchard sur les angines de poitrine d'origine gastrique. L'année suivante, M. Bouchard oppose à la théorie nerveuse admise par Potain, Fr. Franck, Barié, Teissier, la théorie de l'auto-intoxication.

Depuis cette époque, Grob étudie le ralentissement du pouls, d'origine stomacale, MM. Huchard, Bouveret, Barié, poursuivent leurs recherches précédentes, les observations de troubles cardiaques liés à des lésions gastriques vont se multipliant.

C'est qu'il s'agit en effet d'une affection beaucoup moins rare qu'on ne le pensait autrefois. Les hommes seraient plus fréquemment atteints que les femmes d'après Rosenbach (opinion contestée par M. Barié), les adultes que les enfants ou les vieillards. Les différentes professions sont inégalement frappées, et ce sont surtout les médecins, les diplomates, les hommes politiques qui paient un lourd tribut à la maladie. Bien que l'influence des races et des saisons soit encore assez peu connue, on peut dire que l'affection qui nous occupe est très fréquente en France, et qu'elle offre une prédilection marquée pour certaines saisons telles que le printemps et l'automne, ainsi que l'avaient déjà observé les anciens auteurs.

La symptomatologie des troubles cardiaques d'origine gastrique est loin d'être univoque. Aussi peut-on distinguer avec l'auteur les formes suivantes :

1° *Perception des battements du cœur, perception des battements de l'aorte abdominale par le malade.* — La perception des battements normaux du cœur par le malade n'existe guère isolément. « Une opinion ancienne veut qu'un de ses principaux caractères soit de n'apparaître que la nuit. Ce qui est bien établi, c'est la relation directe avec l'état de la digestion. C'est au moment même des repas, celui du soir surtout, ou quelque temps après vers la fin de la digestion, que le malade serait affecté. » La sensation douloureuse disparaît d'habitude vers la fin de la digestion; elle peut exceptionnellement se prolonger plusieurs heures et même des journées entières. Elle s'accompagne constamment d'un tympanisme stomacal plus ou moins marqué.

Les battements de l'aorte abdominale avaient déjà été signalés par Sénac. Pour M. Glénard, ils n'existent que conjointement avec la corde colique; comme les battements cardiaques, ils s'observent surtout pendant la digestion.

2° *Palpitations, sensations d'arrêt du cœur.* — Les palpitations d'origine gastrique sont depuis longtemps connues. Sénac leur attribue les caractères suivants : elles apparaissent surtout la nuit, après un repas copieux. Elles compliquent le plus souvent des affections bénignes de l'estomac, et l'observation de Wath, où un cancer gastrique a évolué sans autre manifestation que des palpitations continuelles, est restée jusqu'à présent unique. Parfois accompagnées de vertiges et de congestion de la face, elles relèvent presque toujours de la distension de l'estomac par des gaz, distension amenant une situation élevée du fond de l'organe.

La sensation d'arrêt du cœur a été mentionnée par Kirsch. C'est, en quelque sorte, le symptôme opposé au précédent.

3° *Les accès douloureux rappelant l'angine de poitrine* ont surtout été décrits par M. Huchard. On a dit que l'analogie entre ces accès et l'angor pectoris vraie peut être absolue : mêmes douleurs rétro-sternales, même sensation de mort imminente avec irradiations fort douloureuses dans l'épaule et le bras gauche ; apparition de l'accès sous l'influence de mêmes causes occasionnelles que dans l'angine vraie.

Il semble que ce tableau ait été quelque peu poussé au noir. En réalité, dans l'angine gastrique, la douleur est moins écrasante, la sensation de mort imminente moins vive. Les irradiations ne vont pas aussi loin, et se propagent même le plus souvent vers la droite, la dyspnée ou du moins l'accélération des mouvements respiratoires est constante. De plus les transpirations abondantes apparaissent ici pendant, et non après l'accès. La crise dure plusieurs heures; elle est souvent suivie d'un affaissement intellectuel notable.

A côté de ces formes, il en existe d'autres, frustes, consistant simplement en une gêne précordiale ou une angoisse plus ou moins nette. Bien des personnes présentent ainsi un malaise particulier après un repas copieux.

4° *Irrégularités. Intermittences. Ralentissement du pouls.* — Les irrégularités cardiaques (allorythmies de Sommerbrodt)

(1) Th. de Lyon, 1900.

ont été signalées par divers auteurs. Les intermittences, étudiées par Tessier, existeraient surtout dans les formes chroniques, et seulement pendant une période assez courte (Kirsch). Elles semblent constituer la transition entre les irrégularités et le ralentissement du pouls.

Le ralentissement du pouls est un symptôme assez fréquent. Il n'apparaît guère que dans les maladies graves de l'estomac, comme l'ulcère rond, les dyspepsies graves, le carcinome. Riegel l'a constaté 83 fois sur 211 cas d'ulcères gastriques et 41 fois sur 147 cas de dilatation. Cette brachycardie peut atteindre des chiffres très bas : 45, 42, 40 pulsations par minute; elle disparaît d'habitude en même temps que l'affection causale; elle semble exister presque exclusivement à l'état isolé, contrairement aux types précédemment décrits.

5° *La tachycardie* constituerait, d'après Kirsch et Rosenbach, le trouble le plus fréquemment observé. Elle peut se présenter sous deux formes différentes, *paroxystique* ou *permanente.*

Favorisée par le tympanisme stomacal et surtout la situation élevée de la portion supérieure de l'estomac, qui remonte très haut sur les côtes, la tachycardie paroxystique s'accompagne fréquemment d'un renforcement de l'action cardiaque : le cœur bat avec force contre la paroi thoracique; le pouls bat de 110 à 140 et plus. Les mouvements volontaires et surtout le fait d'être couché sur le côté gauche exagèrent encore cette tachycardie. Fait remarquable, alors que le cœur bat à 110-140, l'auscultation et la percussion n'y décèlent aucune dilatation, aucun souffle; il n'y a pas d'autres symptômes morbides que la tachycardie.

La tachycardie permanente s'accompagne parfois de troubles vaso-moteurs intenses (sueurs abondantes, bouffées de chaleur, etc.). Les palpitations, la douleur épigastrique et une angoisse plus ou moins prononcée, sont des phénomènes accessoires qui semblent indiquer un état assez grave et fort douloureux. Il en était du moins ainsi dans une observation de l'auteur.

6° Les *dilatations aiguës du cœur* ont surtout été étudiées par M. Potain et ses élèves. D'après M. Potain, il existerait, dans la plupart de ces cas, une dilatation aiguë très nette et parfois considérable du cœur droit, rejetant la pointe du cœur en dehors. Cette dilatation se manifesterait à la percussion, « par une augmentation de la matité cardiaque et à l'auscultation par un éclat exagéré du deuxième bruit, constituant ainsi un galop droit, et souvent par un souffle irradiant vers la pointe du sternum : on aurait donc là une insuffisance tricuspidienne temporaire. » Cette dilatation est loin d'être admise par tous les auteurs.

7° L'*asystolie* est exceptionnelle. M. Hayem en a cité un cas qui est à peu près unique.

Les *syncopes* sont, au contraire, signalées par la plupart des auteurs. Sénac admettait qu'elles peuvent être mortelles; c'est là une opinion aujourd'hui contestée.

En somme, les troubles cardiaques d'origine gastrique, bien que très variés, impliquent tous, soit une augmentation d'action du cœur, soit une diminution de celle-ci ou un changement dans sa forme ; ils accusent tous une certaine tendance à passer à l'état chronique.

Le *diagnostic* aura pour principal but d'établir la relation entre les troubles cardiaques observés et la lésion gastrique sous-jacente. Dans le cas de perception des battements du cœur par le malade, les phénomènes gastriques sont souvent fort peu accentués : la langue est à peine saburrale, la diminution de l'appétit est légère, il y a quelques éructations, et, si l'on fait l'examen du suc gastrique, on n'y trouve le plus souvent que des altérations insignifiantes. Aussi faudra-t-il songer à dépister ces différents symptômes et surtout à rechercher si l'estomac est dilaté, et si, par suite, il occupe une situation élevée. « De fait, lorsque cette constatation aura eu lieu, le diagnostic ne présentera plus aucune difficulté. »

Le diagnostic de perception des battements de l'aorte abdominale peut se faire par la constatation objective de ces battements, chez les sujets maigres surtout. Elle n'existe guère à l'état isolé, et sa production à la suite de troubles gastriques sera, en général, établie par le diagnostic même des autres phénomènes concomitants. Herr en distingue deux variétés principales : l'une continue, l'autre intermittente. Toutes deux sont en connexions étroites avec l'appareil digestif; mais c'est surtout la forme continue qui s'accompagne d'entéroptose.

Dans les cas de palpations qui ne relèvent ni d'une lésion organique du cœur, ni d'une lésion organique des vaisseaux, l'examen attentif des fonctions stomacales s'impose; quant à la sensation d'arrêt du cœur, on se rappellera qu'elle n'est souvent que le signe subjectif des intermittences.

Les signes que nous avons énumérés plus haut suffisent, le plus souvent, à différencier l'angine de poitrine vraie de l'angine gastrique; l'angine toxique sera reconnue de par l'étude des anamnestiques; quant aux angines de poitrine purement nerveuses, elles ont, en général, des caractères moins prononcés encore que celles d'origine gastrique.

Une dernière confusion mérite d'être mentionnée. On a très souvent pris des accès d'asthme dyspeptique pour l'angine de poitrine gastrique. Ce mot d'asthme dyspeptique ne désigne pas autre chose qu'une prédominance particulière du retentissement gastrique sur les poumons. La prédominance, dans ces cas, du symptôme dyspnée, suffit le plus souvent à fixer le diagnostic.

Les irrégularités cardiaques et la tachycardie sont loin d'être pathognomoniques d'une lésion stomacale. Il faut donc, avant de leur attribuer une origine gastrique, éliminer les principales maladies qui peuvent prêter à erreur. Il en est encore de même de la tachycardie, que l'on observe dans maintes circonstances. Les dilatations aiguës du cœur droit présentent cette particularité diagnostique remarquable que la digitale aggrave les dilatations d'origine gastrique au lieu de les atténuer. Enfin, les syncopes liées à une lésion stomacale cèdent très facilement à un traitement approprié (C. Paul). L'intervention thérapeutique pourra donc, dans ces deux derniers cas, éclairer le diagnostic.

L'étude symptomatique précédente décèle l'étroit rapport qui unit les troubles cardiaques et les lésions gastriques : elle montre que l'état de l'estomac est la cause directe de la maladie.

Cet état est, dans la majorité des cas, celui d'un trouble léger. Ce n'est que dans le cas de ralentissement du pouls que l'on peut invoquer les dyspepsies graves, l'ulcère rond et même le cancer. Le plus souvent, c'est le catarrhe gastrique, la gastralgie, l'atonie de l'estomac que l'on observe. Certaines substances déterminent plus spécialement ces troubles cardiaques : telles sont les pâtisseries, le pain frais, les champignons, certains poissons, les oignons, le fromage de gruyère, les œufs durs, et parmi les boissons, la bière, les vins nouveaux ou mousseux, l'eau de Seltz, etc. L'influence du tabac, du café fort, du thé est fréquemment signalée. Le

corset ou les liens serrés qui compriment l'estomac contribuent encore parfois à la production des troubles cardiaques.

La *pathogénie* de ces troubles a soulevé de nombreuses discussions. Sénac a admis que « la plénitude excessive de l'estomac peut agiter le cœur; non seulement le diaphragme est poussé vers la poitrine, en diminue la capacité, met le cœur plus à l'étroit, l'agite et dérègle son action; l'aorte est encore pressée en même temps dans le bas-ventre par le volume des aliments; le sang coule donc plus difficilement dans ce vaisseau et ne peut pas sortir du ventricule comme auparavant; or, un tel obstacle peut causer ou occasionner des palpitations ». Mais à côté de cette théorie purement mécanique, Sénac en esquisse déjà une autre, celle de la sympathie. Cette seconde théorie, admise par Chomel, règne jusqu'en 1878. A cette époque, M. Potain formule nettement l'origine nerveuse des troubles cardiaques liés à une lésion gastrique. La dilatation du cœur droit est due à une élévation de tension dans le système de l'artère pulmonaire; cette élévation de tension n'est elle-même que le résultat d'un réflexe dont les voies centripètes sont constituées par les branches sensitives du vague, le centre par le bulbe, et les voies centrifuges, enfin, par les branches pulmonaires, vasomotrices, du vague. Pour Vulpian, Chauveau et Arloing, Fr. Franck, ce n'est pas le vague, mais bien le grand sympathique qui constitue la voie habituelle du réflexe.

Les faits paraissent confirmer plutôt la théorie mécanique. Les observations de troubles cardiaques dans les cas où l'estomac, distendu par des gaz, est haut situé dans la cavité abdominale, l'absence de ces troubles dans le cas de gastroptose, le succès constant du traitement dirigé contre le tympanisme plaident en effet en faveur de cette théorie. L'action nerveuse ne doit cependant pas être systématiquement négligée.

Le *pronostic* est, le plus souvent, très favorable. Ces troubles cardiaques d'origine gastrique ne durent pas plus en effet que le désorde de l'estomac qui leur a donné naissance. Il importe cependant de faire quelques réserves. Le ralentissement du pouls indique le plus souvent une lésion grave de l'estomac; les souffrances de l'angine de poitrine d'origine gastrique peuvent être assez intenses pour déterminer des syncopes; enfin les cardiopathies antécédentes sont fâcheusement influencées par les troubles que nous venons d'étudier. Aussi peut-on dire que, si le pronostic des troubles cardiaques d'origine gastrique est généralement très bénin, il n'en est pas de même dans quelques cas, et, en tous cas, ils ne sauraient qu'entretenir et aggraver l'état nerveux du sujet.

Quel doit être le *traitement* des troubles cardiaques liés à une lésion gastrique? Il ne s'agit pas ici de s'adresser au cœur. Asssez d'observateurs ont justement fait ressortir combien il importe de savoir découvrir à l'origine des phénomènes qui simulent des affections organiques du cœur, une affection stomacale souvent peu apparente. *Il y a donc nécessité chez tout malade qui se plaint de palpitations, d'intermittences, d'accès anginiformes etc., d'examiner soigneusement l'estomac et de rechercher particulièrement le tympanisme.* Les résultats obtenus dicteront la conduite à suivre, et suivant les cas, les amers, les eupeptiques, les alcalins, etc., seront avantageusement prescrits. Dans les cas de troubles cardiaques d'origine gastrique, ce n'est pas au cœur qu'il faut frapper, mais bien à l'estomac.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(8 FÉVRIER 1901)

Après une courte communication de MM. Variot et Chicotot, qui prouve que la radioscopie peut rendre de véritables services pour le **diagnostic des épanchements ascitiques chez les enfants**, la Société entame une fort intéressante discussion sur la possibilité de l'intervention par la laparotomie, en cas de perforation dans le cours de la fièvre typhoïde.

C'est là une question tout à l'ordre du jour, qui a fait l'objet d'études intéressantes à la Société de chirurgie, et qui mérite d'être examinée de près. C'est une communication de M. Ferrier (du Val-de-Grâce), qui est le point de départ de cette discussion. M. Ferrier ayant eu l'occasion d'observer trois malades atteints de perforation intestinale au cours de la dothiénentérie, et ayant chaque fois conseillé et fait pratiquer la laparotomie, cherche à préciser le diagnostic de la complication, et surtout cherche à mettre en lumière les indications de l'intervention. Il part de ce principe fort juste que l'opération aura d'autant plus de chances de succès que le diagnostic sera porté plus hâtivement; il faut donc s'efforcer de réunir les signes qui aideront à rendre plus précis ce diagnostic. Si certains symptômes tels que les vomissements, le tympanisme font défaut, d'autres ont, à la vérité, une très réelle importance; c'est ainsi qu'il convient de placer en première ligne l'hypothermie, surtout lorsqu'elle coïncide avec l'augmentation de fréquence du pouls; enfin, souvent on constate l'apparition de troubles vésicaux indiquant la participation du petit bassin à l'inflammation péritonéale. MM. Rendu, Siredey, Merklen se fondant sur la fréquence des péritonites par propagation dans la fièvre typhoïde et sur la presque impossibilité où l'on est de les distinguer des péritonites par perforation, sont peu portés à conseiller l'intervention. Par contre, M. Antony rapporte une statistique de M. Loison (du Val-de-Grâce), d'après laquelle quand on intervient de bonne heure, dans les douze premières heures, la proportion des succès est de 25 p. 100. Mais..., il faut pouvoir opérer dans les douze premières heures, et qui peut, à cette période, faire avec sûreté le diagnostic de péritonite par perforation?

MÉDECINE PRATIQUE

Le chlorhydrate d'apocodéine en injections hypodermiques contre la constipation.

Les principes actifs de l'opium sont pour la plupart aujourd'hui bien connus au point de vue clinique et l'expérimentation physiologique laisse pressentir qu'on peut attendre les plus grands services de ceux que la thérapeutique n'a pas encore utilisés. Certains de leurs dérivés, tels que l'apomorphine et l'apocodéine, ont été également bien étudiés tant cliniquement qu'expérimentalement; mais ce n'est que récemment, que, sur les indications de M. Combemale, MM. Raviart et Bertin ont appliqué le chlorhydrate d'apocodéine au traitement de la constipation.

Le chlorhydrate d'apocodéine réussit chez la plupart des constipés; il échoue dans les constipations passagères et dans celles dues à un obstacle mécanique. Son emploi n'occasionne jamais d'accidents. Dans presque tous les cas, son effet est sûr et assez rapide à la dose de 0g02 centigrammes par la voie hypodermique. Ces propriétés laxatives méritent d'être signalées et parce que les purgatifs par la voie hypo-

dermique ne sont pas nombreux, et parce que cette première contribution clinique aidera peut-être à faire sortir du laboratoire des agents dont ne profite pas encore la clinique quotidienne. (*Echo méd. du Nord*, 2 déc. 1900.) L. B.

Traitement de la période paroxystique de la coqueluche.

Un grand nombre de médicaments ont été préconisés contre la coqueluche : alun, antipyrine, acétanilide, belladone, bromure, chanvre indien, acide phénique, chloral, créosote, lobélie, opium, phénacétine, quinine, etc. J.-E. Godeau a demandé à un grand nombre de ses confrères quelle était leur médication préférée. 32 p. 100 des médecins questionnés préfèrent la belladone, 23 p. 100 l'acide phénique, 20 p. 100 les bromures, 12 p. 100 la créosote, 6 p. 100 l'antipyrine, 2 p. 100 l'opium ou ses dérivés. L'auteur lui-même conseille de faire au début des inhalations de créosote et de n'avoir recours aux antispasmodiques que quand la bronchite est calmée. Toutefois la belladone peut être employée dans ce dernier cas. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'une chambre chaude et bien aérée et d'une alimentation réparatrice. (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, déc. 1900.) L. B.

Traitement des verrues.

Voici comment M. Courtin, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, enlève les verrues volumineuses et rebelles.

La peau de la région étant soigneusement désinfectée, on embroche la base de la verrue avec deux aiguilles de moyen calibre préalablement aseptisées, et placées en croix. On place alors un fil de soie aseptique au-dessous des aiguilles et l'on serre fortement; sous l'influence de la striction la verrue se pédiculise. Le champ opératoire est ensuite saupoudré avec une poudre antiseptique quelconque (salol, aristol, iodol, etc.).

Au bout d'une huitaine, on enlève le pansement; verrue, fil de soie et aiguilles sont séparés des téguments, il ne reste plus qu'une plaie insignifiante, dont la guérison est rapide. Ce procédé s'applique aux plus graves verrues; il n'est pas douloureux, il donne dans la plupart des cas les meilleurs résultats. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 1900.) L. B.

Le tannate d'orexine.

Le tannate d'orexine est un parfait stimulant de la nutrition. Il augmente la sécrétion de l'acide chlorhydrique et de la pepsine, réveille la tonicité stomacale, abrège la durée totale de la digestion.

Ce sel est particulièrement indiqué dans l'anorexie et dans la dyspepsie atonique hypochlorhydrique. Il rend de précieux services dans les convalescences des maladies aiguës, qui s'accompagnent souvent d'un dégoût insurmontable des aliments, et dans les maladies chroniques où il est nécessaire de relever les forces par une alimentation abondante. On peut l'administrer en cachet de 30 à 50 centigrammes (deux par jour, une demi-heure avant le repas) ou mélangé à du chocolat sous forme de tablettes. Cette dernière préparation est particulièrement recommandable chez les enfants. (*Journ. des prat.*, 27 oct. 1900.) L. B.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Au cours de la récente discussion du budget de la guerre au Sénat, la question de l'alcoolisme dans l'armée a été de nouveau abordée et un pas nouveau a été fait dans la lutte contre ce fléau. Après un petit tournoi académique entre M. Alcide Treille, qui ne croit pas à l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, et M. Léon Labbé, qui la défend brillamment, après une petite charge à fond de train de M. Treille contre la quinine dans la prophylaxie du paludisme et une réplique de M. Léon Labbé, tout le monde s'est mis d'accord sur la question de l'alcoolisme.

Tous les deux ont demandé au ministre de la Guerre, chef de l'armée coloniale, la suppression de la ration quotidienne de tafia donnée aux troupes en campagne. Ils ont également demandé au ministre d'étendre encore les mesures prises par son prédécesseur.

Le ministre leur a donné une première satisfaction en annonçant que, après essais, la soupe serait vraisemblablement donnée tous les matins aux troupiers, pendant les mois d'hiver. Il y a, en effet, là un bon moyen de détourner les hommes de la fâcheuse cantine le matin au réveil.

Enfin, tout récemment, une nouvelle circulaire du ministre de la Guerre est venue donner satisfaction aux réclamations de MM. Labbé et Treille. Cette circulaire rappelle l'interdiction de la vente dans les cantines des casernes, camps et établissements militaires, d'aucune eau-de-vie ou liqueur à base d'alcool, ni d'aucune des multiples préparations connues sous le nom d'apéritif.

Un véritable enseignement anti-alcoolique va être organisé au moyen de conférences régimentaires faites par des officiers et des médecins militaires.

Voici la circulaire ministérielle :

« Mon cher général,

La circulaire du 3 mai 1900 a interdit de vendre dans les cantines des casernes, quartiers, camps et terrains de manœuvre, aucune eau-de-vie ou liqueur à base d'alcool, ni aucune des multiples préparations connues sous le nom d'apéritifs. Cette mesure donnera de bons résultats au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme dans l'armée; mais des abus de boissons étant toujours possibles en dehors des casernes, l'interdiction faite aux cantines n'aura tout son effet que si, au moyen d'une action morale, exercée par les officiers, et d'un enseignement anti-alcoolique, le soldat acquiert la certitude que l'usage de l'alcool diminue la résistance à la fatigue et à la maladie, tandis que l'habitude de la sobriété a la meilleure influence au double point de vue physique et moral.

J'ai, en conséquence, décidé que des conférences sur les effets et les dangers de l'alcoolisme seront faites, dans les corps de troupe, soit par les officiers, soit par les médecins militaires, concurremment avec les conférences réglementaires sur l'hygiène. Je vous adresse le programme de ces conférences au sujet desquelles je vous invite à donner des ordres à qui de droit.

Général ANDRÉ. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 18 AU 23 FÉVRIER 1901)

Examens de doctorat.

MERCREDI 20 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Poirier, Lejars et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Gariel, Rémy et Gley; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Heim et Launois; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

3e (1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Reclus, Walther et Lepage.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier' Reynier et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Segond et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 21 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire,

École pratique, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Berger, Poirier et Hartmann.

3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Thiroloix.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Guyon, Maygrier et Thiéry; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Le Dentu, Campenon et Wallich ; — *Faculté* (3e série) : MM. Schwartz, Richelot et Bonnaire; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Teissier; — (2e série) : MM. Chauffard, Ménétrier et Vaquez.

2e (nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Gautier, Gley et Launois ; — (2e série) : MM. Retterer, Langlois et Broca (André); — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 22 FÉVRIER, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Landouzy, Netter et Gaucher.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Brissaud, Wurtz et Teissier.

2e (nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy et André ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Retterer; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Poirier et Walther; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 23 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Schwartz, Thiéry et Hartmann.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Richelot, Bar et Faure.

2e (nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Gautier, Retterer et Gley; — *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* (2e série) : MM. Rémy, Hanriot et Langlois; — M. Gilbert, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Troisier, Achard et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier et Thiroloix ; — M. Campenon, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Quénu et Albarran; — (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès triennal de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (Nantes, 1901). — La troisième session du Congrès périodique national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie se tiendra à Nantes, du 23 au 30 septembre 1901.

On se souvient du succès qu'obtint à Marseille, en 1898, ce Congrès qui est triennal; nous espérons qu'il en sera de même à Nantes.

Le comité local d'organisation a choisi cette date (dernière semaine de septembre), entre autres multiples raisons, pour pouvoir faire coïncider avec le Congrès l'inauguration des monuments élevés par les Nantais à la mémoire de deux de leurs plus illustres concitoyens, les chirurgiens Chassaignac et Maisonneuve.

Nous estimons qu'un grand nombre de congressistes seront heureux de pouvoir, en même temps, rendre hommage à la mémoire de deux hommes qui furent l'honneur de la chirurgie française.

Le président général du Congrès est M. Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital des Enfants-Malades), membre de l'Académie de médecine. M. Sevestre sera en même temps président de la section de pédiatrie.

Section de gynécologie. — Président : M. Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Section d'obstétrique. — Président : M. Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.

Le comité local d'organisation est composé de MM. Albert Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine, président; Guillemet, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine, secrétaire général; Urbain Monnier, professeur suppléant, secrétaire-adjoint; Bécigneul, médecin des hôpitaux, trésorier; Heurtaux, F. Joüon, Poisson, Ollive, Hervouët, Rouxeau, professeurs à l'Ecole de médecine ; Crimail, chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu; Raingeard, chirurgien des hôpitaux; Bonamy, Mahot, médecins des hôpitaux; Bellouard, chirurgien de l'hôpital de Chantenay

Nous adresserons prochainement une première invitation à tous les confrères français (et ce sera le plus grand nombre possible) qui, par leurs travaux habituels, les services spéciaux dont ils sont chargés dans les hôpitaux, la nature de leur enseignement dans les Facultés ou Ecoles, nous paraissent susceptibles de s'intéresser à notre Congrès.

Nous attendons, pour le faire, d'être fixés sur les questions principales (trois au moins dans chaque section), qui doivent faire l'objet d'un rapport spécial. Ces questions sont actuellement à l'étude.

Enfin, comme cela a eu lieu pour le Congrès de Marseille, nous espérons qu'un certain nombre de notabilités médicales étrangères voudront bien, en nous donnant leur adhésion, accepter le titre de présidents d'honneur.

Le secrétaire général,
Dr J. GUILLEMET.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Brallet, Castaing, Chauvain, Perchaux.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Allaire, Bizard, Boissier, Boulay, de Bourgon, Chaussinand, Chompret, Coudert, Descout, Gaillard, Genouville, Leroy, Monod, Petit, Posth, Pineau, Riche, Sée, Sicard, Sicard de Plauzoles, Vuillomenet.

Marine. — M. le médecin de première classe Legendre, provenant du service des troupes de Madagascar, est affecté au cadre de Brest.

— M. le médecin de première classe Defressine, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Cassini* (escadre du Nord), en remplacement de M. le docteur Lucas.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours sera ouvert rue Pierre-Larousse dans les premiers jours de juillet, pour quatre places d'internes titulaires dont une pour les spécialités (maladies des oreilles, du larynx et du nez), et plusieurs places d'internes provisoires en médecine et en chirurgie. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les provisoires pour un an.

Épreuves. — 1° Une épreuve écrite théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie. — 2° Une épreuve orale théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie. — 3° Une épreuve pratique (Observation).

Les épreuves théoriques et pratiques pour le candidat à la place d'interne dans le service oreille, nez, larynx, porteront exclusivement sur des sujets concernant cette spécialité.

Les épreuves auront lieu à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, 161, rue de Vanves.

Les internes nommés à ce concours entreront en fonctions le 1er octobre.

Pour toutes les demandes de renseignements, les candidats sont priés de s'adresser à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

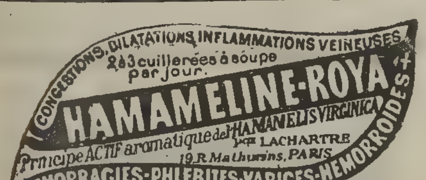
ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.
ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

A VENDRE APPAREIL POUR LA RADIOGRAPHIE
(*Grand dispositif Seguy.*)
Conditions très avantageuses. — S'adresser à M. Besson, pharmacien à Chalon-sur-Saône.



N. B. — *Pour répondre aux exigences de la clientèle, parfois rebelle aux injections hypodermiques, nous préparons également :*
Les Gouttes Cacodyliques Fraisse au 1/10e ..... 3 fr. au public
Les Gouttes Cacodylo-Ferriques Fraisse au 1/10e. 3 » —
Les Gouttes Cacodylo-Hydrargyriq. Fraisse au 1/10e 3 50 —
25 gouttes contiennent 0 gr. 05 de Cacodylate.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS



COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.
GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.
Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

BAIN DE PENNÈS
Hygiénique, Reconstituant, Stimulant
Remplace *Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux*, surtout les *Bains de mer.*
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

Capsules Dartois

Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **VÉRITABLE CRÉOSOTE DE HÊTRE** dissoute dans 0,20 d'huile de foie de morue, formule reconnue la meilleure. — Dose moyenne : 3 à chaque repas, ou matin et soir avec une tasse de lait ou de tisane.
(Bronchites, Catarrhes, Phtisie, Tuberculose)
Le flacon, **3** fr., **rue de Rennes, 105, Paris,** et les principales pharmacies.

HETOL ET HETOCRÉSOL *PURETÉ GARANTIE*
ANTITUBERCULEUX, Recommandés par le Dr **LANDERER (Stuttgart).**
IODOL LE MEILLEUR SUCCÉDANÉ de l'IODOFORME
SANS ODEUR — NON TOXIQUE
Recommandé par les Sommités médicales.
MENTHOL-IODOL Combinaison à 1 % de Menthol pour **INSUFFLATIONS RHINO-LARYNGIENNES**
DORMIOL *HYPNOTIQUE PUISSANT* DOSE : de 0,50 à 3 gr.
SUPÉRIEUR au CHLORAL
NE PRODUIT PAS d'ACCIDENTS TOXIQUES
CAPSULES de DORMIOL. — Gros : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS.
TANNATE D'OREXINE
Le **MEILLEUR STIMULANT** de l'**APPETIT,** absolument insipide, agissant rapidement chez les **ENFANTS** et les **ADULTES.** Très efficace dans les cas de **VOMISSEMENTS de la GROSSESSE,** à la dose de 0 gr. 50, deux fois par jour, ou deux tablettes d'Orexine chocolatées.
TABLETTES et COMPRIMÉS d'OREXINE : à la PHARMACIE NORMALE, 17, Rue Drouot, Paris.
(*Brochures et Échantillons*). **M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.**

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les **Cliniciens et Praticiens** qui l'ont expérimenté, l'*ICHTHYOL* a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthyol est donc tout indiqué dans les *MALADIES CUTANÉES*, la *BLENNORRAGIE*, les *MALADIES DES FEMMES*, dans les *CONJONCTIVITES* et les *AFFECTIONS RHUMATISMALES*, ainsi que dans la *TUBERCULOSE PULMONAIRE*, etc.
S'adresser pour les Monographies et les Échantillons à la **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES,** 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

Grand Prix collectif, Exposition Paris 1900
EAU DE LÉVICO
La Meilleure Eau minérale ferro-arsenicale connue
Contre : ANÉMIE, FAIBLESSE, AFFECTIONS du TEINT
MALADIES NERVEUSES, etc.
SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS et DÉPOSITAIRES d'EAUX MINÉRALES

Itrol — Traitement des plaies ; **Blennorrhagies,** maladies des yeux particulièrement **La Kératite** (d'après Crédé)
Collargolum — **Argent Crédé** pour l'intérieur ; **Onguent Crédé** pour l'extérieur ; dans les maladies septiques.
Créosotal et Duotal — Les plus efficaces dans les affections de Poitrine ; employés avec succès certain dans la **Tuberculose, Bronchite, Phtisie,** etc.
BROCHURES & RENSEIGNEMENTS : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS. *Téléphone 113-70.*

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

N° 19. — JEUDI 13 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1901. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — QUATRE OBSERVATIONS DE LÉSIONS DES NERFS DE LA QUEUE DE CHEVAL; CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME « QUEUE DE CHEVAL » (*8 fig.*), par MM. R. CESTAN, chef de clinique, et L. BABONNEIX, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Développement d'un cas de syphilis retardé par une fièvre typhoïde; — *Thérapeutique :* Le perchlorure de fer réhabilité comme agent hémostatique; — Le cacodylate de soude dans la chorée. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

QUATRE OBSERVATIONS DE LÉSIONS DES NERFS DE LA QUEUE DE CHEVAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME « QUEUE DE CHEVAL »

Par MM. R. CESTAN, chef de clinique, et L. BABONNEIX, interne des hôpitaux.

(*Travail de la Clinique nerveuse de la Salpêtrière.*)

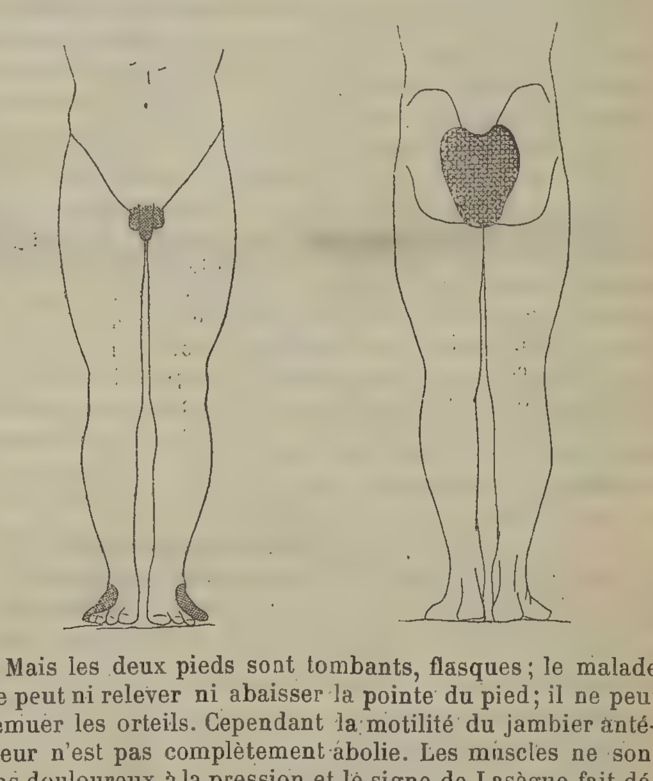
Les lésions des nerfs de la queue de cheval sont loin d'être une rareté, puisque, dès 1896, M. Dufour, dans sa thèse inaugurale faite à la clinique nerveuse de la Salpêtrière, pouvait en réunir une centaine de cas, nombre qui s'est accru depuis par des publications successives aussi bien en France qu'à l'étranger. Cette fréquence nous est expliquée par le long trajet intra-rachidien des nerfs sacro-coccygiens qui atteint 37 centimètres chez l'homme et 27 centimètres chez la femme, exposant ainsi, sur une longueur qui égale celle de la colonne dorsale, les racines rachidiennes et le cône terminal à des causes variées d'altération, ostéites et fractures du sacrum, méningo-myélite, hématomyélie, tumeurs, etc. Cependant, malgré la fréquence de ces lésions, malgré les leçons que notre maître, le professeur Raymond, a consacrées à leur étude, leur diagnostic est souvent délicat; d'autre part, le tableau clinique se présente parfois avec des nuances qui permettent de trancher le problème difficile du siège extra et intra-médullaire de l'altération, ainsi que le prouve l'histoire des quatre malades que nous venons d'étudier à la clinique nerveuse de la Salpêtrière. Par un hasard heureux, chacun d'eux a réalisé un tableau particulier, à tel point que leur histoire synthétique va nous permettre de tracer le tableau du *syndrome queue de cheval.*

OBSERVATION I. — R..., quarante-cinq ans. *Choc violent dans la région sacrée. Paralysie des extenseurs des pieds. Anesthésie de la région périnéo-scrotale. Anesthésie des muqueuses urétrale et rectale. Troubles sphinctériens.*

Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel intéressant à signaler. Il n'a pas eu de syphilis, il ne présente pas de signes de tuberculose. Sa santé générale était excellente, quand survint l'accident suivant : une charge pesante lui tombe sur la région sacrée d'une hauteur de trois mètres. Il perd connaissance, tombe et est apporté aussitôt à l'hôpital. A son arrivée, nous constatons que le malade a repris ses sens et qu'il ne présente pas le moindre trouble cérébral. La motilité des bras est parfaite.

Le malade se plaint d'une violente douleur dans la région sacrée, mais ni l'inspection ni la palpation qui réveille cependant les douleurs sacrées ne font constater soit un traumatisme superficiel, soit une fracture du sacrum ou du bassin.

Le malade est atteint d'une *paraplégie* ainsi faite. Il peut plier facilement la cuisse sur le bassin, fléchir la jambe sur la cuisse, étendre la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse. C'est d'ailleurs un homme très vigoureux. Les réflexes rotuliens sont normaux. Bref, les muscles antérieurs et postérieurs de la cuisse ont conservé parfaitement leur motilité. Les muscles adducteurs ont conservé leur force et le réflexe contro-latéral des adducteurs est normal.



Mais les deux pieds sont tombants, flasques; le malade ne peut ni relever ni abaisser la pointe du pied; il ne peut remuer les orteils. Cependant la motilité du jambier antérieur n'est pas complètement abolie. Les muscles ne sont pas douloureux à la pression et le signe de Lasègue fait défaut. Les réflexes du tendon d'Achille sont abolis. Les réflexes cutanés plantaires sont abolis. Bref, il existe une para-

lysie portant et sur les muscles de la loge antéro-externe et sur les muscles postérieurs de la jambe, ainsi que sur les muscles de la plante du pied. Ces troubles sont bilatéraux mais plus prononcés cependant du côté gauche.

Le malade présente des troubles sphinctériens. Il est atteint d'une constipation opiniâtre, et aussi d'une incontinence d'urine par regorgement qui nécessite des sondages fréquents. Il est atteint d'une anesthésie des muqueuses de l'urètre et du rectum, car il ne sent pas passer la sonde.

Le réflexe crémastérien et le réflexe cutané abdominal sont normaux.

Au point de vue de la sensibilité, on constate deux zones d'anesthésie : une zone bilatérale située symétriquement sur la face dorsale de chaque pied vers leur bord externe; une zone médiane qui occupe la verge, le scrotum et la région péri-anale, formant à cet endroit un placard de 10 centimètres de diamètre.

Nous avons pu examiner tous les jours ce malade pendant trois semaines. L'état ne s'est pas modifié; l'atrophie musculaire a peu à peu atteint les muscles paralysés qui avaient perdu leur contractilité faradique et présentaient très nettement des signes de réaction de dégénérescence, mais l'anesthésie est restée semblable à elle-même. Le malade est mort d'une complication pulmonaire intercurrente, un mois après l'accident.

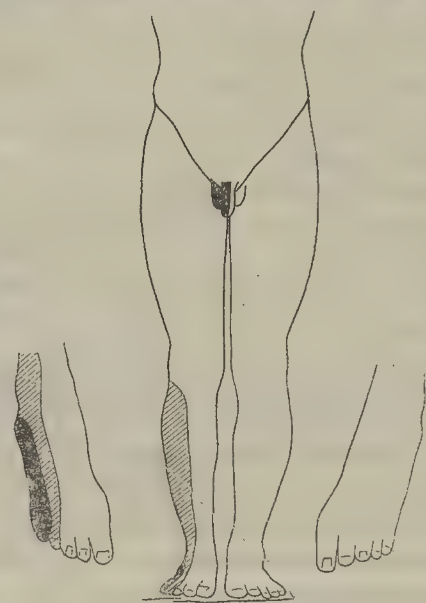
L'autopsie nous a montré des lésions radiculaires, vers le tiers inférieur de la queue de cheval, avec épaississement de la dure-mère, réaction à distance vers les cellules des cornes antérieures sacrées, dégénérescence secondaire dans les cordons postérieurs. Le cône terminal ne présentait ni myélite, ni hématomyélie. Il s'agissait dans l'espèce d'une compression des racines par fracture du sacrum.

Obs. II. — C..., quarante ans. *Début en mai 1900 par douleurs lombaires, puis sciatique bilatérale. Plus tard, paralysie bilatérale portant sur les extenseurs du pied et les muscles du mollet. Troubles de sensibilité unilatérale à topographie radiculaire. Troubles des sphincters. Diagnostic probable : ostéite tuberculeuse du sacrum.*

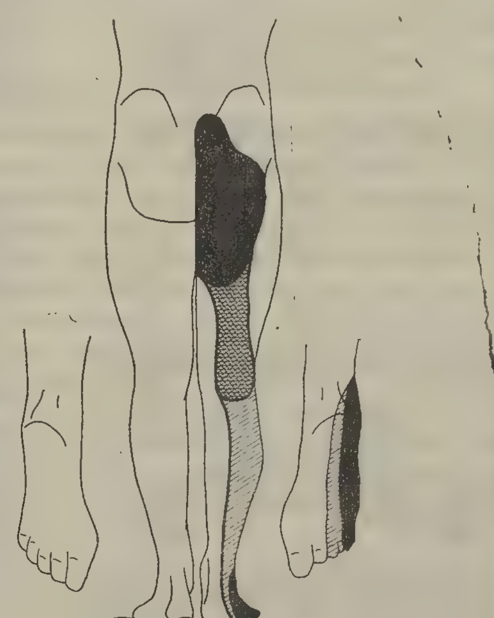
Le malade ne présente pas d'antécédents héréditaires intéressants. Il est né à terme, n'a eu ni convulsions, ni fièvre éruptive grave, ni syphilis. Sa femme n'a d'ailleurs pas fait de fausses couches. Il avoue quelques excès alcooliques de jeunesse, mais depuis quatre ans, il serait devenu très tempérant. Il est atteint depuis plusieurs années d'une bronchite chronique avec emphysème. Cette bronchite a augmenté cette année-ci et s'accompagne d'un amaigrissement progressif et de sueurs nocturnes. La santé générale du malade déclinait donc aussi peu à peu quand, au mois de juillet 1900, il est pris de douleurs lombo-sacrées gênant l'inclinaison du tronc en avant et en arrière; bientôt, en août 1900, les douleurs irradient le long du trajet des deux sciatiques et s'accompagnent d'une parésie des deux jambes, surtout de la jambe droite. Un médecin consulté porte le diagnostic de sciatique double. La maladie progresse peu à peu, les troubles sphinctériens s'établissent en septembre et le malade vient nous consulter à la Salpêtrière en octobre 1900.

C... est un homme grand, vigoureux, légèrement cachectique cependant. Les sommets des poumons présentent des signes de tuberculose au début. Son cœur est normal. Le malade n'a ni pituites, ni cauchemars. La face, les yeux, les bras, le tronc ne présentent absolument rien de particulier aux deux points de vue moteur et sensitif. Les phénomènes morbides consistent donc exclusivement en une paraplégie. Cette paraplégie est ainsi faite.

La station debout est absolument impossible. Le malade peut plier la cuisse sur le bassin, il peut étendre la jambe sur la cuisse, d'ailleurs les réflexes rotuliens sont simplement un peu affaiblis. Le triceps crural est donc épargné. Mais le malade fléchit avec beaucoup de difficultés la jambe sur la cuisse (parésie avec atrophie des muscles postérieurs de la cuisse); les deux pieds sont flasques, ballants; le malade ne peut relever ni le tarse, ni les orteils (parésie avec atrophie du jambier antérieur et des extenseurs des orteils);



le malade ne peut fléchir la pointe du pied (parésie des muscles postérieurs de la jambe). Le réflexe du tendon d'Achille est d'ailleurs aboli des deux côtés. Les masses musculaires et les troncs nerveux ne sont pas douloureux à



la pression. Le signe de Lasègue existe cependant, surtout du côté droit. On ne voit pas de secousses fibrillaires, mais la contractilité idio-musculaire est exagérée. La contractilité faradique des muscles atrophiés est abolie et il existe de la réaction de dégénérescence. En résumé, il existe une paralysie avec atrophie de tous les muscles innervés par le sciatique et ces troubles moteurs sont bilatéraux.

Les sphincters sont intéressés. Le malade présente de l'incontinence d'urine par regorgement, il sent pourtant passer la sonde. Le malade est atteint de constipation; en outre, il évacue aussitôt pris les lavements, bien qu'il n'ait pas d'anesthésie rectale, il existe donc de l'incontinence rectale.

Le réflexe anal est supprimé. Le réflexe crémastérien est

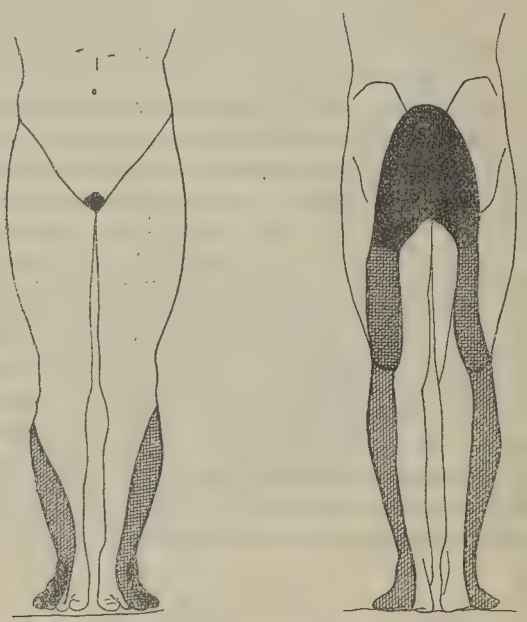
au contraire normal. L'examen de la région sacrée ne montre ni empâtement ni gibbosité, mais sa percussion détermine une douleur assez vive. Dans les autres points, la colonne vertébrale n'est pas douloureuse et ne présente pas la moindre raideur.

La disposition des troubles de la sensibilité est tout à fait caractéristique. Les troubles ne siègent que sur le côté droit, n'intéressent par suite que le côté droit de la verge, du scrotum, que le côté droit de la région anale, que la jambe droite. A ce point de vue, notre malade présente le syndrome d'une hémi-queue de cheval. Au point de vue qualitatif, ces troubles portent sur tous les modes, sans dissociation syringomyélique, mais ils ne présentent pas la même intensité sur tous les points des zones anesthésiées. Nous trouvons, en effet, une anesthésie *complète* de la moitié droite de la verge et du scrotum, de la fesse droite jusqu'au niveau du grand trochanter en dehors, du tiers supérieur de la cuisse en bas. Cette anesthésie fessière se continue par une bande d'hypoesthésie très marquée, placée sur la partie médiane de la face postérieure de la cuisse, large de 10 centimètres et se terminant en bas au pli du jarret. Cette deuxième zone se continue par une nouvelle bande d'hypoesthésie moins marquée, qui recouvre la partie externe de la face postérieure de la jambe et la partie externe de sa moitié antérieure, constituant ainsi une sorte de demi-jambière recouvrant ainsi la région péronière; cette hypoesthésie envahit la partie externe des faces dorsale et plantaire du pied. Mais à ce niveau vient se superposer une zone d'anesthésie complète, recouvrant exactement les deux derniers orteils et le bord externe du pied, s'arrêtant au niveau de la malléole. Le schéma rend d'ailleurs mieux compte que toute description de cette topographie si particulière des troubles de la sensibilité. Nous insistons sur le point suivant : on ne passe pas brusquement d'une zone d'anesthésie à une zone d'hypoesthésie ou à un territoire sain. Il existe une zone limite de 3 centimètres environ où l'on assiste au retour progressif de la sensibilité. Ce phénomène est très net au niveau du scrotum; on passe insensiblement à ce niveau de l'anesthésie complète de la moitié droite de la verge à la sensibilité normale, soit de la moitié gauche de la verge, soit de la paroi abdominale. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point clinique particulier.

Nous avons observé notre malade pendant toute une semaine. Il a toujours présenté cette pureté de syndrome.

Obs. III. — L..., trente-sept ans. *Début en 1894 après chute sur les reins par douleurs aiguës au niveau du sacrum et des nerfs sciatiques. Troubles sphinctériens. Paralysie avec atrophie des muscles des jambes. Troubles objectifs de la sensibilité à disposition radiculaire. Escare sacrée. Mort en 1900. Tuberculose pulmonaire. Mal de Pott tuberculeux du sacrum.*

La malade ne présente ni antécédents héréditaires ni antécédents personnels intéressants à rapporter : elle nie la syphilis, elle n'a pas fait de fausses couches. Son mari est mort tuberculeux. En 1894, la malade a fait une chute sur le siège, mais cet accident n'a pas été immédiatement suivi d'un trouble nerveux quelconque du côté soit des sphincters soit des muscles des jambes. Quelque temps après, la malade a ressenti des douleurs au niveau du sacrum, douleurs qui irradiaient le long du trajet des deux sciatiques. Un an après, ont apparu des troubles sphinctériens, puis une paralysie progressive des jambes, les orteils sont devenus flasques, tombants, la malade a été obligée de garder le lit. En juillet 1900, la malade présente une paraplégie flasque des membres inférieurs. Le pied est flasque, ballant; les masses musculaires du mollet et de la loge antérieure de la jambe sont atrophiées, molles, non douloureuses; il existe un léger œdème malléolaire avec un début d'escare au talon. Le réflexe du tendon d'Achille et le réflexe cutané plantaire sont supprimés des deux côtés. Les racines des membres sont atrophiées mais à un moindre degré, la malade peut en effet fléchir la cuisse sur le bassin, écarter les cuisses et les rapprocher; le réflexe rotulien gauche est très faible, le réflexe rotulien droit aboli, mais le réflexe des adducteurs persiste encore. Les masses musculaires ne sont pas douloureuses à la pression. Les muscles postérieurs de la cuisse et les fessiers sont eux aussi très atrophiés.



La malade perd les urines qu'elle ne sent pas passer, il existe un léger degré de rétention, et une constipation opiniâtre.

L'examen de la sensibilité objective montre une absence de dissociation syringomyélique, mais une anesthésie ou hyperesthésie pour tous les modes, tact simple, piqûre, chaud et froid. Ces troubles sont symétriques. Ils forment une zone d'anesthésie sur les fesses dans la région péri-anale, anesthésie qui descend sur la partie médiane de la face postérieure de la cuisse. A cette zone anesthésiée fait suite une bande d'hypoesthésie qui occupe la partie médiane de la face postérieure de la cuisse et du creux poplité; cette bande s'incline ensuite en dehors, vient recouvrir d'abord le bord externe de la jambe à la manière d'une demi-gouttière, ensuite le bord externe du pied et les trois derniers orteils; mais à ce dernier niveau, on constate non seulement de l'hypoesthésie, mais même une anesthésie très prononcée.

La région sacrée présente une vaste escare, très profonde. Les os sont très sensibles à la pression jusqu'à la troisième vertèbre lombaire, mais ne forment pas une gibbosité. La malade meurt en novembre 1900. L'autopsie a montré l'existence d'une ostéite tuberculeuse du sacrum avec pachyméningite caséeuse comprimant les racines de la queue de cheval.

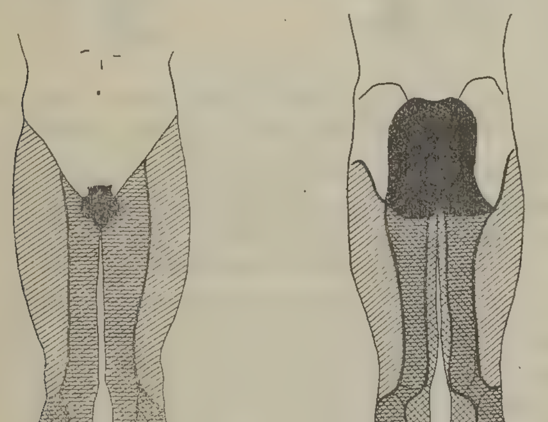
Obs. IV. — R..., vingt-neuf ans. *Chute sur le siège en 1898. Paralysie des jambes. Troubles des sphincters améliorés dans la suite. Atrophie des fessiers et des extenseurs des orteils.*

R... ne présente ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels intéressants à rapporter. Il nie avoir contracté la syphilis; il a fait la campagne de Madagascar, où il a été atteint de fièvres intermittentes bien guéries par le sulfate de quinine.

La santé générale était excellente, lorsque le 9 mai 1898 il fait une chute de 12 mètres de haut et tombe sur les talons. Il ne perd pas connaissance mais ne peut se relever seul, tout meurtri par cette chute. La région sacrée et le bassin étaient extrêmement douloureux; les jambes étaient lé-

gèrement paralysées; le malade ne pouvait uriner tout seul, les douleurs sacrées ont persisté pendant un mois, mais le médecin n'a pas constaté alors de fracture soit du bassin soit du sacrum; il n'existait pas d'ailleurs à ce niveau de plaie cutanée. Peu à peu l'intensité des douleurs locales disparaît, d'ailleurs ces douleurs n'ont jamais irradié le long du trajet des sciatiques. Les troubles des sphincters s'améliorent lentement, le malade peut enfin quitter le lit, mais on constate alors que le pied est tombant, flasque, et que la station debout n'est possible qu'avec des béquilles. Il entre en 1898 à la clinique nerveuse de la Salpêtrière où il a toujours séjourné depuis cette époque.

Actuellement, R... est un homme de haute taille, bien musclé, d'excellente santé générale. La face, les bras et le tronc sont ceux d'un homme normal. La station debout est au contraire caractéristique : en effet, les fesses sont aplaties, molles, atrophiées et leur disparition fait un singulier contraste avec la parfaite conservation des muscles des cuisses. Cette atrophie fessière a modifié la ligne générale du corps : pour suppléer à l'action des fessiers et n'être pas entraîné en avant, le malade incline en effet fortement le tronc en arrière de façon à faire passer la verticale de son centre de gravité bien arrière de son articulation coxo-fémorale. Mais il est à remarquer que cette ensellure diffère notablement de l'ensellure lombaire des myopathiques: car chez R..., les muscles des lombes sont parfaitement normaux. La station verticale est difficile; le malade est obligé de piétiner légèrement sur place, l'inclinaison du corps en avant



pour ramener un objet est impossible, tous troubles relevant de l'atrophie des masses fessières. Mais nous ne devons pas nous étendre ici plus longtemps sur cette atrophie fessière, très intéressante toutefois pour l'explication du mécanisme de la station verticale. A cette atrophie des muscles fessiers se joint une atrophie légère des muscles des mollets et surtout une atrophie des extenseurs des orteils. Le malade marche donc en steppant, le malade a donc les orteils retournés en griffe vers la plante du pied, le malade a donc le pied ballant. Mais on peut constater que le jambier antérieur est assez bien conservé, et que si le malade ne peut relever les orteils, il peut au contraire fléchir le tarse et le métatarse sur la jambe. La flexion des orteils vers la plante du pied est abolie, au contraire l'extension du tarse vers la jambe est mieux conservée, ainsi les fléchisseurs des orteils sont beaucoup plus atrophiés que le triceps crural. Les muscles postérieurs de la cuisse et le triceps crural sont à peu près normaux. L'examen électrique montre une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique et des troubles de réaction de dégénérescence dans les muscles atrophiés, troubles qui paraissent proportionnels à l'intensité de l'atrophie. En résumé, R..: présente une atrophie très marquée avec réaction de dégénérescence des fessiers, des extenseurs et des fléchisseurs des orteils, une atrophie moins marquée du jambier antérieur et du triceps crural, une atteinte légère des triceps cruraux et des muscles postérieurs de la cuisse.

Le réflexe cutané plantaire est aboli à gauche, très diminué mais normal à droite (en flexion).

Les réflexes du tendon d'Achille sont vifs; les réflexes rotuliens sont normaux.

Le réflexe crémastérien est normal.

Le malade ne présente ni anesthésie urétrale ni anesthésie rectale; il n'est pas atteint soit de rétention, soit d'incontinence; mais il est obligé de satisfaire aussitôt que venu le besoin d'uriner, sinon il perdrait les urines. Les érections et l'éjaculation sont normales en quantité et en sensation.

L'examen de la sensibilité montre une conservation parfaite du tact simple aussi bien au niveau du scrotum que des jambes. Mais il existe au contraire une altération profonde de la sensibilité à la douleur et de la sensibilité au froid et à la chaleur. Aussi notre malade présente dans son *extrême pureté*, la dissociation syringomyélique. Nous insistons à dessein sur l'extrême pureté de cette dissociation; le simple frolement est parfaitement bien senti, et la piqûre, même dans les endroits analgésiques, est exactement perçue comme une sensation tactile, sans défaut de localisation et sans retard. La topographie de ce trouble sensitif est très particulière. A un examen superficiel son territoire paraît se limiter par une ligne circulaire passant à la racine des cuisses et intéresser également toutes les parties des membres inférieurs. Mais un examen plus approfondi et souvent renouvelé nous a fait constater des particularités intéressantes. L'analgésie est complète au niveau de la verge, du scrotum et de la région péri-anale. Au niveau des cuisses, nous trouvons trois bandes longitudinales, l'une très analgésique sur la partie médiane de la face postérieure, la deuxième moins analgésique sur le bord interne de la cuisse, la troisième presque normale sur la face antérieure et le bord externe. Au niveau de la jambe, nous trouvons deux bandes longitudinales, l'une très analgésique contenant la bande postérieure de la cuisse et nous recouvrant la région péronière, l'autre moins analgésique et continuant la bande interne de la cuisse et recouvrant la région tibiale. Au niveau du pied, nous constatons une analgésie très marquée avec une zone d'analgésie complète sur le bord externe du pied et recouvrant les deux derniers orteils. Si l'on veut bien se rapporter au schéma, on constatera mieux qu'avec une description cette disposition en bande de l'analgésie, disposition sur la valeur de laquelle nous aurons à revenir.

Les malades dont nous venons d'écrire l'histoire clinique ont été atteints d'un syndrome qui permet d'affirmer l'existence chez eux d'une lésion, soit de la partie inférieure de la moelle, soit des racines qui y trouvent leur origine ou leur terminaison, syndrome que l'on peut désigner sous le nom de syndrome « queue de cheval ». L'autopsie a vérifié deux fois l'exactitude de notre diagnostic.

Sans avoir l'intention de tracer le tableau didactique de ce syndrome, laissant de côté les troubles sphinctériens dont le mécanisme pathogénique est maintenant bien connu, nous désirons du moins attirer l'attention sur quelques points dignes d'être relevés, concernant d'une part l'état des *réflexes tendineux* et *cutanés*, d'autre part les *troubles de la sensibilité*.

La recherche systématique de tous les réflexes tendineux des membres inférieurs doit permettre de préciser le niveau exact de la lésion. Au réflexe rotulien correspondent en effet le nerf et le troisième segment lombaire; au réflexe du tendon d'Achille correspondent le nerf sciatique, le cinquième segment lombaire et le premier segment sacré. Il serait utile de posséder des réflexes nous renseignant sur l'état des autres muscles soit antérieur de la jambe, soit postérieur de la cuisse; mais il faut reconnaître que les réflexes du jambier antérieur et surtout du biceps crural et des muscles de la patte d'oie, sont d'une recherche très délicate et par suite peu fructueuse. En somme, nous ne pouvons prendre en considération que deux réflexes tendineux, celui du tendon d'Achille et celui du tendon rotulien. Comment se comportent-ils dans les lésions de la queue de cheval?

Chez tous nos malades, les réflexes rotuliens sont intacts et cette intégrité vient nous marquer la limite supérieure du processus morbide, indiquer que les régions lombaires supérieure et moyenne sont saines, ou que les racines du nerf crural ne sont pas lésées. Mais il n'en sera pas toujours ainsi et on comprend facilement qu'une méningo-myélite tuberculeuse ou syphilitique pourra, dans sa marche extensive, après avoir lésé le cône terminal, s'attaquer à la région lombaire : alors vont diminuer puis disparaître les réflexes rotuliens avec atrophie du muscle crural, alors vont survenir des troubles de la sensibilité de la face antérieure de la cuisse. L'affection sera devenue sacro-lombaire.

L'état des réflexes du tendon d'Achille est variable. On doit l'étudier et au début de l'affection et plusieurs mois après, à la phase aiguë et à la phase chronique.

Au début, dans la très grande majorité des cas, les réflexes du tendon d'Achille sont abolis soit d'un seul soit des deux côtés, suivant le siège uni ou bilatéral de la lésion. Dans des cas fort rares, ils persistent; nous verrons que cette persistance permet de décrire un type spécial de paralysie caractérisée uniquement par des troubles sphinctériens et une anesthésie ano-scrotale.

A la phase chronique, les réflexes, abolis dès le début, peuvent ou rester abolis, ou réapparaître et même s'exagérer. Dans le premier cas, on pourra affirmer une lésion permanente et profonde soit des racines, soit des cornes antérieures sacrées, et on constatera alors une grosse atrophie musculaire. Dans le deuxième cas, on pourra supposer parfois que la lésion comprimant les racines ou la moelle a rétrocédé; dans des cas exceptionnels, on mettra même en évidence la trépidation spinale et ce nouveau signe, décelant l'existence d'une méningo-myélite chronique, permet, à notre avis, de localiser l'affection à la périphérie ou à l'intérieur du cône terminal. Notre quatrième malade nous paraît le démontrer. Malheureusement, chez lui fait défaut un élément très important à ce point de vue, le signe des orteils de Babinski. Les lésions de la queue de cheval produisent en effet très souvent une atrophie des extenseurs des orteils et on comprend dans ces conditions que l'inversion du réflexe cutané plantaire, caractérisée par l'extension du gros orteil, ne puisse se produire. Au surplus, le réflexe cutané plantaire est souvent supprimé dans l'affection qui nous occupe. Le réflexe crémastérien est au contraire conservé; on n'oubliera pas d'ailleurs que ce réflexe cutané fait parfois défaut à l'état normal. Nous avons cru observer que dans le tabes sacré avec persistance du réflexe rotulien, le réflexe crémastérien était aussi conservé et ces deux faits viennent à l'appui de la théorie qui place dans la région lombaire supérieure le centre du réflexe crémastérien. D'ailleurs, le point de départ n'en est-il pas une région cutanée innervée par le plexus lombaire et n'est-ce pas par une descente du testicule que le muscle crémaster est venu se loger dans la région scrotale? Au surplus, la sensibilité testiculaire est conservée dans la lésion de la queue de cheval; on ne saurait donc conclure de l'anesthésie scrotale à la perte et du réflexe crémastérien et de la sensibilité testiculaire.

L'étude de la sensibilité nous a fait très facilement constater dans tous nos cas une disposition radiculaire se superposant assez nettement aux différents schémas de sensibilité donnés par Head, Kocher (1), schémas qui ne diffèrent que très insensiblement l'un de l'autre. Si nous supposons une affection à marche ascendante, à début par les racines coccygiennes, nous trouverons une anesthésie d'abord de la région ano-périnéale et fessière (troisième segment sacré), ensuite de la face externe du pied et des deux derniers orteils (deuxième segment sacré), plus tard de la région péronière sous la forme d'une demi-jambière (premier segment sacré), dans la suite, de la partie interne de la jambe, enfin de toute la face postérieure de la cuisse (cinquième et quatrième segments lombaires). Devra persister la sensibilité de la face antérieure de la cuisse, indiquant l'intégrité du troisième segment lombaire. L'examen des schémas de sensibilité de nos malades montre d'ailleurs mieux que toute description la marche envahissante de l'anesthésie. C'est là une disposition radiculaire bien connue maintenant et sur laquelle nous croyons inutile d'insister. Comme l'a indiqué Scherrington, chez nos malades, que la lésion soit à siège radiculaire ou intra-spinal, il existe un territoire de transition où l'on assiste à la disparition progressive de la sensibilité et à l'apparition progressive de l'anesthésie, territoire qui forme une bande de deux centimètres de largeur. Ce phénomène nous indique que, cliniquement, comme expérimentalement, une bande cutanée reçoit son innervation sensitive de plusieurs racines et par suite qu'une anesthésie complète nécessite la lésion d'au moins deux racines.

Nous avons dès lors en main tous les éléments cliniques qui vont nous permettre de faire le diagnostic des lésions du cône terminal et des nerfs de la queue de cheval. Mais d'abord nous devions établir les limites exactes du cône terminal, délimitation difficile et variable avec les auteurs. Les anatomistes assignent au cône terminal une longueur très restreinte; la limite inférieure en serait en effet pour Pfitzner au-dessous du premier nerf coccygien, pour Charpy au-dessus de ce premier nerf coccygien, pour Krause au-dessus du dernier nerf sacré; et cette région correspond à la deuxième vertèbre lombaire. M. le professeur Raymond rattache au contraire au cône terminal les dernières paires sacrées. L'innervation sensitivo-motrice des membres inférieurs se groupe en effet autour de deux plexus : le triceps crural et les adducteurs, la sensibilité de la face antérieure de la cuisse, sont sous la dépendance du plexus lombaire, toutes les autres parties de la jambe et la région périnéo-anale sont sous la dépendance du plexus sacré. Or, en clinique, nous observons un tableau morbide très particulier, à diagnostic délicat, caractérisé par l'altération des racines sacro-coccygiennes, par l'association des troubles sphinctériens et des troubles sensitivo-moteurs localisés dans le territoire

(1) Le schéma donné par Thornburn diffère, au contraire, assez notablement des schémas des autres auteurs.

du sciatique. Ce syndrome est véritablement spécial et peut être isolé sous le nom de syndrome queue de cheval, sans spécifier d'ailleurs le siège extra ou intra-médullaire de la lésion, point toujours délicat à trancher. Il faut donc, comme l'a fait notre maître, décrire dans un même chapitre de pathologie les lésions des nerfs coccygiens et des nerfs sacrés. Une semblable synthèse n'implique pas que dans tous les cas nous devions observer l'association indissoluble des troubles sphinctériens (racines coccygiennes et dernier segment sacré) et des troubles du sciatique (racines sacrées et dernier segment lombaire). A ce point de vue, la subdivision introduite par Minor est intéressante et conforme à la réalité; cet auteur réserve le nom de cône terminal à la pointe tout à fait inférieure de la moelle qui préside à l'innervation des sphincters et de la région périnéo-anale et donne le nom d'*épicône médullaire* à la partie sacrée inférieure qui reçoit le nerf sciatique. Il est certain qu'on peut ainsi délimiter d'une manière plus précise la hauteur de la lésion, mais ce nom d'épicône médullaire ne préjuge-t-il pas déjà du siège intra-médullaire de la lésion? Aussi croyons-nous que devant la difficulté de déterminer le siège intra ou extra-médullaire de la lésion, devant la fréquence et le caractère spécial du tableau morbide, il faut décrire un syndrome queue de cheval avec possibilité de tableaux variés suivant le siège et la longueur de la lésion intra-rachidienne.

En résumé, la persistance du réflexe rotulien marque la limite supérieure de la lésion, l'intégrité du troisième segment lombaire; les lésions aussi bien des racines que de la moelle situées au-dessous de ce niveau vont se manifester par un syndrome particulier, le syndrome « queue de cheval », qui se présentera avec quelques variétés, soit participation isolée des sphincters et anesthésie de la région ano-scrotale, soit participation isolée et plus ou moins complète du sciatique ou de ses branches, soit association de ces deux variétés de symptômes, éventualité d'ailleurs la plus fréquente.

Le problème à résoudre comprend trois parties : 1° *l'existence d'une lésion de la queue de cheval;* 2° *le siège radiculaire ou médullaire de la lésion;* 3° *la nature de la lésion.*

L'*hystérie* ne peut créer une source sérieuse d'erreurs; les troubles sont systématiques, à groupement fonctionnel et non névritique, sans perte si complète des réflexes, sans atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence bien caractérisée (point définitivement admis maintenant), les anesthésies n'ont point une disposition radiculaire, on n'aura même pas besoin de recourir à la recherche de stigmates hystériques, d'ailleurs parfois absents.

Le clinicien va dès lors se trouver en face de deux modalités cliniques : 1° la maladie a une marche lente, progressive; 2° la maladie a eu un début subit.

Nos deuxième et troisième malades sont des exemples de début lent, progressif. (Nous laissons de côté soit les tabes soit les scléroses combinées à début par le cône terminal.) L'attention sera parfois attirée par des douleurs irradiées le long du sciatique; on constatera le signe de Lasègue, l'abolition du réflexe du tendon d'Achille, une atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence des muscles de la cuisse et on portera le diagnostic de sciatique névrite. Mais on n'oubliera pas que la distension du sciatique agit aussi sur les racines rachidiennes que sur le tronc nerveux et que l'existence du signe de Lasègue ne peut nous renseigner sur le siège névritique ou radiculaire de la lésion. Bientôt, en effet, on sera obligé de modifier son diagnostic parce que la prétendue sciatique devient bilatérale, bilatéralité sur laquelle Charcot attirait si particulièrement l'attention, parce que les *muscles s'atrophient sans être douloureux* eux-mêmes à la pression comme on l'observe dans les *polynévrites sensitivo-motrices*, parce que sont survenus des troubles sphinctériens, une anesthésie périnéo-scrotale, une escare sacrée, *cependant que le réflexe rotulien est intact et le triceps crural non atrophié*, tous signes qui permettent d'éliminer l'idée d'une polynévrite sensitivo-motrice. Quelle sera la cause de ce syndrome? Les antécédents pathologiques du malade, la douleur à la percussion de la région sacrée, l'étude du liquide céphalo-rachidien permettant de déceler la réaction leucocytaire, pourront indiquer l'existence d'un mal de Pott tuberculeux. L'examen du petit bassin devra nous renseigner sur l'existence d'un cancer viscéral propagé au sacrum ou comprimant le plexus sacré. La tuberculose, la syphilis, le cancer étant éliminés, on pourra songer soit à une tumeur du filum terminale (lipome, kyste, etc.), soit à un kyste hydatique intra-rachidien.

Chez nos premier et quatrième malades, le début a été subit. Les troubles sphinctériens, l'anesthésie périnéo-scrotale, les troubles sensitivo-moteurs dans la sphère des sciatiques imposent d'emblée le diagnostic de lésion de la queue de cheval. Mais il est plus délicat de savoir si la lésion est extra ou intra-médullaire.

A notre avis la dissociation syringomyélique parfaite que présente notre quatrième malade permet d'affirmer qu'il a été atteint d'une hématomyélie traumatique. Certes les auteurs ont signalé l'existence d'une dissociation syringomyélique dans le cours d'accidents hystériques : étant donné en somme que la sensibilité n'est qu'une réaction subjective, l'hystérique peut tout réaliser au point de vue qualitatif et quantitatif, mais nous avons déjà dit les signes qui permettent de reconnaître aisément la nature hystérique des accidents. Il est plus intéressant de voir signalée par les auteurs la dissociation syringomyélique, soit dans les névrites périphériques, soit dans les compressions nerveuses. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels; au surplus, nous ne savons pas que les auteurs aient observé une dissociation parfaite; notre expérience nous a montré qu'on pouvait bien observer en pareille circonstance une dissociation, mais très imparfaite, avec altération concomitante, mais moins prononcée de la sensibilité tactile, aussi croyons-nous que l'existence chez notre malade du syndrome syringomyélique dans toute sa pureté *avec conservation parfaite du tact*, permet de conclure à une lésion de la substance grise médullaire. On attachera de même une grande importance à l'absence du signe de Lasègue et de douleur spontanée dans la sphère du sciatique, qui indiquera l'intégrité probable des racines rachidiennes. Les autres signes donnés par les auteurs nous paraissent moins certains. Une amélioration rapide permet bien de supposer que très vraisemblablement les troubles étaient dus à la compression des racines, mais on peut l'observer aussi avec une lésion médullaire : la marche et l'intensité de l'atrophie musculaire avec ou sans secousses fibrillaires nous renseigneront sur l'intensité et l'évolution de la lésion mais non sur sur son siège. La disposition des troubles de la sensibilité objective peut-elle nous servir d'élément de diagnostic? Si l'on adopte la théorie de la métamérie, on en déduira que, dans les lésions radiculaires, les troubles sensitifs seront disposés conformément aux schémas de Thornburn, Head et Kocher, tandis que dans les lésions intra-spinales leur disposition sera segmentaire. Mais cette théorie n'est

pas admise par tous les neurologistes; au surplus, nous lui opposons le cas de notre quatrième malade. Cet homme fait une chute; il est atteint aussitôt d'un syndrome queue de cheval avec dissociation parfaite de la sensibilité, conservation exquise du tact, thermo-anesthésie et analgésie. Or l'étude précise de la topographie suivant l'intensité de ces troubles montre (voir le schéma) que leur topographie est conforme aux schémas radiculaires. D'ailleurs une lésion intraspinale peut atteindre les points d'entrée des racines et superposer à la métamérie spinale, si toutefois elle existe, une métamérie radiculaire. La topographie des troubles de la sensibilité ne saurait donc nous indiquer le siège exact de l'altération. On s'adressera alors à l'étiologie. Si les troubles se sont installés spontanément, sans traumatisme, si la dissociation syringomyélique existe, on inclinera vers le diagnostic d'hématomyélie à la faveur de telle ou telle cause prédisposante (syphilis, etc.). Si les troubles ont succédé à une chute violente sur le siège, l'existence d'une dissociation syringomyélique indiquera un siège médullaire; l'existence du signe de Lasègue, de douleurs spontanées, l'amélioration rapide, une déformation au niveau du sacrum (le cône terminal est en effet situé au niveau de la deuxième vertèbre lombaire) indiqueraient une lésion radiculaire. Ainsi se trouve justifiée notre définition : on doit décrire un syndrome queue de cheval, toujours facile à reconnaître et qui a pour cause une altération intra-rachidienne du plexus sacré ou de son origine médullaire, cinquième segment lombaire et segments sacrés; mais il sera toujours difficile de préciser ce diagnostic : l'analyse minutieuse des symptômes, la recherche des causes étiologiques ne pourront que fournir des probabilités sur le siège radiculaire ou intra-médullaire de la lésion.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(12 FÉVRIER 1901)

Encore un nouveau méfait de l'**appendicite**, il s'agit cette fois d'hématémèses graves, mortelles même, survenant au cours ou au déclin d'une appendicite. C'est sur ce sujet que M. Dieulafoy a pris la parole en rapportant plusieurs observations qu'il a pu recueillir dans ces derniers temps.

Dans un premier cas qu'il a vu avec M. Bergeron, il s'agissait d'une appendicite plutôt bénigne datant de quatre jours : fidèle à ses principes, M. Dieulafoy conseille l'opération qui est pratiquée le soir même par M. Delbet; c'était bien en effet une appendicite aiguë, mais sans péritonite. Tout allait bien quand, dans la nuit, le malade fut pris d'une hématémèse; une seconde hématémèse l'emporta.

Dans un second cas, que M. Dieulafoy a vu avec MM. Segond et Ramon, il s'agissait d'une fillette de neuf ans présentant tous les symptômes d'une appendicite ; l'opération immédiate est décidée et pratiquée le soir même par M. Segond; la nuit, l'enfant est prise de quelques nausées, de quelques vomissements, puis elle a une hématémèse de 200 grammes qui l'affaiblit et la met dans un état grave; cependant elle finit par guérir.

Une jeune fille américaine présente des symptômes que l'on prend pour une indigestion ; sa mère la purge une première fois, puis une seconde. M. Gros n'est appelé que le troisième jour; il constate de l'oligurie, une teinte subictérique et reconnaît tous les signes d'une appendicite. M. Dieulafoy est appelé en consultation et, d'accord avec MM. Gros et Cazin, conseille l'opération. Celle-ci est pratiquée et l'on trouve une gangrène appendiculaire. Malgré l'opération, l'ictère s'accentue et la malade est prise d'hématémèse, d'un véritable vomito negro, les vomissements de sang se répètent et la malade succombe.

Dans un quatrième cas, c'est un enfant que M. Dieulafoy examine avec MM. Sevestre et Quénu à sept heures du soir ; tous les trois étant d'accord sur l'urgence de l'opération, M. Quénu la pratique à dix heures du soir, trouve une gangrène appendiculaire ; cet enfant a quatre hématémèses de suite, et finit par succomber.

C'est encore un garçon de vingt ans, atteint depuis trois jours d'une appendicite : M. Dieulafoy conseille l'opération, M. Segond est appelé, on hésite, on cherche à gagner du temps, un autre chirurgien est demandé, deux jours sont ainsi perdus et, le jeune homme allant plus mal, l'opération est acceptée et faite par M. Segond à une heure du matin; il trouve une gangrène appendiculaire, une péritonite des plus graves. Le jeune homme est pris d'hématémèse et meurt.

Comme on le voit, d'après ces faits, l'hématémèse n'est pas un accident très rare dans l'appendicite, puisqu'en neuf mois M. Dieulafoy a pu en réunir six observations; ce ne sont pas d'ailleurs les seules, il en a trouvé plusieurs dans les auteurs même avec autopsie ; on a trouvé des érosions sur la muqueuse gastrique.

M. Dieulafoy recherche la pathogénie de ces hémorragies, il pense qu'il s'agit là d'accidents toxi-infectieux; il rapproche des faits qu'il vient de citer l'observation suivante qui a bien son intérêt; un malade arrive à l'Hôtel-Dieu avec une hernie étranglée, on l'opère aussitôt; il est pris d'hématémèses et succombe ; l'autopsie est faite et l'on reconnaît qu'il s'agissait d'érosions de l'estomac d'origine toxi-infectieuse. Or, il se passe dans l'appendice transformé en vase clos, ce qui, chez ce malade, s'est passé dans son intestin obstrué.

A côté des preuves cliniques, M. Dieulafoy invoque des preuves expérimentales; il rappelle des expériences faites par Talma, et qui ont consisté à pratiquer des ligatures de l'intestin. Chez ces animaux, il est survenu des érosions de l'estomac qui ont été le point de départ d'hémorragies; enfin, M. Dieulafoy, dans ses recherches bibliographiques, a trouvé une observation présentée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux en 1876, époque à laquelle il n'était pas encore question d'appendicite. Il s'agissait, dans cette observation, d'une péritonite purulente aiguë, avec ulcération de l'estomac, péritonite dont le point de départ avait paru à M. Millard être l'appendice iléo-cæcal, et qui était survenue à la suite d'une fièvre typhoïde; c'était, comme on le voit, ce qu'on appellerait aujourd'hui avec M. Dieulafoy une appendicite paratyphoïde. Cette intéressante observation de M. Millard a été l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux ; la plupart des membres ne voyaient là que des ulcérations gastriques d'origine typhoïdique, comme celles de l'intestin, tandis que M. Millard soutenait que les ulcérations gastriques, dans ce cas, n'avaient rien à faire avec la fièvre typhoïde, et qu'elles étaient la conséquence d'un empoisonnement résultant de la péritonite, il a donc prévu la toxi-infection.

M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions suivantes :

« Il est une notion que je m'efforce de mettre en relief, c'est que l'appendicite ne doit plus être considérée actuellement comme une maladie purement locale. Ne voir dans l'appen-

dicite qu'une menace péritonéale, c'est ne connaître qu'un des côtés de la question. Ce qui est à redouter dans l'appendicite, ce n'est pas seulement la péritonite, c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie dues au foyer appendiculaire. Le danger n'est pas seulement à l'appendice et au péritoine, il est partout. On a publié et j'ai publié bon nombre de cas concernant des appendicites sans péritonite, ou à péritonite à peine ébauchée, et cependant les malades succombent infectés et intoxiqués par leur foyer appendiculaire.

Dans certains travaux, dans certaines discussions récentes, il me semble qu'on s'occupe trop exclusivement de l'évolution locale du mal; on escompte le bon vouloir de l'appendicite et on attend pour intervenir qu'elle soit refroidie; on suppose qu'elle voudra bien attendre, sans encombre, le sixième ou le septième jour, date fixée par l'opérateur, et pendant que l'observateur est là, hypnotisé par l'évolution locale du mal, les agents infectieux et toxiques, partis du foyer appendiculaire, ont pénétré sans bruit dans l'économie et le drame se prépare. Souvent, après une poussée initiale, l'appendicite semble rentrer dans son repos, mais ce n'est là qu'une apparence; bientôt vont éclater des complications terribles; les unes infectieuses : infection purulente du foie, infection putride de la plèvre, gangrène du poumon, etc.; les autres toxiques : urobilinurie, ictère grave, albuminurie, oligurie, anurie, urémie, symptômes méningitiques, exulcérations stomacales, hématémèses foudroyantes. Voilà les résultats de la temporisation! »

Au début de la séance, nous avons entendu une lecture de M. Monod, directeur de l'Assistance au ministère de l'Intérieur, ayant trait à la **statistique de la mortalité en France de 1886 à 1898**, dans les villes de plus de 5000 habitants. En voici les conclusions :

1° La diminution constante du taux de la natalité, compensée par une diminution, légèrement supérieure, du taux de la mortalité;

2° La constante immigration des campagnes vers les villes;

3° La décroissance sensible de la mortalité par maladies épidémiques;

4° La proportion, à peu près stationnaire, des décès dus à la tuberculose;

5° Le taux considérable de la mortalité infantile.

Sur la proposition de M. Léon Colin, l'Académie vote à l'unanimité le texte ci-dessous, relatif à la **nécessité à Paris des revaccinations** :

« Vu la persistance de la variole à Paris et dans sa banlieue, l'Académie de médecine estime que les mesures recommandées par M. le préfet de police conservent tout leur caractère d'utilité, et qu'il importe de continuer à profiter des ressources mises à sa disposition pour la pratique des revaccinations. »

M. Vallin lit un travail de M. Boinet (de Marseille), relatif à un cas de **macrodactylie**.

La macrodactylie n'appartient pas exclusivement à la tératologie; elle dépend aussi de la pathologie par son développement progressif, incessant, exagéré, plus rapide que celui des doigts correspondants; par son accroissement avec les progrès de l'âge, surtout au moment de l'adolescence; par sa combinaison assez fréquente avec d'autres hypertrophies.

Elle est rarement héréditaire.

Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; à droite qu'à gauche, au médius et à l'index qu'aux autres doigts.

Elle existe comme difformité isolée dans la moitié des faits.

La radiographie établit l'importance des lésions osseuses surtout épiphysaires et montre leur rôle dans la déviation et l'incurvation habituelle des doigts atteints de macrodactylie.

La dissection a montré une hypertrophie de tous les tissus du doigt.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Développement d'un cas de syphilis retardé par une fièvre typhoïde, par Jonathan HUTCHINSON. — Un individu fut atteint, peu de temps après un coït suspect, d'une fièvre typhoïde grave. Cette maladie retarda manifestement le développement de la syphilis, car le chancre n'apparut que dix ou douze semaines après les derniers rapports sexuels, et l'éruption ne se montra que deux mois plus tard. Le chancre avait d'abord été considéré comme non infectant; il guérit sous l'influence d'un traitement local, mais de l'aveu même du sujet, il demeura un peu induré. Il était accompagné d'une adénopathie inguinale assez volumineuse, laquelle d'ailleurs disparut spontanément. L'apparition de la roséole fut précédée d'une céphalée violente. La syphilis suivit désormais son cours et se traduisit notamment, en dépit du traitement, par des lésions de dermatite palmaire. (*Arch. of Surgery*, 1900, p. 263.) A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Le perchlorure de fer réhabilité comme agent hémostatique. — Sous ce titre, nous publiions récemment l'analyse d'une communication faite par M. Patein, à la Société de thérapeutique, au nom de M. CRUCHAUDEAU, auquel revient le mérite de ces intéressantes recherches. Nous empruntons aujourd'hui, au consciencieux mémoire de ce dernier, des conclusions qui méritent d'être citées *in extenso* :

« Le perchlorure de fer dilué est un agent hémostatique de premier ordre.

Son action est rapide, son emploi n'exige aucune instrumentation spéciale; il est d'une innocuité et d'une efficacité parfaites.

Dans les hémorragies des cancers utérins que nous avons eu à soigner, la solution de perchlorure de fer officinale, diluée à 1/50 ou, au plus, à 1/20, a toujours donné les meilleurs résultats. Le sang s'arrête très rapidement.

Nous n'avons jamais observé le moindre accident consécutivement à l'emploi de cette solution.

Le perchlorure possède aussi un pouvoir desinfectant et une valeur antiseptique importants, ainsi que Petrequin l'avait déjà constaté.

Dans les cas d'épistaxis graves, un simple tampon de coton hydrophile imprégné de la solution de perchlorure de fer à 1/20 et renouvelé, si c'est nécessaire, suivant la technique indiquée au cours de ce travail, puis laissé en place pendant quarante-huit heures, arrêtera toujours l'hémorragie au bout de quelques minutes. La tolérance est parfaite, il n'y a ni gêne, ni douleur.

La solution de perchlorure de fer à 1/50 ou à 1/20 sera seulement employée dans tous les cas d'épithélioma de la face, de cancer du sein, de cancer de la verge ou du testicule, s'accompagnant d'hémorragies graves dans lesquelles la compression est difficile ou même impossible à pratiquer rapidement, efficacement et sans douleur.

Dans les hémorragies qui se montrent parfois après l'extraction d'une dent, la dilution de perchlorure de fer trouvera son emploi.

Dans le cas du cancer de la langue dont nous avons donné l'observation au cours de notre travail, le tamponnement au perchorure de fer dilué, tel que nous l'avons fait, était la seule méthode capable de faire efficacement et rapidement l'hémostase.

Grâce à cette méthode, il sera facile pour tous, dans les cas que nous avons énumérés, d'organiser simplement, sûrement et rapidement l'hémostase.

Ces faits ont la plus grande importance pour le médecin qui peut se trouver sans outillage, sans aides, sans préparation à des méthodes plus compliquées et qui sait combien l'hémorragie est dramatique et combien, dans la pratique, elle affole le malade et son entourage.

Enfin, et que l'on nous pardonne de terminer par cette petite considération qui peut, pour certains milieux, avoir son intérêt, le prix de revient de la solution de perchlorure de fer est à peu près nul dans les limites où il est nécessaire de l'employer pour enrayer une hémorragie » (1).

Le cacodylate de soude dans la chorée. — M. Lannois (de Lyon) vient d'expérimenter avec succès le cacodylate de soude dans la chorée.

On sait que la médication arsenicale donne de bons résultats dans cette maladie, à la condition d'être donnée d'une façon intensive.

Le cacodylate de soude, qui est toléré par l'organisme à des doses très élevées, était donc indiqué dans ce cas.

M. Lannois l'a administré par la voie hypodermique à la dose de 0g02 à 0g04 centigrammes par jour pendant quinze jours. Après un repos de quatre à cinq jours il recommence aux mêmes doses.

On pourrait également prescrire des pilules de 0g04 à 0g08 centigrammes par jour avec un repos de trois à quatre jours par semaine. (*Lyon méd.*, 27 janv. 1901.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine Charcot-Bouchard
[2e édition, t. VI et VII] (2).

La deuxième édition du *Traité de médecine* continue à paraître avec régularité. Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la publication des tomes VI et VII, consacrés à l'étude complète des maladies de l'appareil respiratoire.

Le tome VI débute, comme dans la première édition, par le consciencieux article de M. Ruault sur les *maladies du nez, de la gorge et du larynx*. Cet article a été soigneusement revisé et mis à jour par l'auteur, de façon à tenir compte des découvertes les plus récentes de la science. Les *affections de la trachée et des bronches* ont été traitées par M. Marfan dans un excellent chapitre où sont successivement passés en revue le rétrécissement des bronches, les trachéites, les bronchites aiguës et chroniques, la dilatation des bronches, la syphilis trachéo-bronchique, etc. Par son étude de l'*asthme*, M. Brissaud nous montre que, chez lui, l'historien anecdotique et piquant sait aussi se doubler du parfait clinicien. M. Le Gendre nous donne de la *coqueluche* une description d'une clarté et d'une simplicité élégantes.

Les *troubles circulatoires du poumon* (embolies et thrombose de l'artère pulmonaire, congestion, œdème du poumon, etc.) ont été rédigés par M. Marfan, avec le souci évident de faire aux travaux récents la plus large place. C'est ainsi que le chapitre *congestions et œdèmes du poumon*, pour ne citer que lui, a subi d'importantes modifications, nécessitées par le nombre et l'importance des monographies qu'a suscitées cette question. Les études de la *pneumonie*, de la *broncho-pneumonie*, de la *gangrène pulmonaire* par M. Netter terminent le tome VI du *Traité de médecine*.

Le tome VII est consacré tout entier à la tuberculose et aux affections de la plèvre. M. Marfan nous a redonné, avec les corrections nécessaires, son parfait et classique article de 1892 sur la *tuberculose pulmonaire*. M. Netter décrit les pleurésies séro-fibrineuses, purulentes, hémorragiques, le pneumothorax. Tel est, brièvement analysé, le contenu des tomes VI et VII du Traité Charcot-Bouchard ; par le soin qu'ont apporté les auteurs à revoir leurs articles et à les mettre au courant des derniers progrès de la science, par le luxe de la publication, la deuxième édition du *Traité de médecine* est digne à tous égards de la première et ce n'est pas trop s'avancer que de lui prédire, comme à la première, le plus brillant succès.

L. B.

Diagnostic et traitement des maladies nerveuses (1), par J. Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne. Préface par J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Le livre de M. Joanny Roux contient tout ce que les sciences neurologiques renferment de conquêtes importantes et nouvelles. Tout y est, tantôt sous forme de formules simples mais suffisantes, lorsqu'il s'agit de faits définitivement acquis, tantôt sous l'aspect de notes plus ou moins étendues quand il s'agit de notions douteuses, encore à l'étude ou controversées.

Il n'est pas jusqu'aux indications thérapeutiques qui n'aient été l'objet d'un soin particulier dans ce volume. Les articles consacrés à cette partie de l'ouvrage seront lus toujours avec profit, car ils ont une portée pratique réelle. Il présente l'exposé très pratique et suffisamment complet des procédés nouveaux ; il montre les avantages qu'on en peut retirer, les dangers qu'ils peuvent faire courir, le tout envisagé avec une mesure parfaite et une grande maturité de jugement.

On y trouvera la méthode à suivre dans l'examen clinique du malade, et la façon de grouper les symptômes pour en faire jaillir le diagnostic, et poser immédiatement quelques indications thérapeutiques *pratiques*.

Tel qu'il est cet excellent petit volume, sous la forme d'un manuel de sémiologie spéciale, constitue cependant une œuvre originale et pleine d'enseignements utiles et souvent de vues générales d'un ordre particulièrement élevé. Comme l'a écrit M. le professeur Teissier, il est destiné à rapidement devenir le vade-mecum de tout praticien soucieux de baser son jugement et son diagnostic sur des notions rigoureuses et indiscutées.

Chirurgie du rein et de l'uretère (2), par le professeur James Israel, chirurgien principal de l'hôpital israélite de Berlin, traduction de M. Guillermo Rodriguez A. (de Valparaiso, Chili).

Les remarquables travaux, publiés dans tous les pays depuis le livre de Simon, ont transformé, dans ces dernières années, la chirurgie rénale.

Aujourd'hui encore, nous sommes en pleine évolution. De jour en jour s'éclaire la pathogénie des lésions et nous connaissons mieux les phases successives des maladies, leur passé et leur avenir : le diagnostic devient plus précis et plus précoce, grâce à de nouveaux modes d'exploration parmi

(1) Cruchaudeau. *Le perchlorure de fer comme agent hémostatique*, Paris, Maloine, 1900.

(2) In-8°. Prix de chaque volume : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-16, 550 p., avec fig., cart. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

lesquels le cathétérisme urétral tient la première place : la physiologie pathologique, dont l'étude est à peine ébauchée, conduit chaque jour davantage les chirurgiens à une thérapeutique rénale conservatrice. La médecine opératoire devient ainsi plus hardie, s'attaquant au début à des lésions qui, autrefois, restaient insoupçonnées, et plus prudente, essayant dans bien des cas, de rétablir ou de conserver les fonctions de reins que nos devanciers sacrifiaient volontiers.

Le livre d'Israel marque une étape dans cette évolution progressive. Tous ceux que la chirurgie rénale intéresse liront avec grand intérêt ces pages où se montrent en pleine lumière la sagacité de l'observateur, le sûr jugement du clinicien, l'habileté de l'opérateur. Nous ne saurions souscrire à un certain nombre des idées de M. Israel et nous employons des procédés d'examen qu'il néglige; mais nous nous plaisons à constater le grand talent avec lequel l'auteur défend ses conceptions personnelles.

On trouvera surtout, dans ce livre, un ensemble remarquable d'observations intéressantes qui éclairent et complètent le texte : c'est un livre de clinique que les plus instruits pourront lire avec profit; les faits bien observés portant toujours avec eux leur enseignement. Dans la longue statistique qui résume la pratique de l'auteur, on trouvera encore d'importantes constatations anatomo-pathologiques.

Les travaux d'Israel ne sont connus en France, que par ceux qui peuvent lire le texte original; il n'existe, en français, que des résumés d'observations éparses : la soigneuse et fidèle traduction de M. Rodriguez permettra à tous de mieux connaître la grande part que l'éminent chirurgien de Berlin a prise dans les progrès de la chirurgie rénale.

(ALBARRAN, in Préface.)

Le traitement pratique de l'épilepsie (1), par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M. Gilles de la Tourette considère que l'épilepsie est justiciable des sels de bromure; c'est le meilleur sinon le seul traitement à mettre en œuvre. Mais il faut savoir administrer les sels de bromure; il faut n'en donner ni trop ni trop peu; la dose qui guérit, la dose suffisante de bromure s'établit sur certain signe physique fourni par les pupilles.

Ce signe, d'une appréciation excellente, n'a jamais encore été signalé.

Ce n'est pas une simple vue de l'esprit, ce n'est pas seulement une idée heureuse, c'est le résultat d'une pratique déjà longue, appuyé sur des observations suivies près de quinze ans.

Après avoir étudié les conditions étiologiques et pathogéniques de l'épilepsie, M. Gilles de la Tourette établit les règles d'administration du bromure à la dose suffisante; puis il indique les accidents généraux et locaux du bromure. L'hygiène des épileptiques fait l'objet d'un chapitre. Puis viennent les adjuvants de la cure bromurée, le traitement des accès, le traitement de quelques variétés d'épilepsie, etc.

Le bromure administré dans les conditions qu'indique M. Gilles de la Tourette, par un médecin expérimenté, « peut guérir l'épilepsie et la soulage toujours. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin, qui doit s'ouvrir le 4 mars 1901, est provisoirement composé de MM. Tenneson, Millard, Queyrat, Widal, Chauffard, Darier, de Beurmann, Toupet, Jaccoud, Siredey, Roger, Guéniot.

Conseil de l'Université de Paris. — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni mardi, sous la présidence de M. Gréard.

M. le recteur a fait connaître les résultats des élections qui ont eu lieu le 31 janvier dernier pour la désignation des représentants des Facultés au Conseil.

Le Conseil est constitué comme suit : M. Gréard, vice-recteur, président; MM. les doyens des Facultés et M. le directeur de l'École supérieure de pharmacie, membres de droit; MM. Bonet-Maury et Ménégoz, représentant la Faculté de théologie protestante; Lyon-Caen et Renault, la Faculté de droit; Debove et Pinard, la Faculté de médecine; Lipmann et Bonnier, la Faculté des sciences; Lavisse et Boutroux, la Faculté des lettres; Jungfleisch et Bouchardat, l'École supérieure de pharmacie.

Le Conseil a élu M. Glasson, doyen de la Faculté de droit, comme vice-président, et M. Lavisse, comme secrétaire.

M. Albert Durand, secrétaire de l'Académie, est secrétaire adjoint du Conseil.

Le Conseil a constitué sa commission des affaires disciplinaires et contentieuses qui se compose du bureau du Conseil, de MM. les doyens et de M. le directeur de l'École de pharmacie et des deux représentants de la Faculté de droit.

Il a désigné M. Debove pour rédiger le rapport annuel sur les travaux de l'Université en 1900-1901.

Il a décidé qu'à l'occasion des jours gras, les cours seront suspendus à l'Université le lundi 18 et le mardi 19 février. Les exercices reprendront le mercredi matin, 20.

Il a voté le maintien de la chaire de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie; il a accordé un prêt d'obligeance à plusieurs étudiants, et autorisé l'ouverture de cinq cours libres à la Faculté de médecine, savoir :

MM. les docteurs Bérillon : psychologie physiologique et pathologique. Les applications cliniques de l'hypnotisme; Darier : leçons de thérapeutique oculaire basée sur les découvertes les plus récentes; Fort : anatomie topographique; Foveau de Courmelles : électrothérapie et radiographie, galvanisation, faradisation, franklinisation, vibrothérapie, rayons X, haute fréquence; Guépin : les maladies de la prostate.

Le Conseil a décidé de se faire représenter aux fêtes de l'Université de Glascow, les 12, 13 et 14 juin 1901, et a approuvé le budget de l'Observatoire de Nice, présenté par le comité de direction de l'établissement.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Joye (de Boulogne-sur-Seine) et Peyre (de Paris) sont nommés au grade de chevalier du Mérite agricole.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dubarry (de Dampierre, Seine-et-Oise).

Un nouveau traitement contre la constipation. — « Un certain médecin allemand, nommé Roos, vient d'inventer un traitement vraiment ingénieux de la constipation. Nous arrivons au moment où les microbes, qui ont été incriminés jusqu'à présent, vont devenir bienfaisants, et où on les administrera sous forme de potion!

Ce traitement Roos (*Hilarité*) de la constipation consiste à administrer à ceux qui en sont atteints du *bacterium coli* qui, dans les conduites militaires, serait, paraît-il, capable de transporter la fièvre typhoïde

Si vous voulez de plus amples renseignements sur le traitement Roos, je vous dirai que ce médecin habite Fribourg-en-Brisgau, et vous pouvez vous adresser à lui si vous avez besoin de ses services; ce n'est pas moi qui suis le protagoniste de ce traitement par le bacterium, vous pouvez m'en croire. » (*Journal officiel*, Sénat, séance du 4 février 1901. M. Alcide Treille.)

(1) In-16, 96 p., cart. (Actualités médicales.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 20. — SAMEDI 16 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 16 FÉVRIER 1901. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les dérivés pathologiques de l'ouraque, par M. MÉRIEL, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les dérivés pathologiques de l'ouraque.

Par M. MÉRIEL,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Bien qu'il n'en soit pas fait mention dans nos auteurs classiques, les diverses malformations pathologiques, liées à la persistance de l'ouraque, ont été assez souvent observées; mais, en revanche, l'interprétation de leur genèse est si confuse, par suite des controverses auxquelles elle a donné lieu, que nous avons tenté, par l'étude des observations, de constituer un faisceau d'arguments suffisamment éprouvés pour établir la pathogénie de ces lésions. Celle-ci devant s'édifier à l'aide des notions d'embryologie relatives au développement de l'allantoïde, il nous semble que quelques considérations sommaires à ce sujet ne seront pas déplacées au début de ce travail.

I

L'ouraque est la portion intra-embryonnaire de l'allantoïde comprise entre la vessie en voie de formation et l'ombilic (1).

Au deuxième mois, la vessie apparaît sous forme d'un renflement de la portion intra-abdominale de l'allantoïde; elle communique largement par le sinus uro-génital avec la terminaison de l'intestin et forme avec ce sinus le cloaque. Mais la vessie ne tarde pas à se séparer du rectum en arrière, elle prend la forme d'un ovoïde et reste intra-abdominale jusqu'à la naissance. Elle est réunie à l'ombilic par cette portion de l'allantoïde qui formera l'ouraque.

L'allantoïde s'atrophie progressivement, et le placenta peu à peu se développe; nous nous éloignons ainsi de la période fœtale proprement dite où le placenta sera un organe distinct, c'est-à-dire vers le troisième ou quatrième mois.

Le canal allantoïdien s'oblitère, toujours d'après le même mode, de l'extrémité extra-embryonnaire vers la partie intra-embryonnaire. Celle-ci comprend deux segments : l'un terminal, renflé, qui s'abouchera dans le cloaque, c'est la vessie; l'autre est un canal qui partant du sommet de ce renflement, dans la cavité duquel il s'ouvre, va finir au niveau de l'ombilic. Ce dernier segment c'est l'ouraque.

Vers la fin du troisième mois, le phénomène de l'oblitération de l'ouraque commence; il serait dû, d'après certains, aux influences mécaniques suivantes : d'une part, l'ombilic remontant au fur et à mesure de l'accroissement des parois abdominales et, d'autre part, la vessie descendant vers sa future situation dans le bassin, l'ouraque serait tiraillé entre ces deux points extrêmes et comme son développement n'est pas parallèle, son oblitération serait inévitable. Cela est bien, mais, à ce moment, il y aurait pour Naury (1), dans la succession des phénomènes évolutifs, certains points que nous retenons pour les faire servir à l'étude des fistules ombilico-vésicales. Il est admis par tout le monde que, à la fin du troisième mois, une partie de l'intestin, celle qui correspond à la région iléo-cæcale, est encore à la base du cordon, pour se retirer à ce moment. L'ombilic est donc large à la fin du troisième mois. « Or, si nous réfléchissons qu'à ce moment l'ouraque est encore perméable, que l'oblitération commence lorsque, l'intestin se retirant, l'ombilic se sera reserré davantage; si nous réfléchissons, en outre, que, dans plusieurs observations de fistules urinaires ombilicales par persistance de l'ouraque, la faiblesse, la dilatation de l'anneau ombilical ont été notése, que plusieurs des petits fistuleux ont été atteints de hernies ombilicales, il nous est impossible de ne pas voir autre chose qu'une concordance, qu'une coïncidence entre le resserrement de l'ombilic et le début de l'oblitération de l'ouraque (2). »

Cette oblitération de l'ouraque se fera rapidement vers le milieu de la grossesse, d'après Sappey, « souvent plus tôt, quelquefois un peu plus tard, » tandis que Gruget (3) établit vers le quatrième mois la moyenne de cette oblitération. Bien que Guéniot (4) ait observé un enfant de cinq mois chez lequel l'oblitération n'était que partielle, on peut dire avec la majorité des anatomistes que c'est environ vers le cinquième mois de la vie intra-utérine que cette communication disparaîtrait, par suite de la formation de l'anneau

(1) Pour la partie embryologique, consulter : TOURNEUX. In *Dict. encycl. des sc. méd.*; *Précis d'embryologie*, 1898; — DASTRE. Th. de Paris, 1876; — DEBIERRE. Th. d'agrég., 1883; — PRENANT. *Éléments d'embryologie*, 1896, t. II.

(1) NAURY. *Essai sur les fistules urinaires ombilicales*, Th. de Paris, 1881.
(2) Loc. cit.
(3) GRUGET. Th. de Paris, 1872.
(4) GUÉNIOT. *Bull. gén. de thérap.*, 1872.

ombilical et que l'ouraque deviendrait alors un filament plein.

Nous avons déjà dit que cette oblitération de l'ouraque se faisait de bas en haut, de l'ombilic vers la vessie. A ce fait, Guéniot oppose une exception : sur un fœtus de cinq mois, l'ouraque était oblitéré à sa partie inférieure près de la vessie, mais perméable au-dessus jusque dans le cordon. Sur les 82 autopsies de fœtus ou d'enfants citées par Gruget et Guéniot, ce fœtus était le seul à présenter cette anomalie et ces auteurs en concluent à l'extrême rareté des fistules de l'ouraque par persistance de ce canal. A cette affirmation trop absolue nous répondrons par l'opinion de Luschka, qui soutient que ce canal persiste le plus souvent sur une étendue de 6 à 7 centimètres; en outre, il s'ouvrirait au sommet de la vessie par un orifice très étroit. Lorsque l'ouraque s'obture, cela se ferait, d'après Luschka (1), à l'aide de cloisons incomplètes laissant subsister entre elles des espaces perméables, tapissés de cellules épithéliales, identiques à celles de la vessie. C'est également l'opinion de Wutz (2), qui dit que l'ouraque n'est un cordon fibreux chez l'adulte que dans le tiers du trajet de l'ombilic à la vessie.

Notons enfin qu'à l'entrée de l'ouraque dans la vessie, on a observé parfois un petit repli vésical qui ferait office de luette pour empêcher la pénétration de l'urine dans ce canal. La persistance de celui-ci peut donc se prolonger tantôt jusqu'à la naissance, tantôt jusqu'à un âge très avancé, sans se manifester par aucun trouble. Cette persistance comprend tous les degrés, depuis une sorte de cul-de-sac au niveau du pôle supérieur de la vessie jusqu'à la perméabilité totale vers l'ombilic et la peau. C'est ce qu'ont montré les recherches cadavériques de Harvey, Haller, Bendt, Bœhmer, Littre, Colombus, Cruveilhier et Boyer. Une autre preuve nous en est fournie par l'existence des petites cavités observées par Luschka et dont nous avons parlé : celles-ci peuvent être suffisamment rapprochées pour se confondre, et dans certains cas, où la segmentation est moins complète, ne faire qu'une seule et même cavité, un seul et même canal.

Il est donc bien établi que l'ouraque reste perméable d'une façon complète après la naissance : la lumière filiforme qu'il présente ne donnera passage à l'urine, d'après Bérard, que dans les cas où l'écoulement par les voies naturelles serait obstrué. Cette condition n'est pas nécessaire, d'après Forgue (3), car il existe des faits où cette perméabilité était indépendante de tout obstacle, au niveau des voies d'excrétion de l'urine; elle n'est pas non plus suffisante, puisque Billard cite, en effet, un cas d'imperforation de l'urètre dans sa partie profonde avec dilatation des uretères et une oblitération normale de l'ouraque.

Cette persistance de la perméabilité de l'ouraque donnera naissance à deux variétés de productions : les fistules urinaires ombilicales, appelées encore ombilico-vésicales précoces ou tardives et les kystes de l'ouraque.

II

Fistules urinaires ombilicales. — Historique. — Le premier fait signalé est celui de Barthélemy Cabrol. En 1550, il eut l'occasion de soigner une jeune fille de dix-huit à vingt ans qui présentait à l'ombilic « une tumeur semblable à une crête de coq et qui pissait ordinairement par l'ouverture de l'ombilic, tout ainsi qu'elle faisait dans le ventre de sa mère, car son urètre était non perforé... Cette expérience, confirmée par une infinité d'autres semblables, condamne l'opinion de M. Paré, très docte chirurgien et bien expert en l'anatomie, qui doute s'il y a d'ouraque ou non, outre que cette partie est aisée à reconnaître, principalement ès jeunes enfants » (1). Cabrol n'hésite donc pas à admettre la persistance de l'ouraque et du coup établit, par son observation, l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'affection : il guérit sa malade en déviant le cours des urines.

Viennent ensuite Laurentius (2), qui vit chez une jeune fille l'urine s'échapper par l'ombilic après plusieurs jours de rétention, et Fernel (3), qui observa chez un jeune homme de trente ans un phénomène analogue. Dans l'observation de Peu (4), il s'agit d'un nouveau-né qui porte une tumeur claire et diaphane, grosse comme un œuf de pigeon, au niveau du nombril. On perfore cette tumeur et il s'en écoule de l'urine. « Chacun en fut étonné et toute l'assemblée jugea aisément que cette eau venait de la vessie, qu'elle s'était évadée par la production nerveuse en question (l'ouraque), et, de fait, on la trouva perforée. »

Bartholin, Harvey citent des cas analogues, mais nous ne nous attarderons qu'à ceux qui ont une réelle importance.

Dans le cas de Méry (5), il s'agissait de deux fœtus jumeaux qui présentaient tous deux outre la fistule urinaire un abouchement ombilical de l'intestin; enfin, chez l'un d'eux, le prépuce était imperforé.

Littre (6) dit qu'il a rencontré, chez un jeune homme de dix-huit ans, l'ouraque creux et dilaté jusqu'à 5 travers de doigt au-dessus de la vessie; le col de la vessie était rempli par une pierre de forme conique. « Si ce jeune homme avait vécu du temps, son urine, qui ne pouvait sortir qu'avec beaucoup de peine et en petite quantité, aurait achevé de dilater l'ouraque jusqu'au nombril. »

Une deuxième observation du même auteur a trait à l'autopsie d'un garçon de douze ans qui avait rendu presque toutes ses urines par le nombril à cause d'une « chair fongueuse » qui siégeait au col de la vessie et faisait obstacle à l'émission ; « l'ouraque était creux depuis le fond de la vessie jusqu'au nombril, sa cavité avait une ligne de diamètre, d'où il paraît que la cause de l'évacuation de l'urine par cette voie extraordinaire était le fongus vésical et que l'urine passait de la vessie au nombril par l'ouraque (7). »

J.-L. Petit (8), qui a tant vu, publie deux observations dont l'une concerne un jeune garçon qui avait de naissance un écoulement involontaire d'urine par le nombril. Celui-ci n'offrait pas de tumeur, mais une espèce de bourrelet entourant un pertuis par où sortait l'urine. « Il n'avait pas l'urètre bouché, car il rendait volontiers les urines par la verge, et quand il n'avait pas de bandage ombilical, il rendait les urines par l'une et l'autre ouverture. » Le deuxième cas du même auteur se rapporte à une jeune fille ayant l'urètre

(1) Luschka. *Virchow's Arch.*, 1862, t. XXIII, et *Anatomie des mens. Beck.*, 1864.
(2) Wutz. *Urachus et urachuscysten*, Diss. von Basel, Berlin 1883.
(3) Forgue et Morer. *Montpellier méd.*, 1895.

(1) Cabrol. *Alphabet anatomicum*, 1594, Obs. XX, p. 99.
(2) A. Laurentii *Opera anatomica*, 1600, p. 407.
(3) J. Farnesii *Pathologicæ libri*, 1638.
(4) Peu. *Pratique des accouchements*, Obs. IV.
(5) Méry. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1790.
(6) Littre. *Id.*, 1701.
(7) Littre. Loc. cit.
(8) J.-L. Petit. *Œuvres chirurgicales.*

imperforé, et au nombril une tumeur grosse comme une cerise, au-dessus de laquelle se trouvait le pertuis livrant passage à l'urine.

Chez un calculeux, d'après Peyer (1), on vit après une rétention l'urine sortir par l'ombilic.

D'autres observations analogues sont publiées par Cheselden (2), Noreen et Haller. Portal (3) doit cependant avoir ici une mention spéciale car il s'est fait le champion de la théorie opposée à celle qu'avaient soutenu les auteurs précédents, c'est-à-dire la perméabilité ouracale. Il niait, en effet, l'existence de l'allantoïde chez l'homme; il ne pouvait, par suite, admettre la perméabilité de l'ouraque, celui-ci n'étant pour Portal qu'un simple ligament.

Portal en fut pour son paradoxe, il n'eut pas d'adeptes; tous les chirurgiens tenaient pour vraie l'opinion contraire à tel point que certains, par exagération, voyaient partout des persistances de l'ouraque. On confondit alors les orifices normaux des uretères dans l'exstrophie de la vessie avec l'orifice des fistules de l'ouraque. Huxham observant un cas d'exstrophie rapporta les deux orifices de l'uretère à une bifidité de l'ouraque, et Penchiénati, en 1876, dans un cas semblable, attribue l'un de ses orifices à l'ouraque, l'autre à l'uretère. Il ne fallut rien moins que les sérieuses études de Devilleneuve (de Montpellier) sur l'exstrophie de la vessie pour faire justice de ces grossières erreurs.

Le *Journal* de Corvisart (4) contient une observation de Lévêque où il est dit qu'un vieillard de quatre-vingts ans était atteint depuis trente ans d'une fistule urinaire ombilicale, due à la persistance de l'ouraque. Une observation bien démonstrative est celle de Raussin (5) où, après un accès de colique néphrétique, le malade urina à la fois par la verge et par le nombril; celui-ci était occupé par une petite tumeur de la grosseur d'une noix.

En 1821, Bourgeois fait connaître le cas d'un homme de trente ans qui, de tout temps, avait senti sous la peau de l'abdomen une corde tendue allant du pubis à l'ombilic; en outre, il portait à la partie inférieure de celui-ci une masse charnue de la grosseur d'une lentille, laissant sourdre par un fin pertuis un liquide en tout semblable à l'urine; ce phénomène se manifesta pendant le cours d'une rétention d'urine.

Velpeau (6) publie en 1825 l'observation d'un enfant de deux ans portant à l'ombilic une tumeur réductible et percée d'un orifice laissant s'échapper l'urine quand l'enfant pleure ou crie, et cela sans anomalie de l'urètre.

Marx (7), élève de Dupuytren, relate le fait d'un enfant de vingt-trois mois, rendant son urine par l'ombilic, lequel était divisé par 5 ou 6 sillons en étoile autour d'un pertuis central. Vessie et urètre normaux.

Tous ces faits sont cités et analysés dans la thèse de Simon en 1843; au point de vue pathogéniqne, il admet les conclusions de la majorité dee auteurs, car « l'ouraque se présente comme une cavité remontant plus ou moins haut vers l'ombilic, communiquant ou non avec la vessie et qu'une rétention peut mettre en rapport avec l'extérieur par la rupture de la cicatrice ombilicale ».

(1) Peyer. Obs. circa urach. in fœtu humano petrum, *Lugduni Batavorum*, 1721.

(2) Cheselden. Acad. des sc., 1778; — Haller. *Elementa phys.*; — Noreen. *Dissert. de uracho humano.*

(3) Portal. *Œuvres anatomiques.*

(4) *Journal* de Corvisart, 1806, t. LXXI.

(5) Raussin. *Mém. Acad. chir.*, 1732.

(6) Velpeau et Roux. *Arch. gén. de méd.*, 1825.

(7) Marx. *Répert. d'anat. et de phys.*, 1827, t. IV, p. 102.

Paget (1) opère en 1861 d'une fistule ombilicale due à la persistance de l'ouraque une petite fille de quatre mois, bien développée, et sans anomalie ou obstacle dans les organes génito-urinaires. Cette fistule ne siégeait pas au centre d'une tumeur mais était cachée entre les plis radiés de l'ombilic.

C'est à l'occasion d'un abcès de la prostate ouvert dans le rectum que Nélaton (2) observa l'apparition à l'ombilic d'un petit bouton qui s'abcéda et laissa s'écouler une grande quantité d'urine. Par la perforation ombilicale Nélaton introduisit un stylet qui pénétra dans la vessie.

Les organes étaient normaux chez le malade de Bryant (3) et de E. Smith (4), mais il y avait une tumeur à l'ombilic percée d'un orifice menant dans un ouraque perméable.

D'après Hoffmann (5), un sujet mort à vingt-cinq ans de cancer de l'ouraque avait présenté dès la naissance une fistule ombilicale urinaire.

Tous les auteurs qui précèdent admettaient la persistance de l'ouraque; elle est niée par deux auteurs de la période contemporaine.

Guéniot et Gruget s'élèvent contre cette théorie de la persistance de l'ouraque, précoce ou tardive, et contestent l'exactitude des observations qui en parlent. Ils accusent notamment celles-ci de ne pas renfermer la constatation nécropsique et de se contenter d'une pathogénie purement hypothétique; ils font alors des recherches sur 82 cadavres et ils arrivent à trouver deux cas seulement d'ouraque perméable, l'un chez un fœtus de deux mois et demi, l'autre chez un fœtus de cinq mois.

A ces deux cas, il convient d'en ajouter un troisième, dû à Guéniot, se rapportant à un enfant de dix mois et demi et chez lequel on trouva en outre une cryptorchidie double. Cette coïncidence de deux anomalies frappant deux segments différents de l'appareil génito-urinaire à une même période de son évolution, est particulièrement intéressante, car on sait que, lorsqu'elle se produit, l'oblitération de l'ouraque s'effectue à la même époque que la migration des testicules.

Ces trois faits n'empêchent pas Guéniot et Gruget de conclure que la persistance de l'ouraque chez l'enfant et encore plus chez le vieillard doit être regardée comme excessivement rare, sinon inadmissible. A cela ne pourrait-on pas répondre que ces anomalies, si rares qu'elles paraissent dans une série peu fructueuse de recherches, n'en existent pas moins, au même titre que les cryptorchidies, les imperforations de l'urètre, l'exstrophie de la vessie, auxquelles on pourrait appliquer le même raisonnement? Du reste, Gruget demande à ce que la question soit définitivement jugée par un plus grand nombre d'observations; c'est ce que nous allons essayer de faire.

En 1873, Alric (6) publie deux cas se rapportant à des enfants de deux ou trois mois, chez lesquels il y avait une tumeur fongueuse à l'ombilic, sans obstacle au cours des urines.

(1) Paget. In *Med. Chir. Transact.*, 1861, et *Arch. gén. de méd.*, 1862.

(2) Nélaton. *Clinique chirurgicale*, 1er juin 1855, et Ch. Norien. *Des rétentions d'urine*, 1863, p. 324.

(3) Bryant. *Med. Times and Gaz.*, 1862.

(4) Smith. *Id.*, 1863.

(5) Hoffmann. *Arch. f. Heilk.*, 1870.

(6) Alric. *Bull. gén. de thérap.*, 1879.

Dans le cas de Charles (1), au contraire, il y avait une malformation coexistante, un phimosis, dont la guérison suffit pour tarir complètement la fistule urinaire ombilicale.

C'est à la suite d'une cystite [Werster (2)], d'une rétention d'urine [Jacoby (3)], de troubles douloureux de la miction dans l'enfance [Cadell (4)], qu'on observa chez les malades de ces divers auteurs la production d'une fistule urinaire ombilicale où la perméabilité de l'ouraque fut reconnue à l'autopsie; dans le cas de Cadell notamment, il admettait la pulpe du petit doigt.

Le catarrhe de la vessie à répétition amena chez le malade de Levié [de Rotterdam (5)] la production d'une fistule urinaire ombilicale, que l'autopsie démontra n'être autre chose que l'ouraque tubulé, large de 1 millimètre et demi et sans rétrécissement.

Ainsi tombe de lui-même le reproche que faisait Gruget à toutes les observations de manquer du contrôle nécropsique, puisque voici successivement deux constatations irréfutables de la perméabilité ouracale. Ce n'est pas tout, l'observation de Bramann (6) nous apporte une nouvelle preuve.

Une jeune fille de douze ans, ne présentant aucune anomalie à l'ombilic, vit, à la suite d'une crise douloureuse de cystite, l'urine s'écouler à ce niveau. Tous les traitements étant infructueux, Bramann incisa la paroi antérieure de l'abdomen comme pour la laparotomie, ouvrit l'ouraque qui fut gratté et suturé à la partie supérieure, laissant l'inférieure béante. La persistance de la perméabilité de l'ouraque est encore une fois de plus confirmée par Lugeol (7), qui explora l'ouraque chez un enfant, après la chute du cordon.

Une nouvelle observation concluante de persistance, due à Terrillon, est rapportée par Naury dans sa thèse, complétée peu après par celle de J. Castel (8).

En ces dernières années, la question est de nouveau reprise à propos d'une observation de Delagénière (9), où l'on voyait l'orifice de l'ouraque à la partie inférieure d'une tumeur ombilicale congénitale; aussi la curiosité s'éveillant, voyons-nous en peu de temps se succéder études et observations. C'est ainsi que Forgue et Morer (10) font précéder une étude sur la question de l'observation d'une fistule urinaire ombilicale congénitale, que le cathétérisme avec une bougie à boule démontra être due à l'ouraque, et que Trogneux (11) cite le cas d'une fistule ombilicale, survenue neuf ans après la naissance, à l'occasion d'une cystite tuberculeuse. Dans ce dernier cas, la fistule s'ouvrait par un véritable entonnoir dans un ouraque perméable, et, d'autre part, l'urine s'écoulait quelque peu par l'urètre lorsqu'on fermait momentanément l'ombilic; inversement, en faisant cette occlusion et en envoyant du liquide dans la vessie, on sentait une impulsion au niveau de l'ombilic. C'est donc encore un nouveau cas indéniable de persistance de l'ouraque redevenu perméable, à l'occasion d'une maladie des voies urinaires.

(1) Charles. The treatment of patent urachus, *Brit. med. Journ.*, oct. 1875.
(2) Werster. *New-York med. Journ.*, 1877.
(3) Jacoby. *Berl. klin. Wochens.*, 1877,
(4) Cadell. *Edinb. med. Journ.*, 1878.
(5) Levié. *Bull. gén. de thérap.*, 1879.
(6) Bramann. *Arch. f. Klin. chir. von Langenbeck*, 1887.
(7) Lugeol. *Journ. des sc. méd. de Bordeaux*, 1880.
(8) Naury. Loc. cit., et J. Castel. Th. de Paris, 1884.
(9) Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, sept. 1892.
(10) Forgue et Morer. *Montpellier méd.*, 1895, p. 885.
(11) Trogneux. *Fistules ombilico-vésicales*, Th. de Paris, 1897.

Le malade de Jaboulay (1) était un prostatique qui, dans un effort de miction, peut-être un peu considérable, « vit brusquement sourdre, au niveau de l'ombilic, des gouttes d'urine épaisse, d'odeur fermentée, ayant tous les caractères d'un long séjour dans la vessie. La quantité d'urine émise ainsi fut de 150 à 200 grammes. » Le malade se souvenait d'avoir entendu dire par sa mère, qu'il avait été traité dans le jeune âge pour un écoulement d'urine par l'ombilic, et que cet écoulement aurait disparu par l'application d'un bandage. « Il s'agit donc bien d'une fistule ombilico-vésicale du premier âge, rapidement obturée, ouverte de nouveau soixante ans plus tard, sous l'influence d'une pression intra-vésicale, consécutive à une hypertrophie prostatique. » L'opération démontra que c'était bien l'ouraque qui était en cause, et que l'on put disséquer, invaginer et lier.

C'est donc un fait à mettre à côté de celui de Bramann, où l'opération justifia la théorie pathogénique.

La dernière observation parue est celle de Kirmisson (2), qui ne fit pas d'opération, mais qui nota la présence à l'ombilic d'une tumeur « analogue de forme à un gland ulcéré, entouré de son prépuce », chez un enfant qui urinait à la fois par la verge et par l'ombilic. Cette fistule était congénitale et ne s'accompagnait d'aucune malformation des organes génito-urinaires. Signalons enfin la thèse de J. Monod (Paris, 1900), que nous n'avons pu nous procurer.

Tel est l'exposé des diverses observations connues jusqu'à ce jour de fistules urinairés ombilicales; mais, pour mieux saisir dans leur ensemble leurs particularités, il est de toute nécessité de les classer par groupes.

Nous devons d'abord distinguer les fistules congénitales et les fistules tardives. Celles-ci, en nombre très restreint, se rapportent aux cas de Laurentius, Fernet, Peyer, Levêque, Larrey, Werster, Jacoby, Cadell, Raussin, Nélaton, Levié, Bramann, tandis que les fistules congénitales sont représentées par toutes les 37 autres observations. A ce total de 41 cas, il faut ajouter ceux que Levié énumère dans sa lettre à Guéniot, savoir : 1 cas de Holscher (1841), 2 cas de Zohrer (1842), 1 cas de Starr (1844), 1 cas de Meyer (1844), 3 cas de Stadfeld (1871) que nous n'avons pu résumer, faute de documents originaux, mais que nous citons d'après l'article de Forgue et Morer; enfin, les observations de Chomel et de Hastings, dont nous parlerons plus loin, porteront le total au chiffre de 58.

Pour mettre un peu d'ordre dans les faits chronologiquement énumérés plus haut, distinguons ceux où :

1° Il n'y a pas d'obstacle au cours de l'urine et il n'y a pas de tumeur à l'ombilic. C'est le cas du jeune garçon de J.-L. Petit, de Méry, où l'autopsie montra une fistule chez deux jumeaux. Les cas de Marx, de Paget, de Hoffmann, de Forgue et Morer, de Trogneux rentrent également dans la même catégorie.

2° Il n'y a pas d'obstacle au cours de l'urine, mais il y a tumeur à l'ombilic. Cette tumeur a paru à Velpeau être constituée par la muqueuse éversée de l'ouraque. Gruget, qui ne tenait pour réelle la persistance de l'ouraque qu'autant qu'elle était prouvée par l'autopsie, aurait été convaincu par le cas de Lugeol, où celui-ci put cathétériser l'ouraque sur une étendue de 2 à 3 centimètres. En outre de ces cas,

(1) Jaboulay. Voy. Delore et Molin. *Arch. prov. de chir.*, 1898.
(2) Kirmisson. *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898.

cette catégorie comprendra ceux de Bryant, Smith, Alric, Guéniot, Delagénière, Jaboulay et Kirmisson.

3° Il y a obstacle au cours de l'urine.

Le scrupule de Gruget, dont nous venons de parler, disparaît à la lecture des observations de Littre et de Charles où l'on eut la preuve nécropsique dans le premier cas, et la preuve opératoire dans le second. Rejetant ensuite le fait d'Hygmore, qui n'est qu'un cas d'exstrophie vésicale mal interprété, nous classerons ici les observations de Cabrol, de J.-L. Petit, de Méry, où l'urètre était imperforé; ceux de Rore et de Asfeldt, cités par Bramann, dans lesquels l'urètre était absent ou oblitéré.

Enfin, dans un groupement séparé, sans épithète, nous classerons deux observations fort curieuses, l'une de Chomel (1), l'autre de Hastings (2); dans cette dernière l'écoulement par l'ombilic succédant à l'ischurie hystérique.

L'observation de Chomel, nous l'avouons, n'emporte pas la conviction, car il s'agissait, chez une femme très nerveuse, d'écoulement intermittent, de sérosité sanguinolente, tantôt par le sein droit, tantôt par l'ombilic, qui se rouvrait, et alors la sérosité avait une forte odeur d'urine, et cela deux fois par jour. Le fait de la persistance de l'ouraque est douteux, et la symptomatologie n'est guère celle d'une fistule ombilico-vésicale.

Étiologie. — Les titres des groupements que nous venons d'énumérer constituent les éléments étiologiques principaux : arrêts de développement, obstacle au cours des urines par une cause quelconque, toute l'étiologie est là. Cette opinion de l'obstacle au cours des urines avait déjà été émise dans le *Dictionnaire des sciences médicales* de 1816; mais l'erreur de l'auteur fut de croire que cette affection frappait uniquement le sexe féminin; la statistique montre, en effet, que les deux sexes sont à peu près également atteints.

L'étiologie la plus rationnelle est le vice de développement, ce que montrent les observations qui relatent chez le même sujet d'autres malformations de l'appareil génito-urinaire; il y a donc eu à une certaine période de la vie fœtale, une perturbation qui s'est traduite par des malformations multiples.

Pathogénie. — Il est surabondamment prouvé par les recherches cadavériques et par les opérations que l'ouraque reste perméable après la naissance, et que son canal ne donnera passage à un écoulement d'urine que dans le cas où cet écoulement par les voies naturelles viendrait à s'obstruer.

La perméabilité complète de l'ouraque n'est pas cependant la condition nécessaire et suffisante de la production d'une fistule urinaire ombilicale. On a prétendu, en effet, que ce canal pouvait, tout comme le conduit péritonéo-vaginal, présenter des cloisons plus ou moins complètes, le segmentant en tronçons variables. Pour rompre ces barrières, il faut une augmentation de pression dans la vessie; peut-être même l'intervention des micro-organismes des voies urinaires, en désorganisant l'obstacle, serait-elle aussi d'une réelle efficacité. Cette dernière intervention n'est pas improbable, car la vessie est presque toujours infectée quand il y a rétention.

Dans quelques cas, comme l'ont montré Delore et Molin,

(1) Chomel. *Acad. des sc.*, 1787, p. 49.

(2) Hastings. *London med. Journ.*, 1829.

« le canal ouracal est la vraie cause de l'infection urineuse, bien avant que l'urine s'écoule par son intérieur. Les germes cheminent dans son calibre, arrivent à la vessie, y produisent une cystite; les conditions propres à l'écoulement de l'urine par l'ouraque sont réalisées et la fistule s'établit, la cystite provoquant des contractions vésicales incessantes et l'augmentation de la pression vésicale (Genouville) ou bien de la rétention (1). » Dans ce cas, la persistance de l'ouraque perméable a été la cause de l'infection, et la fistule la conséquence; les germes pénétrant dans l'ouraque qui n'est pas balayé par un flot liquide comme l'urètre, celui-là joue, dans la production de l'infection, le même rôle que le canal thyréoglosse dans l'étiologie de certains goitres microbiens, comme l'ont montré Jaboulay et Rivière.

Dans d'autres cas, l'infection, au lieu de précéder la formation de la fistule, y est consécutive, et cela grâce à un rétrécissement ou à une hypertrophie de la prostate. Il ne s'agit plus, comme dans le cas précédent, d'un canal livrant passage à une infection descendante gagnant la vessie, mais d'un canal où l'infection trouve réunies les conditions favorables : l'urine y passe goutte à goutte et progresse à l'inverse des lois de la pesanteur, sans contractions vésicales évacuatrices. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que Delbet a démontré pour la mamelle qui s'infecte pendant la lactation, parce que le lait n'offre pas de pression positive dans les canaux galactophores.

La persistance de l'ouraque peut donc être cause de l'infection et de la fistule, ou bien de la fistule et de l'infection consécutive.

Ces deux processus sont surtout favorisés par les obstacles au cours de l'urine qui, chez l'homme, sont beaucoup plus fréquents que chez la femme. L'infection n'y est cependant pas fatale à brève échéance, témoin le fait de Lévêque chez un homme qui n'en présentait pas de symptômes à cinquante ans, celui de Levié chez un homme de soixante-dix-neuf ans, et celui de Jaboulay à soixante-trois ans.

Symptomatologie. — Bien que restreinte, celle-ci doit varier selon le mode d'apparition de la fistule, et nous devons revenir à la classification que nous avons introduite un peu plus haut.

A. La fistule remonte aux premiers jours de la naissance et est liée à la perméabilité totale de l'ouraque. Il en existe deux variétés, l'une dans laquelle les voies d'excrétion sont libres, l'autre dans laquelle il y a obstacle à la miction par vice de conformation de l'urètre.

Dans cette catégorie, prenons le cas d'une fistule avec tumeur ombilicale. C'est dès les premiers jours de la naissance, après la chute du cordon, que les parents s'aperçoivent de la miction par l'ombilic ainsi que du développement d'une tumeur à ce niveau. Quelquefois la tumeur se manifeste avant la chute du cordon, comme dans le cas de Marx, où l'urine s'écoula immédiatement après la chute du cordon.

Quant à la forme de cette tumeur, elle est variable au dire des auteurs, qui l'ont tour à tour comparée à une crête de coq d'Inde (Cabrol), à un champignon (Polaillon), à une noix (Velpeau), et enfin à une cerise (J.-L. Petit, Guéniot). De toutes ces comparaisons, la dernière est la plus heureuse, car elle permet de se rendre compte, en outre de la forme, du volume exact et de la couleur de la tumeur. Celle-ci semble

(1) Delore et Molin. Loc. cit., p. 697.

venir du fond de la dépression ombilicale et présente des caractères apparents de réductibilité (Velpeau, Guéniot), dans l'intervalle des cris de l'enfant; elle occupe tout ou partie de l'ombilic et, dans ce dernier cas, elle est implantée soit au centre, soit sur les parties latérales (Terrillon et Naury).

La tumeur est sessile ou pédiculée. Dans le cas de Guéniot, elle possédait un pédicule cylindrique long de 6 à 8 millimètres et large de 16 millimètres.

Au centre de cette tumeur existe l'orifice extérieur de la fistule, sous forme d'une dépression, dont la recherche peut être quelquefois délicate, car l'orifice est plus ou moins caché sous des replis cutanés. Cet orifice sera le nouveau méat urinaire par lequel le liquide s'écoulera en jet, en arcade lorsque le calibre de la fistule est étroit.

Le calibre de la fistule est de 1 à 2 millimètres, et on peut la cathétériser, ainsi que le fit Terrillon, avec une bougie nº 7.

Enfin, nulle part nous n'avons trouvé des recherches sur les modifications de la capacité vésicale.

Lorsque la fistule ne s'accompagne pas de tumeur, l'orifice fistuleux siège vers la partie centrale de la cicatrice ombilicale, au milieu des plis radiés qu'il faut écarter [Paget (1), Forgue]; quelquefois cet orifice est entouré d'un bourrelet (J.-L. Petit, Méry).

B. *Fistules tardives.* — Dans ce cas l'urine fait brusquement issue au niveau du nombril. Lorsqu'il n'y a pas eu abcès on peut penser que l'ouraque perméable n'était séparé de la peau que par une mince barrière qu'un simple effort a rompu; ou bien un abcès a précédé la fistule, comme dans le cas de Nélaton.

Ces diverses modalités cliniques dans les fistules ombilico-vésicales donnent naissance à des signes fonctionnels et physiques dont nous dirons quelques mots.

On observe d'abord de la pollakiurie et le besoin impérieux d'uriner. Cette pollakiurie peut gêner les malades, au point de leur interdire toute occupation : témoin le cas de cette petite fille, qui ne put, à cause de cette infirmité, continuer à aller en classe. Mais si les mictions sont fréquentes, la quantité d'urine est minime et souvent le jet est très affaibli.

L'écoulement de liquide par l'ombilic a lieu au moment des mictions normales, l'écoulement se faisaut en jet ou en bavant selon la position du malade. L'influence de la position est si vraie que tel qui assis urine à plein jet, urinera par incontinence dans la position couchée.

Les signes physiques sont fournis par l'examen direct du malade : on recherchera s'il y a ou non tumeur à l'ombilic et on fera le cathétérisme de la fistule dont l'orifice est au centre de cette tumeur ou s'il n'y a pas tumeur au centre des plis radiés. Dans cette exploration, on devra se souvenir que l'orifice ombilical est plus étroit que l'orifice vésical et que, par suite, une sonde arrivera sans peine dans la vessie.

Lorsqu'on aura affaire à un ouraque redevenu perméable tardivement, l'anamnèse, les signes extérieurs de la tumeur aideront au diagnostic.

Celui-ci, en outre des signes physiques constatés à l'ombilic, doit se compléter par la sensation d'un cordon douloureux à la région hypogastrique antérieure, par la sensibilité de cette région à tout effort ou fatigue; enfin si la poche s'ouvre avec écoulement de liquide, l'hésitation n'est plus permise. Il faut ensuite déterminer la réaction de ce liquide, sa couleur, son odeur qui peut être très forte, comme dans le cas de Cabrol.

En terminant, disons un mot des signes généraux. Ils sont si peu prononcés qu'un vieillard de quatre-vingt-deux ans supportait sans se plaindre cette infirmité, et que deux soldats n'avaient pas demandé la réforme. Mais il s'en faut que tous les cas, au bout d'un certain temps, soient si bénins, les malades finissant souvent dans le marasme et la cachexie.

Diagnostic. — Nous serons bref sur ce chapitre car il nous semble malaisé de confondre avec toute autre affection la fistule urinaire ombilicale des premiers jours de la naissance; en effet, la tumeur rouge et livide est facile à distinguer du cordon, et nous ne dirons qu'un mot, pour n'y plus revenir, des exstrophies de la vessie. Velpeau, au dire de Gruget, avait pris pour une fistule urinaire ombilicale une exstrophie de la vessie. Le reproche nous étonne car en 1825 l'exstrophie était déjà connue et décrite, et Velpeau ne pouvait s'abuser sur son compte. Du reste, examinant de très près son observation, on y découvre que la vessie était spacieuse et bien conformée, et que le suintement n'avait pas le caractère de celui qui résulte d'une exstrophie vésicales; d'autre part, l'état de la paroi antérieure où fait hernie la vessie parfois, l'absence de tout ombilic, les malformations de la verge ou des testicules, accompagnant l'exstrophie, devraient dans un cas semblable éviter tout mécompte.

Le diagnostic sera pressenti, pour ainsi dire, par l'odeur urineuse que dégagent les malades, c'est là un symptôme qui frappe tout d'abord. Dès lors, si le malade n'est pas atteint d'une des csuses les plus fréquentes d'infiltration d'urine (rétrécissement ou imperforation de l'urètre), nous devrons penser à explorer avec soin l'ombilic. Il va sans dire qu'on est parfois amené de suite dans cette recherche par l'existence de taches sur la chemise ou par un écoulement constant baignant le pourtour du nombril.

Nous avons signalé plus haut la coexistence de fistules ombilico-vésicales et de tumeurs de la région ombilicale; il faudra alors se demander si l'on a affaire à une poche pleine d'urine on à une tumeur vraie de l'ombilic, ce que démontreront la fluctuation et la réductibilité qui sont en faveur de la première hypothèse.

Le papillome de cette région pourrait prêter à confusion s'il n'y avait son caractère hémorragipare; mais la difficulté s'accroît pour éliminer les tumeurs qui se montrent quelquefois dans les premiers jours qui suivent la chute du cordon, car la douleur, la forme, le volume sont les mêmes et il y a même une abondante sécrétion visqueuse, donnant de l'eczéma tout autour du nombril, tout comme dans la fistule ombilicale urinaire. C'est alors qu'il faudra bien déplisser la tumeur, chercher l'orifice qui peut être très petit et échapper à un examen rapide. Dans la majorité des cas, ce n'est qu'après le traitement de cette petite tumeur à laquelle succédera un trajet fistuleux bien apparent, que l'on sera en possession d'une certitude absolue (Trogneux). Chez des sujets plus âgés, ces tumeurs devront être distinguées des tumeurs malignes de la région, ce qui est facile par l'aspect du néoplasme, l'état des lymphatiques, la propagation à l'intestin.

Mais ce qui pourrait prêter davantage à confusion ce sont les phlegmons de la paroi ombilicale; nous ne voulons pas

(1) Paget. *Med. and Surg. Trans.*, 1861, t. XLIV.

parler du phlegmon sous-ombilical de Heurtaux, situé plus bas que la tumeur en question, mais du vrai phlegmon ombilical où la zone péri-ombilicale est le siège d'une tuméfaction rouge et fluctuante, au fond de laquelle se déprime fortement la cicatrice ombilicale.

Le phlegmon prévésical peut prêter à confusion avec les cas de fistules ombilicales tardives, car ces deux affections ont le caractère commun de se manifester à la suite de conditions pathogéniques semblables (cystite, prostate sénile, rétrécissement de l'urètre) et il faudra bien interpréter ces lésions pour différencier les deux processus; au surplus, le siège de la tuméfaction orientera suffisamment le diagnostic.

Enfin une fois établie l'existence d'une fistule, il faudra distinguer entre les fistules ombilicales d'origine différente, successivement éliminer le diagnostic de péritonites aiguës ou chroniques, de fistules traumatiques, de fistules d'origine biliaire : le cathétérisme de la fistule sera ici le meilleur critérium.

Marche, pronostic. — A l'inverse des fistules ombilicales accidentelles, les fistules dues à la persistance de l'ouraque, en raison de la différence de structure et d'origine, n'ont presque aucune tendance à la guérison spontanée. On ne cite guère que les deux cas de Zœhur qui observa, chez deux nouveau-nés atteints de brides urétrales, la guérison spontanée, une fois ces brides sectionnées, et l'observation de Marx où, quinze jours après la naissance, la tumeur, changeant d'aspect, commença à se cicatriser et avait disparu au bout de six semaines. Ces guérisons spontanées sont l'exception; on accepte plutôt comme telles de fausses guérisons, des moments de répit, suivis de récidive rapide. C'est pourquoi il ne faut guère laisser d'illusions au malade et l'on doit lui faire comprendre la nécessité d'un traitement.

On dit volontiers qu'au demeurant cette affection ne porte « aucune atteinte à la santé générale et ne compromet en rien l'existence » (1).

C'est montrer trop d'optimisme, car à la vérité, les malades sont exposés à des accidents infectieux du fait de cette infirmité. En effet, la présence de ce canal au sommet de la vessie constitue un obstacle au fonctionnement normal de ce viscère, inapte à se vider complètement, et nous avons déjà parlé d'infection possible, de cystite dont l'observation de Trogneux nous fournit un bel exemple. Une semblable cystite, totale, avec altération profonde des parois de la vessie, ne peut-elle, à son tour, être le point de départ d'infections ascendantes de l'appareil urinaire? Si enfin il y a également d'autres malformations de l'appareil urinaire, faisant obstacle au cours normal de l'urine, le pronostic sera singulièrement différent de l'optimisme dont nous parlions tout à l'heure.

Ce sont là, il est vrai, des cas d'extrême gravité, et il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi (2); mais la possibilité d'accidents septiques — surtout dans les fistules tardives survenant par obstacle au cours de l'urine — encore plus que les inconvénients sociaux d'une telle infirmité devront engager le chirurgien à proposer une cure radicale.

Traitement. — Celui-ci peut être simplement *palliatif*, et on l'appliquera aux fistules avec ou sans hernie ombilicale. Il consiste dans l'application d'un urinal en caoutchouc bien adhérent au pourtour de la fistule; mais quoi qu'on fasse, ce traitement a contre lui les accidents inévitables de filtration de l'urine sous l'appareil avec les suites ordinaires, l'érythème, les excoriations, l'érysipèle, la lymphangite. On essaiera en vain de recueillir les urines à l'aide d'une sonde à demeure dans l'ouraque, l'écoulement entre les parois du canal et la sonde continuera, et d'autre part, celle-ci peut déterminer de la cystite avec toutes ses conséquences. Par suite, plus de traitement palliatif qui ne fait qu'aggraver la situation, il faut opérer.

Ce traitement *curatif* différera suivant que le chirurgien se trouvera en présence d'une fistule congénitale ou d'une fistule acquise.

a. *Fistule congénitale.* — Faut-il se hâter d'opérer comme dans l'imperforation du rectum? Assurément non, car ici la vie n'est pas compromise et il vaut mieux attendre quelques mois pour que l'enfant soit dans de meilleures conditions de tolérance opératoire. C'est ainsi que Paget opéra à quatre mois, Guéniot à dix mois et demi, ce qui fixe l'âge d'élection entre six mois et un an.

b. *Fistule acquise.* — Il ne faudra pas opérer si l'appareil urinaire n'est pas sain dans toute son étendue, ce que démontreront l'examen des urines (hémorragie ancienne, albuminurie), le cathétérisme de l'urètre, l'exploration de l'uretère et du rein; telles sont les manœuvres qui doivent précéder toute opération de la fistule acquise. Enfin il faudra examiner si la persistance de l'ouraque ne s'accompagne pas d'autres malformations, exstrophie vésicale, imperforation de l'urètre, phimosis, hernie ombilicale, qui seront traitées au préalable.

Cela fait, on s'occupera de la fistule.

Les cautérisations, employées par Nélaton et Terrillon, doivent être mentionnées en passant.

Plus chirurgicale est la ligature qui fut faite par Cabrol, d'une façon analogue à celle qui fut appliquée au traitement du pédicule des kystes de l'ovaire, et le succès couronna son initiative. Guéniot fut plus timide, car il fit la ligature, mais en plusieurs séances et en la combinant avec les cautérisations du pédicule. Paget pratiqua l'avivement et la suture dans un cas de fistule sans tumeur saillante à l'ombilic. La guérison s'obtint, mais au prix d'une hernie ombilicale, tout comme dans le procédé précédent. En citant l'incision et le drainage de l'ouraque dilaté, nous notons l'observation de Reginal Pratt et de Bond, où l'on fit l'incision de l'ouraque et l'on draina la poche avec un tube de verre. Le malade se rétablit, mais conserva une fistule intarissable.

Le procédé le plus récent est celui de Delagénière, consistant dans la résection de l'ouraque et sa suture (1). Il comprend cinq temps : « incision et exploration, ouverture du péritoine et excision des parties malades, traitement de l'ouraque (isolement, résection et fermeture de l'orifice par des points en surjet); traitement du péritoine et suture de l'anneau ombilical par des fils entrecroisés. »

Témoin [de Bourges (2)] est partisan de la résection ouracale de Delagénière; aussi doit-on citer les conclusions de ce dernier :

« 1° Y a-t-il communication avec le réservoir vésical? La résection partielle de l'ouraque et l'excision des tissus pathologiques seront suffisantes.

(1) Naury. Loc. cit.

(2) Témoin le cas, cité dans le *Journal* de Corvisart, d'un homme de quatre-vingts ans qui, depuis vingt-cinq ans, urinait par l'ombilic sans en être incommodé.

(1) Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, 1892, p. 229.

(2) Témoin. *Id.*, 1898.

2° La communication est-elle interrompue? On devra, suivant les cas, considérer l'ouraque comme un kyste fermé et son extirpation complète s'impose, voire même sa fermeture au niveau de la vessie (1). »

III

Kystes de l'ouraque. — Ces dérivés de l'ouraque sont plus rares que les précédents et l'étude qui en a été faite contient un certain nombre d'erreurs que nous essaierons de redresser. On a très peu publié sur les kystes de l'ouraque et toute la bibliographie tient dans les articles de Robinson (2), de Freer (3), de Teichelmann (4), et quelques lignes de Lawson Tait (5), dans son *Traité des maladies des ovaires*. Le chirurgien de Birmingham a été le premier à signaler et à traiter ces tumeurs de l'ouraque, et là comme ailleurs en chirurgie abdominale il a marqué l'empreinte de son originale individualité. Nos traités classiques sont muets sur ce chapitre, exception faite pour le récent ouvrage de Kirmisson (6), et le neuvième volume du Traité de Le Dentu et Delbet qui consacrent l'un une page, l'autre quelques lignes à la question. De cette pauvreté de travaux, il ne faudrait pas conclure que la question manquât d'intérêt ou fût résolue; loin de là et son importance est tout aussi grande que celle des fistules que nous venons d'étudier. Celles-ci sont quelquefois difficiles à diagnostiquer, il est vrai, mais cette difficulté est bien plus considérable quand il s'agit d'un kyste de l'ouraque : on verra au cours de ce travail qu'il y a lieu de reviser quelques observations données à tort comme kystes de l'ouraque et qu'il ne sera pas inutile de revenir ainsi sur des erreurs consacrées par le temps pour en dégager les véritables signes essentiels des tumeurs de l'ouraque.

Pathogénie. — Nous avons dit dans les notions embryologiques du début que l'ouraque pouvait être complètement ou incomplètement perméable, et que dans ce cas, il était cloisonné en une ou plusieurs cavités pouvant donner, par un développement ultérieur, naissance à des kystes plus ou moins volumineux. L'existence de ces dilatations kystiques est hors de doute, et c'est une nouvelle preuve de la persistance d'un ouraque perméable, contrôlée par l'incision et l'examen sur place de la cavité (7). Ce fait bien établi, disons ensuite que c'est la portion la plus rapprochée de la vessie qui est le plus souvent le siège de ces kystes; enfin ceux-ci apparaissant tantôt à la naissance, tantôt dans le cours de la vie, nous les diviserons en congénitaux et acquis, en faisant toutefois remarquer qu'il y a une malformation congénitale dans les deux cas. La malformation congénitale, le cloisonnement ouracal, sera, dans les cas d'obstacle au cours des urines par une cause morbide quelconque, le point de départ d'une dilatation variable; et la pathogénie des kystes acquis sera ainsi identique à celle des fistules ombilico-vésicales tardives.

Étiologie. — Si nous cherchons à établir un chapitre d'étiologie d'après ces auteurs, nous ne rencontrons que des obscurités ou des erreurs. Ne pouvant saisir la cause première de cette malformation, Robinson et Freer ont cherché à l'expliquer par la constatation de lésions semblables dans le règne animal. Robinson n'en a pas trouvé trace sur 40 moutons, ainsi que sur la truie qui cependant présente, comme on le sait, des kystes de l'ovaire et du canal de Gartner; c'est à peine s'il a pu, sur 150 truies, observer des dilatations kystiques grosses à peine comme une fève.

En revanche, Bland Sutton a vu un kyste de l'ouraque chez une taupe; chez le fœtus de porc, dont la vessie est allongée, on voit, d'après Meckel et Hoffmann, des kystes de l'ouraque qui ne persistent pas sans doute chez l'animal adulte. Enfin, Gurlt et Freer ont observé des kystes de l'ouraque chez le cheval, qui serait d'après eux très sujet à cette malformation. Nous ne devons voir dans ces divers faits que la nouvelle preuve de la perméabilité incomplète de l'ouraque, aussi fréquente que chez l'homme. Mais pour quelle cause? C'est ici que Robinson et Freer invoquent la coexistence fréquente, presque obligatoire, de la tuberculose, de la scrofule chez les animaux. On a observé la même coïncidence chez les malades porteurs de ces kystes (L. Tait) et on a voulu élever cette coïncidence à la hauteur d'un élément étiologique; nous ne comprenons pas comment peut intervenir la tuberculose ou la scrofule dans des faits de ce genre. Ne serait-il pas permis de croire que quelques-uns de ces cas étaient de simples collections enkystées, résultant de tuberculose péritonéale? Cette hypothèse est fort admissible si l'on songe que, dans quelques cas, l'évolution a été celle d'une péritonite enkystée, que l'incision ou la ponction ont donné issue à un pus grumeleux, caséeux, tout comme le liquide d'une collection tuberculeuse. En outre, l'examen histologique de la tumeur n'ayant été fait qu'une seule fois, par Teichelmann, et ses caractères étant ceux d'un tuberculome, quoique l'élément spécifique n'y soit pas recherché, il semble que l'on doive accepter cette idée et reviser la série des cas rapportés pour rendre à la tuberculose péritonéale et au kyste de l'ouraque ce qui appartient à chacun d'eux. Nous essaierons, au cours de cette étude, de faire cette délimitation.

L'anatomie pathologique est dès lors à refaire, car tout ce qui a été décrit jusqu'ici se rapporte plutôt à une collection tuberculeuse enkystée qu'à un kyste de l'ouraque. Lawson Tait a décrit en effet deux sortes de kystes de l'ouraque : 1° ceux où la paroi du kyste ne plonge pas dans le bassin et où celle-ci est facilement isolable du péritoine, et 2° ceux où la paroi plonge dans le bassin, auquel cas elle est friable et « comme gélatineuse ». Dans ce dernier cas, dit L. Tait, le péritoine a disparu et la paroi du kyste en tient lieu. N'est-ce pas là un ensemble de caractères de péritonites enkystées à siège variable, plutôt que de véritables kystes de l'ouraque qui doivent toujours être pré-péritonéaux et dont la paroi doit rappeler la constitution anatomique de l'ouraque fœtal, si bien connue des embryologistes? N'était-ce pas une collection péritonéale enkystée, ce cas de Martin où le « kyste de l'ouraque » remplissait tout le bassin, s'enroulait autour de la trompe et que l'examen macroscopique montra formé d'une paroi friable et déchirée? Nous pour-

(1) Delagénière. Loc. cit., p. 232.

(2) Robinson. Cyst. of the urachus, *Ann. of Surg.*, 1891, vol. II, p. 337.

(3) Freer. *Ann. of Surg.*, 1887, p. 107; et Atlee. *Contrib. to gyn. surg.*, *case XII*, p. 16.

(4) Teichelmann. *The Lancet*, 1888, t. II, p. 675.

(5) Lawson Tait. *Traité des maladies des ovaires*, 1886, p. 243.

(6) Kirmisson. Loc. cit., p. 225, et Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*.

(7) Morestin a présenté à la Société anatomique (25 déc. 1900) un amas de petits kystes de l'ouraque rencontrés au cours d'une laparotomie; ils étaient gros comme des pois, fermes, juxtaposés, mais indépendants, à contour clair et transparent. Nous-même, sur 21 cas de persistance de l'ouraque, avons trouvé 3 fois de ces petits kystes, à peine gros comme un grain de maïs, ayant les mêmes caractères que ceux de Morestin.

rions multiplier les exemples en citant au fur et à mesure les faits de Lawson Tait, de Robinson, de Atlee, etc.; il suffit de montrer qu'il y a erreur de diagnostic le plus souvent parce qu'on s'en est laissé imposer par le siège — surtout depuis que Lawson Tait a commencé à signaler l'existence de ces kystes — pour être plus circonspect à l'avenir dans l'épithète à donner à ces collections enkystées.

Ayant eu la bonne fortune d'opérer par hasard un kyste de l'ouraque authentique au cours d'une cystostomie pour rétention, nous avons pu refaire l'anatomie pathologique si défigurée de ces tumeurs.

La paroi mesurait 2 à 3 millimètres environ, était souple, mais solide, isolable en arrière du péritoine ainsi que des tissus sous-cutanés. En se rapprochant de la veine, sur le sommet de laquelle elle prenait insertion, elle augmentait progressivement d'épaisseur jusqu'à atteindre un maximum de 5 millimètres. A l'œil nu, on distinguait trois couches: l'une externe cellulo-fibreuse, l'autre moyenne musculaire, l'interne mince et lisse. Le microscope y a retrouvé les couches de l'ouraque fœtal, mais avec un épaississement considérable des parois fibreuses. Nous nous proposons, M. le professeur agrégé Bauby et moi, de revenir sur ce cas intéressant dans un article spécial. C'était bien là un cas de kyste de l'ouraque, et M. le professeur Tourneux a également approuvé nos conclusions. C'est avec ce document que nous chercherons à jeter quelque clarté dans la confusion des observations rapportées.

Suivant que le kyste sera ou non en relation avec la vessie, le contenu sera franchement séreux ou urineux, la purulence par infection secondaire viendra s'y ajouter, même dans les kystes qui *semblent* séparés de la vessie, car il n'est pas démontré qu'il n'existe pas un vestige de communication.

Les cas rapportés jusqu'ici sont au nombre de 13 et se décomposent ainsi :

Freer	2 cas.
Trèves	1 —
Bantock	2 —
Lawson Tait	7 —
Atlee	1 —

Mais de ce total il faut soustraire 9 cas se rapportant, d'après nous, à des péritonites tuberculeuses enkystées; il ne reste plus que 4 cas de kystes aussi authentiques que le texte des auteurs nous permet de le penser; ce sont les 2 cas de Freer, 1 cas de Lawson Tait et 1 cas de Atlee. A ces 4 faits, nous joindrons le nôtre et nous pourrons refaire avec ces documents ce chapitre de pathologie.

Symptomatologie. — Localement, on constate la présence d'une tumeur de volume variable allant de celui d'une pomme à celui des deux poings, comme dans notre cas, située en un point quelconque de l'hypogastre, et médiane le plus souvent. La peau est mobile sur elle, mais elle est adhérente aux plans profonds et sa délimitation profonde est malaisée, sinon impossible. Le palper y dénote de la fluctuation et ne détermine pas de douleur.

Pas de symptômes à distance ou généraux, comme en décrivaient Robinson et L. Tait, où l'on observa tour à tour de la chlorose, de la gastrite avec vomissements fréquents, des douleurs abdominales, de la diarrhée, et qui auraient dû faire penser à la nature tuberculeuse de la collection.

L'évolution est variable suivant les cas, mais en général est assez lente. Dans un cas de Freer, une dame mariée ne peut uriner à volonté; l'urine remonte vers l'ombilic et passe dans une dilatation kystique de l'ouraque. Pour vider cette poche des litres de liquide qu'elle peut contenir, il faut introduire une sonde dans la vessie et presser sur le kyste.

Le liquide se reproduit après chaque évacuation soit par les voies naturelles, comme il vient d'être dit, soit par ponction, comme le cas de cet étudiant qui dut être plusieurs fois ponctionné et dont le kyste contenait à l'autopsie 50 litres de liquide.

Le liquide peut être purulent comme dans le cas d'Atlee où le kyste fortement adhérent à l'ombilic était en communication avec la vessie, laquelle était infectée, tout comme chez notre prostatique rétentioniste dont le kyste s'ouvrait dans la vessie par un orifice admettant le petit doigt. Ce liquide purulent, sanglant, d'odeur franchement urineuse quelquefois, ne ressemble pas à celui que Lawson Tait et Bantock avaient rencontré dans leurs péritonites enkystées, ce dernier était grumeleux, caséeux, semblable au pus tuberculeux.

Diagnostic. — Ces caractères ne peuvent que faire soupçonner un kyste de l'ouraque avant une laparotomie, mais ne permettent pas d'être affirmatif. Les caractères différentiels du phlegmon prévésical d'une tumeur ovarique ou du ligament large tirés du siège et de la forme gardent ici toute leur importance, et vu la rareté de ces kytes, quoiqu'en dise L. Tait, on n'y pensera que par exclusion, si la tumeur est petite, limitée, bien médiane, sans connexion avec les organes pelviens, ce que révèlent les divers touchers, dont l'évolution est influencée par un obstacle au cours normal des urines, ou que l'on sera assez heureux pour vider par cathétérisme vésical.

Ces caractères montrent qu'il doit être assez malaisé de porter un diagnostic ferme, aussi répéterons-nous que le kyste de l'ouraque est plus souvent une trouvaille opératoire qu'une entité morbide avec laquelle on doive compter dans le diagnostic des tumeurs de l'abdomen.

Traitement. — Un kyste de l'ouraque diagnostiqué ou trouvé fortuitement au cours d'une laparotomie doit être extirpé. Cette conduite est la seule rationnelle et doit être préférée autant que possible aux petits moyens, c'est-à-dire l'évacuation par expression, lorsque le kyste communique largement avec la vessie, ou la ponction si le kyste est dit fermé. Ces petits moyens ne sont, en effet, que des palliatifs non exempts de dangers comme peut l'être l'expression susceptible d'amener la rupture du kyste; enfin il faut les répéter souvent, témoin le cas de cet étudiant, cité par Freer.

L'extirpation complète est donc la méthode de choix, suivie de l'oblitération du pertuis vésical, lorsqu'il existe, que l'on fermera par invagination. Cette extirpation a plus de chances de se faire complètement dans les kystes tels que nous venons de les décrire que dans ceux que rapportent Robinson et L. Tait, où l'on comprend que les adhérences de la face profonde avec le péritoine dont ils n'étaient que des dépendances s'opposaient à une ablation totale.

La malade d'Atlee sur laquelle on pratiqua l'extirpation succomba cinq jours après de péritonite; c'est le seul cas où l'on soit intervenu, les autres ayant été traités par des ponctions. Dans notre cas, le kyste fut soupçonné pendant la vie après une cystostomie sus-pubienne pour rétention par hypertrophie prostatique et vérifié un mois après à l'autopsie, nous n'avons donc pas tenté l'extirpation. Nous n'en sommes pas moins convaincu que, sous le couvert d'une asepsie

rigoureuse, il faudra toujours tenter l'extirpation complète avec oblitération de l'orifice vésical, et que la statistique sera moins sombre; le pronostic vital ne pourra que gagner à cette initiative, car « il faut regretter, dit L. Tait, qu'on laisse aller les tumeurs abdominales aussi longtemps, ce qui enlève toute chance de succès dans leur traitement » (1).

En manière de conclusion de ce chapitre pour ainsi dire nouveau de pathologie, nous dirons que les kystes de l'ouraque sont plus rares qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Kirmisson, à deux ou trois reprises, dans le petit article qu'il y consacre, émet des doutes bien significatifs : les observations ne sont pas d'une authenticité rigoureuse, leur lecture l'a si peu convaincu, qu'il se demande pour quelques-uns s'il n'y a pas eu erreur de diagnostic (2). Nous acceptons ses réserves et nous pensons qu'il y a eu souvent erreur de diagnostic, que des péritonites tuberculeuses enkystées en ont imposé aux auteurs qui ont les premiers écrit sur les tumeurs de l'ouraque, L. Tait et Robinson. Nous croyons avoir suffisamment montré les signes différentiels des deux affections; il s'ensuit que le nombre des véritables kystes de l'ouraque est réduit de plus de la moitié. Le chirurgien devra donc s'attendre à trouver au cours de ses laparotomies un ouraque kystique, à titre de « surprise du ventre » — qu'on peut ajouter à celles que Galvani [d'Athènes (3)] a publiées récemment — mais qu'il aura rarement l'occasion de diagnostiquer à l'avance. Quoi qu'il en soit, il se comportera ici comme ailleurs, en faisant une extirpation complète, et en oblitérant l'orifice de communication avec la vessie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(13 FÉVRIER 1901)

Dans un rapport très documenté et très consciencieusement étudié, M. Reynier fait devant la Société l'histoire du traitement du cancer par les sérums et en particulier par le sérum de Wlaef. Après avoir fait connaître l'idée directrice qui a conduit M. Wlaef à instituer son sérum, les différentes phases par lesquelles il a passé, dans ses expériences sur les animaux, les rapports de sa méthode avec des méthodes antérieures telles, par exemple, que celle de MM. Richet et Héricourt, M. Reynier arrive à l'examen des faits cliniques, relate avec détails ceux qu'il a lui-même observés et croit pouvoir conclure de ces faits que le traitement par le sérum de Wlaef amène des améliorations réelles au point de vue des douleurs, des hémorragies, de la marche de la maladie, qu'il exerce, en un mot, une action évidente sur les néoplasmes. Ce n'est pas une guérison; ce traitement ne supprime pas l'art opératoire, c'est un traitement long mais qui semble exercer une action vraiment favorable sur la marche du cancer. M. Reynier semble donc tout disposé à poursuivre ses recherches expérimentales sur ce sujet et engage vivement ses collègues à faire comme lui. La plupart des membres de la Société de chirurgie semblent loin de partager l'enthousiasme relatif de M. Reynier.

M. Théophile Anger rappelle que, chez les malades atteints d'affection de la langue dont le diagnostic est douteux au point de vue du cancer ou de la syphilis, le traitement mercuriel donné à titre d'essai aggrave l'affection si elle est cancéreuse; puis le traitement terminé la maladie reprend sa marche normale. Or, l'un des malades présenté par M. Wlaef avait pris du mercure et de l'iodure, l'amélioration constatée chez lui à la suite du traitement de M. Wlaef a précisément coïncidé avec la cessation du mercure et de l'iodure, on peut donc, dans ce cas, attribuer la régression de la tumeur autant à la suppression de ces médicaments qu'au sérum de M. Wlaef.

M. Picqué relate l'histoire d'un néoplasme du maxillaire supérieur à marche rapide, opéré, récidivé, puis traité par le sérum de Wlaef; à partir de ce moment la tumeur présenta une augmentation considérable de volume, et le malade succomba rapidement.

Pour M. Tuffier, le sérum de Richet et Héricourt pouvait agir sur l'état général mais n'avait aucune action sur l'état local; il doit en être de même du sérum de Wlaef. Ici la discussion s'égare sur le diagnostic différentiel de la syphilis et du cancer. MM. Rochard et Terrier échangent quelques explications à ce sujet, l'un admettant la guérison au moins momentanée de la syphilis sous l'influence du traitement, tandis qu'il n'existe rien de pareil pour le cancer; M. Terrier au contraire soutenant qu'il n'y a jamais de guérison absolue de la syphilis. A ce sujet, M. Reclus fait justement observer que le plus ou moins d'efficacité du traitement dépend beaucoup de l'âge des lésions syphilitiques. Pour montrer combien est difficile dans certains cas la distinction du cancer ou de la syphilis, M. Monod cite un cas diagnostiqué par MM. Tillaux, Maunoury, et par lui-même cancer inopérable de l'amygdale et qui fut revu quelque temps après complètement guéri; si le sérum de Wlaef avait été employé dans ce cas, on n'aurait pas manqué de le donner comme un exemple de guérison. Il faut donc n'accepter qu'avec la plus grande réserve toutes les prétendues guérisons de cancer.

M. Reynier répond à ses collègues en maintenant ses conclusions et en soutenant qu'une méthode qui supprime les douleurs, les hémorragies, rend aux malades l'appétit, mérite l'attention des chirurgiens; c'est un peu l'avis de M. Championnière, qui a constaté des soulagements notables et qui est d'avis qu'on poursuive les essais.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux. — *Médecine.* — Aux termes d'un arrêté du directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, en date du 12 février courant, le nombre des places de médecin des hôpitaux, auxquelles doit pourvoir le concours, dont l'ouverture est fixée au lundi 4 mars 1901, est porté de trois à quatre.

Société française d'ophtalmologie. — *Congrès de* 1901, 18e *année.* — Le comité rappelle que la prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu cette année le lundi 6 mai, à huit heures et demie précises du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, en face de l'École de médecine.

Les titres des communications doivent être envoyés au secrétaire général, M. Duboys de Lavigerie, 56, rue de la Victoire, avant le 15 mars au plus tard.

Le rapport de cette année a pour titre : « Valeur de l'iridectomie dans le glaucome » (rapporteur M. de Wecker, de Paris).

(Les manuscrits et dessins qui les accompagnent doivent être, sans aucune exception, remis au secrétaire avant la fin du Congrès. Ceux qui ne seront pas remis à ce délai ne pourront figurer dans le compte rendu qui paraîtra en août.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) L. Tait. Loc. cit., p. 246.
(2) Kirmisson. Loc. cit., p. 226.
(3) Galvani. Les surprises du ventre, *Rév. de gyn. et de chir. abd.*, 1898, p. 1016.

N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 19 FÉVRIER 1901. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Lipomes sous-maxillaires extra- et intra-glandulaires et les lipomes de la région sous-maxillaire, par MM. Louis Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et René Horand (de Lyon). — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le rhus aromatica; — La lutte contre le paludisme; — Sirop de stigmate de maïs; — Mixture contre le météorisme intestinal chez les enfants. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 18 février 1901.

Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux ne sont pas terminés et la liste des élus n'est pas encore close que la chasse aux places est déjà commencée. A peine les premières épreuves sont-elles cotées que, la nomination déjà escomptée, les jeunes candidats font des visites près des chefs de service et demandent leur inscription. Aussi le jour de publication des listes, toutes les places sont déjà retenues, accaparées. On ne saurait blâmer les élèves d'assurer ainsi d'avance la régularité de leurs études, au lieu de s'abandonner à l'imprévu de la dernière heure.

Cette coutume est cependant un peu regrettable, car elle favorise ceux dont le sort, déjà propice, a fait sortir le nom parmi les premiers de la série. Les derniers appelés, en effet, fussent-ils excellents par leurs notes, n'ont plus, à la fin du concours, que les places dont les premiers tirés n'ont pas voulu. Heureux encore s'ils ont quelques services à choisir. Car il arrive que nombre de leurs collègues ont la mauvaise habitude de retenir plusieurs places pour la même année, se réservant de se prononcer, le moment venu, au mieux de leurs intérêts. Il en résulte qu'un nombre assez important d'internes se trouve, pendant leurs quatre années d'internat, ignorants jusqu'à la dernière heure du service devenu vacant, dans lequel ils vont passer toute une année!

Cette habitude de quelques-uns est non seulement nuisible aux intérêts de ceux qui sont leurs collègues, elle est incorrecte et souvent grossière vis-à-vis des chefs de service, auxquels le plus souvent le hasard apprend seul que l'interne pour lequel ils avaient soigneusement gardé leur place, les quitte, sans les prévenir d'ailleurs, pour aller chez un autre.

Nous avions déjà protesté contre cette manière de faire et nous espérions que les nouvelles promotions ne suivraient pas ces regrettables errements : il n'en est rien. Cette année même, un seul interne était réclamé par trois chefs, un chirurgien de Saint-Antoine, un médecin d'Hérold, un chirurgien de Saint-Louis. Un autre, nous disait-on à l'Assistance publique, était inscrit dans cinq services différents!

Il n'y a malheureusement pas pour ces incorrections de sanction pénale. De temps à autres, les chefs de service s'entendent et d'un commun accord rayent celui qui les avait trompés, mais le fait est rare. La faute, vis-à-vis d'eux, est en réalité de minime importance, et ils ont peu le loisir de s'en préoccuper. Mais il en est autrement des internes restés sans places et lésés par le sans-façon de leurs collègues. C'est à eux de protester. D'ailleurs, il existe une Association des internes et des anciens internes à qui incombe le soin de veiller aux intérêts généraux de la corporation. Pourquoi cette Association ne chercherait-elle pas le remède qui empêchât cette fâcheuse habitude de se continuer?

Pour nous, il nous semble qu'une simple précaution suffirait. Puisque certains ne craignent pas d'engager quatre et cinq fois leur parole, peut-être seraient-ils plus circonspects vis-à-vis d'un engagement écrit! Il suffirait donc, après entente, que le chef de service demandât à son futur élève de lui confirmer, par lettre, l'engagement qu'il vient de prendre, pour que le jeune arriviste hésitât avant de confier au papier un témoignage, écrit et daté, de ses petites combinaisons.

LIPOMES SOUS-MAXILLAIRES EXTRA ET INTRA-GLANDULAIRES

ET LES LIPOMES DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE

Par MM. Louis Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et René Horand (de Lyon).

Les lipomes du cou ont donné lieu, dans ces dernières années, à des recherches intéressantes concernant leur pathogénie, leur évolution, leurs formes cliniques. Ces tumeurs, banales en toute autre région, ont en effet au niveau du cou comme un caractère d'originalité curieuse. Le hasard nous ayant fourni l'occasion d'étudier dans le service de notre maître, le professeur Pollosson, des malades atteints de lipomes de la région sous-maxillaire, nous avions recueilli leurs observations et avions prié M. le professeur agrégé Paviot de pratiquer l'examen anatomo-pathologique des néoplasmes extirpés. Il nous semblait intéressant de rechercher dans leur intérieur l'existence de ces débris ganglionnaires signalés par M. Delbet, pour lequel ces masses graisseuses sont le produit d'une dégénérescence adéno-lipomateuse [Rehns (1)].

(1) Rehns. *L'adéno-lipomatose diffuse, symétrique, à prédominance cervicale*, Th. de Paris, 1898.

Quelle ne fut pas notre surprise lorsqu'on nous signala, au lieu de ces ganglions cherchés, des masses glandulaires intimement imbriquées dans le lipome de telle sorte que celui-ci en faisait comme partie. La constatation de ces rapports intimes entre la glande sous-maxillaire et les lipomes qui se développent dans cette loge, nous a permis de constituer un type clinique spécial, digne d'attirer l'attention des chirurgiens.

Guidés par cette donnée anatomo-pathologique, correspondant du reste absolument aux signes cliniques, nous croyons pouvoir décrire au niveau de la région sous-maxillaire trois sortes de lipomes :

a. Les lipomes *manifestement intra-glandulaires* qui se développent primitivement dans les interstices conjonctifs de la glande sous-maxillaire ;

b. Les lipomes *extra-glandulaires* qui, nés au contact même des acini glandulaires, ne les pénètrent que secondairement. Ils sont toujours contenus dans la loge aponévrotique sous-maxillaire ;

c. Enfin les lipomes *de la région sous-maxillaire* qui, ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-cutané en dehors de l'aponévrose cervicale superficielle, n'ont aucune connexion avec la glande elle-même.

Il est évident que nous ne nous arrêterons pas longuement à ce dernier type qui ne présente aucun caractère particulier : c'est le lipome ordinaire. Nous signalerons simplement les particularités qui permettent de le distinguer des deux premiers. C'est surtout sur les *lipomes intra-glandulaires* que nous insisterons : cette variété semble avoir été confondue avec les adénomes vrais. Et cependant, il s'agit de tumeurs conjonctives interstitielles ayant amené une atrophie de la glande dont l'élément noble : la cellule des croissants de Giannuzzi ou a complètement disparu. Ce fait n'a pas encore été signalé.

Il ne sera pas question ici des lipomes multiples et symétriques, des lipomes congénitaux, des pseudo-lipomes symétriques [œdème segmentaire du professeur Debove, pseudo-éléphantiasis névropathique de M. Mathieu (1)] : ce sont des entités cliniques absolument différentes. Il en est de même du *pseudo-lipome sus-claviculaire* de Potain (2) et Verneuil (3) qui, limité à la région sus-claviculaire, n'envahit pas la région que nous étudierons, la région sous-maxillaire.

Les travaux récents de Petit (4), de Launois et Bensaude (5), la thèse de Tapie (6) et la revue critique de Lefas (7) dans les *Archives* de Duplay, ont montré combien compliquée était l'évolution de certains lipomes du cou. Pour la région sous-maxillaire il est peut-être possible, grâce aux documents que nous possédons, d'apporter un peu de lumière dans ce débat. Voici du reste nos observations, auxquelles nous avons joint quelques observations découvertes dans la littérature médicale qui nous ont paru absolument analogues.

(1) Mathieu. *Gaz. des hôpit.*, 1890.

(2) Potain. Acad. de méd., 17 oct. 1882, et *Arch. de méd.*, 1885.

(3) Verneuil. Du pseudo-lipome sus-claviculaire, *Gaz. hebd.*, 1879 et 1882.

(4) L.-H. Petit. *Gaz. hebd.*, 1883-1884; *Journ. de chir. prat.*, oct. 1879, p. 446.

(5) Launois et Bensaude. Soc. méd. des hôpit., 1898; *Presse méd.*, 1er juin 1898.

(6) Tapie. Th. de Paris, 1900.

(7) Lefas. Soc. de biol., 1899; *Gaz. hebd.*, 1899, no 48; *Arch. gén. de méd.*, 1900.

PREMIÈRE VARIÉTÉ : LIPOMES SOUS-MAXILLAIRES INTRA-GLANDULAIRES

Observation I. — *Lipome de la région sous-maxillaire ayant envahi le tiers supérieur de la région carotidienne. Opération le 25 mai 1897.* — B... (Michel), cultivateur à Estrablin (Loire), entre à la salle Saint-Joseph, service de M. le professeur Pollosson, le 25 mai 1897.

Ce malade vient à l'hôpital pour une tumeur de la région sous-maxillaire gauche.

Cet homme d'une forte constitution a toujours joui d'une excellente santé : il ne présente aucun antécédent digne d'être rapporté.

Cependant au point de vue spécial qui nous intéresse, nous devons signaler que sa dentition est mauvaise du côté gauche.

Depuis plusieurs mois, il a vu se développer *sans cause connue* à la région cervicale gauche une petite tumeur qui occupe actuellement les points suivants : ayant sa plus grande partie dans la région sous-maxillaire, elle remonte en arrière vers la parotide et occupe le tiers supérieur de la région carotidienne.

La peau est mobile sur elle et absolument indépendante de la tumeur laquelle, quoique plongeant dans la loge sous-maxillaire, ne semble pas infiltrer les tissus profonds. Elle efface le creux sous maxillaire et fait bomber la région.

Sa consistance est mollasse, non fluctuante, elle semble bilobée, surtout lorsqu'on la comprime de haut en bas et de dedans en dehors. Une portion plus dure existe à la partie inférieure.

Opération. Anesthésie. Énucléation facile de la tumeur. Suture sans drainage.

27 mai. Légère suppuration nécessitant l'ablation de quelques fils, écoulement de sang et de caillots.

2 juin. Le malade sort guéri.

La tumeur enlevée est mollasse, ayant la consistance et l'aspect d'un lipome. Quelques lobes sont plus résistants, surtout au niveau des points engagés dans la loge sous-maxillaire.

Examen histologique. — Un fragment de la tumeur fixé par l'alcool à 93 degrés et l'alcool absolu, puis inclus à la paraffine et au xylol, est coupé en série le 12 juin 1897 au laboratoire d'histologie. Cette tumeur est colorée, suivant la méthode de double coloration du professeur J. Renant, l'hématéine et l'éosine, qui a l'avantage de colorer différemment les deux sortes de cellules. La préparation est montée du baume au xylol, puis examinée par le chef des travaux le docteur Regaud et M. le professeur J. Renaut. Il résulte de l'examen : que cette tumeur est constituée par du tissu glandulaire dont les éléments sécréteurs (acini et groupes d'acini) sont dissociés par du tissu conjonctif néoformé.

Ce tissu conjonctif est en certains points du tissu conjonctif lâche, typique, en d'autres points du *tissu conjonctif adipeux.*

Nulle part on ne voit d'infiltration de leucocytes, ni de cellules embryonnaires quelconques. Nulle part ce tissu conjonctif n'affecte la forme muqueuse ou fibreuse.

Les acini glandulaires sont simplement dissociés, simplement séparés les uns des autres par des quantités anormales de tissu conjonctif, mais ils ne sont pas le siège de prolifération cellulaire.

On ne trouve dans les acini glandulaires qu'une seule forme cellulaire, ce sont des cellules volumineuses, leur noyau est refoulé du côté de la périphérie de l'acinus, il est arrondi, légèrement chiffonné et ne présente jamais de signe d'activité karyokinétique. Le protoplasma est semé d'une quantité de vacuoles claires, la lumière des acini est excessivement petite, la membrane propre n'est pas visible

sur les coupes transversales. Les cellules en panier de Boll sont conservées. Les canaux excréteurs de la glande sont normaux.

En résumé, il s'agit d'une tumeur conjonctive, formée de tissu conjonctif lâche et surtout de *tissu adipeux* se développant dans les interstices des acini glandulaires sans aucune participation de ces derniers. Les acini glandulaires, gênés sans doute par le développement de cette tumeur conjonctive, ont perdu leurs caractères histologiques normaux, et ont pris simplement les caractères d'une glande mucipare.

Nous aurons l'occasion, lorsque nous étudierons l'anatomie pathologique des lipomes intra-glandulaires, de revenir sur les détails histologiques de cette observation. Nous nous contenterons de faire remarquer avec quelle facilité cette tumeur aurait pu être prise pour un adénome. C'est du reste cette confusion qui semble avoir été faite dans un cas qui appartient au professeur Duplay (1). Ce chirurgien avait diagnostiqué un lipome de la région sous-maxillaire : à l'examen microscopique on crut reconnaître un adédome. Voici cette observation intéressante empruntée à la thèse de Ponsot (2).

Obs. X de la thèse de Ponsot (Duplay, *Archives gén. méd.*, 1875, p. 47). — Femme, quarante-trois ans, constitution délicate, bonne santé générale. Pendant l'enfance, glandes du cou, maux d'yeux. Il y a onze ans, elle s'est aperçue, dans la région sous-maxillaire droite, d'une tumeur de la grosseur d'un pois, entièrement indolente et qui a grossi d'une façon continue. Pommades et iodure sans succès. Actuellement la grosseur est grosse comme un œuf, lisse, arrondie, allongée transversalement, s'étendant de la ligne médiane à l'angle de la mâchoire, remontant jusqu'au bord du maxillaire et descendant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Peau lisse, glissante sur elle, tumeur entièrement mobile, indépendante des mouvements de déglutition, molle, non résistante, pseudo-fluctuante à sa partie antérieure surtout. Ces signes font éloigner successivement l'idée de néoplasme de la glande sous-maxillaire, d'adénopathie, d'abcès froid, de kyste et on *croit se trouver en présence d'une tumeur graisseuse*.

Opération. — Ponction exploratrice ne donnant rien, incision curviligne à convexité inférieure; on arrive sur une enveloppe cellulaire assez vascularisée qui, une fois incisée, permet de mettre la tumeur à nu et de l'énucléer assez facilement. Cette tumeur reste adhérente par un pédicule solide, gros comme une plume d'oie, qui s'enfonce profondément dans la loge de la sous-maxillaire et présente des battements artériels. Double ligature et section.

Examen de la tumeur. — Ovoïde, lisse, coloration jaune ou brunâtre suivant les points. A la coupe, lobes présentant manifestement l'apparence du tissu glandulaire, et séparés par des masses de tissu cellulo-graisseux dans lequel rampent de nombreux vaisseaux. A l'examen histologique (Ranvier, pièce 73, série 1), on reconnaît un adénome. La tumeur est constituée par des tubes épithéliaux présentant pour la plupart un canal béant, cellules épithéliales striées et ressemblant à celles des conduits excréteurs des glandes salivaires.

Entre les tubes, tissu fibreux plus abondant à la périphérie des lobules, entre ceux-ci tissu adipeux en grande quantité.

Nous insistons sur ces dernières lignes qui résument cet examen histologique pour montrer quelle profonde analogie présentait cette tumeur avec la notre.

Et de même pour le cas suivant :

(1) Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1875.
(2) Ponsot. Th. de Lyon, 1894.

Obs. XI. — *Adénome de la sous-maxillaire, extirpation. Guérison* (Th. Tolozac, 1869). — G... (Julie), cinquante-huit ans, porte depuis six ans une tumeur dans la région sous-maxillaire. Pas d'antécédents. Le développement de cette tumeur serait dû à une chute sur un morceau de bois qui aurait contusionné la région. Quinze jours après, légère douleur à la déglutition, puis dans la suite, apparition d'une petite tumeur, indolente, assez dure, et augmentant progressivement de volume malgré les pommades et les potions.

A son entrée à Lariboisière (5 novembre 1868), la tumeur est du volume d'une grosse noix, ovoïde, lisse, sauf deux petites bosselures, ferme, non fluctuante, mobile, sans adhérence avec la peau et les parties profondes. Par la bouche on arrive très difficilement sur elle, en déprimant le plancher buccal. Pas de douleur, excrétion salivaire par le canal de Wharton. Verneuil diagnostique un lymphome :

11 novembre. Opération, incision verticale, curviligne, partant de l'angle de la mâchoire et comprenant la peau et le tissu cellulaire. La tumeur fait hernie à travers la plaie, elle est saisie et énucléée facilement. L'erreur du diagnostic est alors reconnue, quatre ligatures, pansement à l'alcool, inflammation de la plaie, suppuration.

Le 26, la malade sort presque guérie.

Examen de la tumeur. — Elle comprend une première partie présentant les caractères de la glande normale : une deuxième réunie à celle-ci par un pédicule assez large et présentant trois bosselures. A l'œil nu pas de démarcation nette entre les parties saines et les lobes malades. On distingue partout la structure acineuse de la glande, mais à la partie inférieure les lobes sont plus indurés et moins isolables. La partie saine a une teinte jaunâtre qui lui est propre, la partie malade a *l'aspect graisseux*. A la coupe, on ouvre une sorte de loge de la grosseur d'une petite noix, d'où s'échappe une masse jaunâtre, arrondie. Acini glandulaires très dilatés et remplis d'épithélium cylindrique et plongés dans du tissu muqueux sur les parties extrêmes, le centre se compose d'un grand nombre de cellules plongées dans la graisse et du tissu muqueux. Il s'agissait d'un adénome vrai, ayant subi *à cause de l'âge de la maladie et la longue durée de l'affection, la métamorphose graisseuse.*

Il est intéressant de constater que l'auteur avait été lui-même frappé de la grande quantité de graisse qui infiltrait cet adénome : c'était probablement un de nos lipomes intra-glandulaires.

DEUXIÈME VARIÉTÉ : LIPOME SOUS-MAXILLAIRE EXTRA-GLANDULAIRE

Nous avons observé un cas typique de cette variété que nous rapportons ici.

Obs. II. — *Lipomatose extra-glandulaire.* — N... (Alexandre), quarante ans, garçon épicier (27 juin 1900, salle du président Carnot, lit 36). Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans le malade nous dit avoir reçu dans la région de la nuque un coup très violent (chute d'un de ses camarades d'environ 3 mètres de haut), mais il ne remarqua rien de particulier. Quinze jours plus tard, apparition d'une tuméfaction indolore, augmentant peu à peu et lentement de volume, sans apporter de gêne appréciable dans les habitudes du malade.

Un an plus tard, la tuméfaction gagna la région latérale et antérieure du cou et décida le malade, à cause du volume qu'elle présentait, à entrer à l'hôpital.

Actuellement, on note dans toute la région cervicale, formant une sorte de collier complet, une tuméfaction assez considérable, indolore, libre d'adhérences avec les plans profonds et superficiels, dépressible au doigt, de consistance presque fluctuante et n'apportant au malade aucune gêne,

aucune impotence fonctionnelle (cou proconsulaire). Pas de coloration anormale des téguments. Pas de généralisation. Pas de réaction ganglionnaire.

30 juin. Intervention par MM. Pollosson et Tixier; le malade demande à ce qu'on le débarrasse de la partie antérieure de sa tumeur. Incision sur la ligne médiane, s'étendant du bord inférieur du maxillaire inférieur à l'os hyoïde, section de la peau et de l'aponévrose superficielle. Puis on arrive sur une tumeur fluide, graisseuse, formée de petits pelotons assez distincts, friables, se détachant facilement les uns des autres. Cette tumeur envoie de chaque côté vers la région parotidienne des prolongements assez volumineux; ablation de la partie médiane et latérale de la tumeur jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Suture de la peau.

Examen histologique n° 563 (30 juin 1900). Pièce envoyée avec le diagnostic d'adéno-lipomatose cervicale probable. Réponse de M. Paviot.

En faisant des coupes sériées d'un demi-centimètre au couteau, nous n'avons rencontré qu'une masse qui puisse être prise pour un ganglion et encore est elle en surface séparée du tissu lipomateux par un tissu cellulaire lâche. Les coupes histologiques de cette petite masse montrent qu'il s'agit d'un fragment de glande salivaire.

Nous avons prélevé ensuite sur le reste de la masse un fragment de chaque côté et nous n'avons observé que du tissu graisseux formé de vésicules toutes égales et de dimensions un peu au-dessus de la normale, mais pas géantes comme on les rencontre dans les lipomes vrais. Les travées conjonctives qui cloisonnent ces nappes adipeuses sont assez déliées.

Ce fragment après durcissement à l'alcool et inclusion à la gomme, a été coupé et coloré au picro-carmin; au microscope on y trouve des éléments de la glande acini et tubes excréteurs parfaitement intacts et dans leur état normal; il a même été aisé de voir des grains glandulaires munis de leur croissant de Giannuzzi, et la majorité des acini est constituée par des cellules séreuses.

Çà et là on distingue dans les interstices celluleux de la glande des traînées de grosses vésicules graisseuses; en certains points, on peut voir ces vésicules pénétrant les grains glandulaires eux mêmes, en écartant les acini, sans les altérer d'une façon appréciable, du moins à cette méthode de coloration.

En résumé, le lipome, né dans la loge sous-maxillaire, semble avoir simplement refoulé les acini glandulaires, mais n'a pas pris naissance dans les interstices fibreux, fait qui le distingue des lipomes intra-glandulaires proprement dits. *(A suivre.)*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(15 FÉVRIER 1901)

Une heureuse innovation! La Société médicale des hôpitaux a résolu de mettre de temps en temps à l'ordre du jour certaines grosses questions, ébauchées seulement et généralement mal étudiées dans des communications éparses. Certains sujets méritent une discussion approfondie, et le mieux est de déterminer à l'avance la date de la discussion, de telle façon que chacun y ayant pensé, apporte sa contribution à la même étude. De ces questions, l'une des plus importantes, actuellement, est celle des **perforations dans la fièvre typhoïde**, de leur degré de fréquence variant avec la forme de l'alimentation, de leur traitement spécial. Dans une prochaine séance, cette question sera discutée à fond.

MM. Gaucher et Henry Bernard ont apporté le résultat de leur pratique sur un point de thérapeutique singulièrement important. Il s'agit du **traitement de la syphilis pendant la grossesse**. On sait que le pronostic de la grossesse, chez les femmes enceintes syphilitiques, est habituellement considéré comme très grave, même lorsque le traitement antisyphilitique a été institué. Les nombreux insuccès du traitement, dans ces cas, doivent tenir à son administration défectueuse; car de la statistique apportée par MM. Gaucher et Bernard, il ressort avec la dernière évidence que le pronostic de la syphilis fœtale n'est, pour ainsi dire, jamais grave — on a coutume de croire couramment le contraire — lorsque le traitement antisyphilitique de la mère est institué assez tôt, quand il est régulièrement suivi et quand la médication mercurielle employée et le mode d'administration de cette préparation sont assez actifs.

Voici résumées les règles du traitement qu'il faut instituer : employer exclusivement les sels mercuriels solubles; donner la préférence au sublimé pour l'usage interne (1 centigramme par jour en pilules molles), au benzoate de mercure pour la voie sous-cutanée (2 centigrammes par jour en injection profonde).

Commencer le traitement dès le début de la grossesse ou dès le début de la syphilis; le continuer d'une façon ininterrompue pendant toute la durée de la grossesse.

Chez les syphilitiques albuminuriques, le traitement comporte les deux mêmes indications : régime lacté et traitement spécifique, les doses de ce dernier étant subordonnées au degré de la perméabilité rénale.

MM. Comby, Rendu, Lermoyez, Mosny, qui prennent la parole à propos du travail précédent, sont d'accord : 1° pour affirmer la supériorité du mercure sur l'iodure de potassium, dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes et dans toutes ses formes, l'iodure de potassium ne devant être tenu que pour un adjuvant très précieux, mais à coup sûr de deuxième ordre; 2° sur la nécessité absolue de l'administration du mercure au cas de néphrite syphilitique, même en présence d'une quantité considérable d'albumine. M. Mosny rappelle qu'il a guéri une malade qui présentait 72 grammes d'albumine par litre! chiffre presque invraisemblable, en tout cas d'extrême rareté.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le rhus aromatica.

Mme Perlis emploie, pour traiter l'incontinence essentielle, l'extrait fluide de rhus aromatica.

Extrait fluide de rhus aromatica.	v à xx gouttes suiv. l'âge.
Sirop aromatique..............	xx gouttes.
Eau distillée..................	Q. S.

A prendre trois doses semblables dans la journée.

La dose sera de : v à x gouttes pour les enfants âgés de deux à cinq ans; x à xv gouttes pour les enfants âgés de cinq à dix ans; xv à xx gouttes pour les enfants âgés de plus de dix ans. (Th. de Paris, 1900.) L. B.

La lutte contre le paludisme.

Pour lutter contre la propagation de l'hématozoaire de Laveran par les moustiques du genre anopheles et culex, MM. Fermi et Tronsini versent du pétrole dans les eaux et les marais (où vivent habituellement les larves de ces moustiques); puis ils font brûler à l'intérieur des habitations un mélange de pyrèthre, de chrysanthèmes, de racines de va-

lériane ou de zanzolina Severini. Ils protègent enfin les maisons en appliquant des moustiquaires contre les parois et contre les portes. Les résultats obtenus sont excellents, et, dans la petite île d'Asimana, où l'expérience a été tentée, aucun cas de paludisme ne fut observé, alors que, l'année précédente, il y avait eu 40 cas nouveaux (1).

Sirop de stigmate de maïs.

Extrait de stigmate de maïs...... 25 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.................. 975 —

Faire dissoudre à chaud; par cuillerée à soupe : 50 centigrammes d'extrait de stigmate de maïs. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Mixture contre le météorisme intestinal chez les petits enfants.

Sulfo-phénate de soude. 0g20 à 0g50 centigr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.............. 5 grammes.
Eau distillée de menthe poivrée.............. 25 —

Mêlez. Faire prendre quotidiennement trois cuillerées à café pendant deux jours consécutifs. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 25 FÉVRIER AU 2 MARS 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 25 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Pinard, Broca (Aug.) et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Delens, Lejars et Varnier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Segond et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 26 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Berger, Quénu et Faure.

2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Retterer, Langlois et Broca (André).

2e (2e partie, ancien régime) : MM. Blanchard, Rémy et Chassevant,.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Hallopeau, Chauffard et Ménétrier.

4e (ancien régime), *Faculté* : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Charrin et Marfan; — (2e série) : MM. Roger, Troisier et Thiroloix; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

MERCREDI 27 FÉVRIER, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Walther.

2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* (1re série) : MM. Gariel, Rémy et Gley; — *École pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Delens, Segond et Lepage; — *Faculté* : MM. Terrier, Varnier et Legueu; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 28 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Guyon, Schwartz et Poirier.

2e (1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gautier, Retterer et Langlois; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Gley, Launois et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Le Dentu, Richelot et Wallich.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle de thèses, n° 2* : MM. Maygrier, Hartmann et Thiéry; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 1er MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Walther, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Rémy, Retterer et Broca (André).

2e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Reynier, Gley et Heim.

3e (2e partie, ancien régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Netter, Widal et Teissier.

4e (ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Delens, Lejars et Mauclaire; — MM. Reclus, Segond et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 2 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Quénu, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Chauffard, Letulle et Chassevant.

2e (nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Rémy, Langlois et Broca (Aug.); — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Gautier, Retterer et Gley; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Richelot, Campenon et Albarran; — (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Vaquez; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (**chirurgie et accouchements**). — Le jury est composé de MM. les professeurs Duplay, président; Terrier, Tillaux, Berger, Budin (de Paris); Fochier (de Lyon), Forgue (de Montpellier), Demons (de Bordeaux), Folet (de Lille).

Questions posées aux concours d'agrégation. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS (ACCOUCHEMENTS). — *Épreuve orale d'une heure* :

1872. — Des lésions des organes génitaux produites par le forceps. — Des môles.

1875. — Grossesses multiples. — Dystocie résultant de l'hydrocéphalie.

1878. — La version céphalique. — De la réaction utérine dans les accouchements naturels et dans la dystocie. — Des bassins rétrécis au-dessous de 6 centimètres. — De l'avortement provoqué.

1880. — De la régression utérine après l'accouchement. — De l'écoulement prématuré et spontané du liquide amniotique. — Du relâchement des symphyses. — Des maladies que subit le col utérin, depuis le commencement jusqu'à la fin du travail. — Comparer l'accouchement par l'extrémité pelvienne à l'accouchement par la tête. — De la manie puerpérale. — De l'infiltration séro-sanguine dans les diverses présentations et positions fœtales. — De l'oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte. — Faire connaître le travail à la faveur duquel s'élimine le cordon ombilical et les complications qui peuvent en être la conséquence.

1883. — Démontrer la loi d'accommodation dans la grossesse. — Les accouchements naturels et artificiels. — Des embolies de

(1) *Ann. d'igiene sperim.*, d'après le *Lyon méd.*, 9 déc. 1900.

la puerpéralité. — Des accouchements gémellaires et de leurs accidents.

1886. — La putréfaction du fœtus dans la cavité utérine. — Dystocie causée par le détroit inférieur. — Diagnostic du travail de l'accouchement; durée de ce travail. — De la répétition de l'avortement et de l'accouchement prématuré spontané. — Les causes et le diagnostic de la mort du fœtus pendant la grossesse.

1889. — Diagnostic et pronostic de la grossesse extra-utérine. — Indication et valeur comparative de l'opération césarienne. — De l'influence de la grossesse sur le cœur et les poumons. — De la mort subite pendant l'accouchement et les suites de couches. — Transmission des maladies de la mère au fœtus. — Des malformations utérines étudiées pendant la grossesse et l'accouchement. — Pathogénie des affections puerpérales fébriles.

1892. — Résistance et régidité du col. — De la conduite à tenir pendant le dégagement du fœtus. — Des viciations pelviennes dans leurs rapports avec les maladies aux malformations de la colonne vertébrale. — Des déformations et des lésions de la tête fœtale dans les accouchements par le sommet en cas de rétrécissement du bassin. — De l'innervation utérine. — De la valeur de l'examen du placenta après l'accouchement. — De la température chez les nouvelles accouchées. — De l'asymétrie pelvienne. — Examen critique des procédés pour déterminer le mécanisme du travail.

1895. — Comparaison entre l'opération césarienne et la symphyséotomie. — Des indications et contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel. — Thromboses veineuses pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — De la rétention du placenta après l'accouchement à terme. — Du corps fibreux de l'utérus pendant le travail et l'accouchement. — Rupture de l'utérus. — Du forceps dans les positions occipito-iliaques postérieures et dans la position occipito-sacrée. — Anomalies de formes et déplacement de l'utérus pendant les trois derniers mois de la grossesse. — De la conduite obstétricale à tenir en cas de danger de mort de la femme enceinte après la mort.

1898. — De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité. — Des contre-indications de l'allaitement maternel. — De l'enfant né avant terme. — De la valeur de l'examen du placenta. — De la dégénérescence kystique des villosités choriales.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Poret, est autorisé à passer, sur sa demande, du cadre de Rochefort à celui de Cherbourg. Il sera affecté temporairement au 5e régiment d'infanterie coloniale, au lieu et place de M. le docteur Menier.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies vient d'être accordée aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'argent : MM. les docteurs Moreau et Quenouille (de Sens).

Médaille de bronze : M. le docteur Thouvenel (de Fresnes).

Société de chirurgie. — Prix à décerner en 1901 (séance annuelle de janvier 1902) :

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) « de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1901 ».

Prix Laborie (2400 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : « Des pleurésies purulentes enkystées. »

Prix Gerdy (2000 francs). — Le sujet proposé est : « Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical. »

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétariat général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1901.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la souscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres de candidat.

Prix à décerner en 1902 (séance annuelle de janvier 1903) :

Prix Marjolin-Duval ; Prix Laborie. Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits pourront être signés.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 6e semaine de l'année, 987 décès, chiffre inférieur à la moyenne des semaines de février (1076).

La fièvre typhoïde n'a causé que 6 décès (au lieu de 5 pendant la semaine précédente); ces chiffres sont inférieurs à la moyenne (8). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins n'est que de 27.

La variole a causé 9 décès (au lieu de 11 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 72, chiffre analogue à celui des semaines précédentes. L'épidémie bénigne que nous traversons reste donc à l'état stationnaire.

Il n'y a eu que 4 décès par rougeole ; ce chiffre est fort au-dessous de la moyenne ordinaire des semaines de février (21).

La scarlatine n'a causé aucun décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 69 (au lieu de 58 pendant la semaine précédente). Le quartier Notre-Dame-des-Champs compte 5 cas nouveaux; les autres quartiers ont des chiffres moindres.

La coqueluche a causé 6 décès, chiffre identique à la moyenne.

La diphtérie a causé 15 décès (au lieu de 10 pendant chacune des trois semaines précédentes et au lieu de la moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecius s'est élevé à 118, chiffre qui dépasse un peu ceux des semaines précédentes (93 pendant la 5e semaine et 92 pendant la 4e). Sur ces 118 cas nouveaux, 84 ont été observés dans les dix arrondissements périphériques. Ces mêmes arrondissements ont enregistré 10 décès.

La diarrhée infantile n'a causé que 13 décès de 0 à 1 an, chiffre très faible même pour le mois de février, où cette maladie est relativement peu répandue (la moyenne est 25). Tous ces décès ont eu lieu dans les arrondissements périphériques.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 201 décès, au lieu de 199 pendant la semaine précédente et au lieu de 242, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 47 (au lieu de la moyenne 56) : autres maladies de l'appareil respiratoire 117 (au lieu de la moyenne 130). Parmi ces dernières, 37 sont dues à la congestion pulmonaire et 62 à la broncho-pneumonie. En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès (au lieu de la moyenne 200); la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 11; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50 décès ; les maladies organiques du cœur, 91 ; le cancer a fait périr 54 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale, 5 ; la cirrhose du foie, 15, et la néphrite, 22 ; enfin 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paillard (de Corbigny) et Pettenkoffer (de Munich).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 22. — JEUDI 21 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 21 FÉVRIER 1901. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **4 fr. 50.**	6 mois : **8 fr.**	1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **7 fr.**	6 mois : **13 fr.**	1 an : **25 fr.**

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — EXTRÊME FRÉQUENCE DES ACCIDENTS APPENDICULAIRES GRAVES, par M. Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, membre de l'Académie de médecine. — LIPOMES SOUS-MAXILLAIRES EXTRA ET INTRA-GLANDULAIRES ET LIPOMES DE LA RÉGION SOUS MAXILLAIRE (*fin*), par MM. Louis TIXIER, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et René HORAND (de Lyon). — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* Accident mortel dû à l'emploi de l'eau oxygénée. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

EXTRÊME FRÉQUENCE DES ACCIDENTS APPENDICULAIRES GRAVES

L'APPENDICITE EST UNE MALADIE NOUVELLE, ELLE A UN CARACTÈRE ÉPIDÉMIQUE ET SE RATTACHE SOUVENT A LA GRIPPE. EXTRAORDINAIRE FRÉQUENCE DES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE RELATIVEMENT AUX CAS ANCIENS. L'ABUS DE L'ALIMENTATION ANIMALE PARAIT CONTRIBUER A LA FRÉQUENCE DE L'APPENDICITE. LA GRANDE FRÉQUENCE DES INFECTIONS INTESTINALES QUI ENGENDRENT L'APPENDICITE DOIT FAIRE REVENIR AUX MÉDICATIONS ÉVACUANTES COMME PROPHYLACTIQUES ET COMME CURATRICES (1).

Par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La communication de M. Dieulafoy sur le vomito negro appendiculaire nous montre une nouvelle forme des accidents septiques appendiculaires les plus redoutables. Ces accidents me paraissent se rapprocher des vomissements noirs observés après certaines opérations abdominales et caractérisant à la fois des réflexes graves et une septicité violente. Tout en admettant leur extrême gravité, je pense qu'ils sont curables quelquefois. J'ai réussi avec des lavages alcalins de l'estomac à les arrêter; et les injections de sérum ont achevé la guérison. J'ai réussi précisément pour un cas appendiculaire chez une femme enceinte.

Les observations de M. Dieulafoy me paraissent surtout montrer la fréquence de plus en plus grande de l'appendicite sous ses formes les plus graves.

Si cette fréquence avait été aussi grande autrefois, elle aurait difficilement échappé aux observateurs. Même réflexion pour les appendicites des femmes grosses relatées par M. Pinard. Il en a vu trois en un mois dans sa clientèle et dans une pratique d'accouchements de dix ans, autrefois, je n'ai vu aucun cas que rétrospectivement on puisse rapporter à ces accidents foudroyants.

Je crois que, si l'appendicite n'est pas nouvelle, parce que l'appendice a toujours eu ses accidents, elle n'est pas seulement la typhlite et la pérityphlite dont nous avons méconnu la signification.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

En certains pays (Amérique, Angleterre), elle est encore infiniment plus commune que chez nous.

Il est très difficile de démontrer que l'appendicite est une maladie nouvelle, puisqu'on ne la connaissait pas. Mais j'ai une statistique très curieuse dont la signification me paraît irréfutable : celle qui est relative aux abcès de la fosse iliaque. J'ai, un des premiers, préconisé leur ouverture large et rapide. Ma statistique bien relevée commence à 1882. De 1882 à 1899 j'ai ouvert 34 abcès de la fosse iliaque, y compris des abcès puerpéraux et à gauche.

De 1899 à 1900, en deux ans, j'en ai ouvert 19.

Pour que la proportion fût semblable, il aurait fallu pour les seize années en trouver 152. Cependant aujourd'hui que les appendices sont enlevés préventivement, les abcès de la fosse iliaque devraient être beaucoup plus rares.

Cette récente et extraordinaire fréquence des abcès de la fosse iliaque caractérise certainement une forme suppurative liée à l'extrême fréquence et à l'extrême gravité des lésions appendiculaires.

Je crois que cette extrême fréquence se rapporte à la fréquence toujours grandissante des infections intestinales.

Elle peut avoir pour origine un état épidémique comme l'a indiqué M. Faisans (grippe).

Elle peut avoir pour origine une modification dans l'hygiène alimentaire, un abus de l'alimentation par la viande.

Les pays où l'alimentation carnée est le plus répandue donnent le plus fort contingent des appendicites. A Philadelphie un tiers des habitants auraient de l'appendicite, d'après Keen.

J'ai vu l'appendicite particulièrement fréquente et grave chez les sujets consommant la viande de très bonne heure et exclusivement. Les infections intestinales paraissent se multiplier dans la même proportion et dans les mêmes cas et précéder souvent l'appendicite.

La diminution de l'emploi des purgatifs dans l'hygiène a aussi constitué une prédisposition.

C'est la fréquence de ces infections intestinales qui amène la confusion pour le diagnostic et le traitement de l'appendicite.

Lorsque l'infection est encore intestinale, un traitement médical peut amener la guérison. Mais lorsque l'appendice est réellement atteint, la maladie est justiciable seulement de la chirurgie. La question de diagnostic peut être très délicate.

Une nécessité domine le traitement de ces infections intestinales et par conséquent le traitement des appendicites :

l'opportunité de la purgation qui doit être opposée à l'opium qui favorise ces infections.

La purgation, même en cas d'appendicite confirmée, reprend aujourd'hui du terrain, puisque nous trouvons des auteurs qui la préconisent même en cas de perforation intestinale.

D'elle dépend la possibilité de prévenir bon nombre de cas d'appendicite.

La nouveauté de ce développement d'accidents d'appendicites aigus est aussi progressivement la cause de la formation de certaines appendicites à évolution chronique sans accès et qui se traduisent par des troubles gastro-intestinaux qui méritent l'intervention opératoire aussi bien que les cas d'appendicites aiguës ou à répétition et qui formeront un nouveau cadre pour les opérations.

La prévention de ces maladies toujours plus fréquentes et plus graves ne pourra être obtenue que par une étude et une réforme attentive de l'hygiène alimentaire et par l'institution d'une médication prophylactique dont la purgation, le seul agent sérieux de l'antisepsie intestinale, doit former le premier élément.

LIPOMES SOUS-MAXILLAIRES EXTRA ET INTRA-GLANDULAIRES

ET LIPOMES DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE (1)

Par MM. Louis Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et René Horand (de Lyon).

TROISIÈME VARIÉTÉ : LIPOMES DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE EXTRA-APONÉVROTIQUE

Dans ce groupe rentrent tous les lipomes développés dans le tissu cellulaire sous-cutané : il nous aurait été facile d'en rapporter un grand nombre d'observations. Nous nous contenterons de donner le résumé d'un cas que nous avons observé.

Obs. III. — S... (Claude), trente-neuf ans, cultivateur à Fitillieux (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu le 28 mai 1897, service de M. le professeur Pollosson.

Il est porteur d'une tumeur de la région sous-maxillaire gauche.

Homme d'apparence chétive, tousse depuis quatre ans, a maigri et se plaint de transpirations nocturnes. Hémoptysies il y a deux ans. Mauvaise dentition.

La tumeur qu'il présente actuellement a fait son apparition il y a neuf ans, sous la forme d'une petite grosseur adhérente à la peau, mais mobile sur les plans profonds. Elle resta longtemps stationnaire et ne s'est mise à grossir progressivement que dans ces derniers mois.

Elle a toujours été indolore. A la palpation on reconnaît son indépendance absolue des parties profondes, sur lesquelles elle glisse aisément. Elle est, au contraire, comme rattachée à la peau par des brides résistantes : peau normale, consistance molle, pseudo-fluctuation. Elle recouvre toute la région sous-maxillaire et déborde en arrière sur la région carotidienne.

Phénomènes de compression du côté de la circulation veineuse de la face qui présente un léger œdème; celui-ci s'exagère, au dire du malade, quand il tient la tête baissée.

Diagnostic : lipome.

Opération : énucléation très facile de la tumeur nettement sus-aponévrotique.

A l'examen histologique : lipome pur formé de vésicules adipeuses réunies en îlots à lobules, séparés les uns des autres par des lames minces de tissu conjonctif. Les vésicules sont moins volumineuses que dans le lipome ordinaire.

Nous attirons l'attention sur les signes de compression de la jugulaire externe : phénomène curieux et anormal dans l'évolution d'une tumeur bénigne.

Symptômes. — L'étude des symptômes se réduit à la description minutieuse des signes locaux, car l'état général ne subit aucune atteinte du fait du développement de ces tumeurs. Elles apparaissent, en effet, chez des individus robustes et n'ayant souvent aucun antécédent pathologique. Par suite de l'indolence de leur tumeur, ils ne viennent consulter le chirurgien que si le volume en est assez considérable pour constituer une difformité par trop disgracieuse.

On remarque alors sur les côtés du cou, au-dessous du bord inférieur du maxillaire, une grosseur qui remplit le creux sous-maxillaire normal. La saillie qu'elle fait à l'extérieur est d'autant plus prononcée que le malade place la tête dans l'extension. Elle peut, au contraire, disparaître sous la mâchoire, quand la tête s'incline fortement sur la poitrine. Dans certains cas, des prolongements dépassant en avant les digastriques et en arrière l'angle postérieur du maxillaire, il existe autour du cou un véritable bourrelet plus ou moins volumineux : lorsque celui-ci est considérable, il donne au cou l'aspect dit proconsulaire.

Les tissus sus-jacents, la peau notamment, ne sont nullement modifiés : leur coloration est normale, aucune réaction inflammatoire. Les parties molles sont simplement distendues par la tumeur, nullement infiltrées.

La palpation seule permet de reconnaître le siège exact de la tumeur : par elle on peut différencier les tumeurs sus-aponévrotiques de celles qui occupent la loge sous-maxillaire elle-même. Dans le premier cas, en effet, on reconnaît une mobilité extrême sur les plans profonds, tandis que la peau semble comme réunie à la masse sous-jacente par des brides résistantes. La tension de ces brides donne parfois lieu au phénomène de la peau d'orange.

Dans le deuxième cas, tumeur de la loge sous-maxillaire, on a la sensation très nette que la peau glisse sur la grosseur, tandis que celle-ci s'enfonce profondément sous le maxillaire. On perçoit aussi les prolongements qui peuvent se faire du côté du plancher de la bouche, des régions sous-hyoïdiennes, des régions parotidiennes et carotidiennes.

Dans tous les cas la *consistance* de la tumeur est caractéristique : c'est une mollesse spéciale donnant la sensation d'une fausse fluctuation. Parfois cette fluctuation semble si manifeste qu'on est tenté de pratiquer une ponction exploratrice [Duplay (1)]. Elle n'est du reste pas perçue de la même façon dans toute la masse : il y a des points plus durs, plus résistants; d'autres plus mous, plus dépressibles. C'est que la tumeur est lobulée, à lobules assez inégaux.

Cette consistance n'est pas modifiée par les mouvements du cou, par la contraction musculaire quand le lipome est sus-aponévrotique, il n'en est pas de même si le lipome est développé dans la loge sous-aponévrotique. Il suffit alors de faire étendre la tête : d'amener par la rotation du cou une tension du sterno-cléido-mastoïdien pour sentir la tumeur se durcir, se fixer, s'immobiliser.

Nous insistons beaucoup sur la recherche de cette consistance particulière du lipome car c'est elle seule qui distin-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 21, 19 fév. 1901.

(1) Duplay. *Arch. de méd.*, 1875.

gue cette sorte de tumeur des autres néoplasmes développés dans cette région.

La palpation ne révèle ordinairement l'existence d'aucun ganglion tuméfié, ni dans la loge sous-maxillaire, ni dans les régions voisines. La pression exercée sur la tumeur n'est jamais douloureuse.

Le volume est essentiellement variable suivant le moment où on est appelé à examiner le malade. Débutant par un petit noyau mobile, très souvent pris pour un ganglion, la tumeur arrive parfois par un accroissement progressif à envahir tout le cou et même la région de la nuque : on a alors affaire à une de ces formes bien décrites par Launois et Bensaude (voir notre observation II). C'est dans ces cas et uniquement lorsque le lipome est sous-cutané que l'on peut voir apparaître quelques signes de compression du côté de la jugulaire externe qui se révèlent par de la bouffissure de la face du même côté. Ces accidents ont été signalés du reste par Hayem, Bryck, Madelung (1).

Quant aux troubles respiratoires : raucité de la voix, toux dyspnéique, ils ne pourraient apparaître que si la tumeur prenait des proportions insolites.

Certains de ces symptômes sont modifiés par le siège même de la tumeur, suivant la variété que nous avons admise ; c'est ainsi que dans la *variété sus-aponévrotique*, lipomes superficiels, les caractères ordinaires de ces néoplasmes graisseux sont très facilement reconnus. La mollesse est extrême et la lobulation aisément perceptible. Cette consistance est alors caractéristique.

Quand le *lipome est extra-glandulaire* il constitue une tumeur beaucoup plus profondément enfoncée et manifestement indépendante du tissu superficiel. Sa consistance devient plus ferme par suite de la constriction qu'exerce sur elle l'aponévrose cervicale. En certains points, elle présente un léger degré de rénitence et d'élasticité. On dirait d'un ganglion sous-maxillaire engorgé.

Il est plus difficile de la mobiliser car *ses adhérences à la glande sous-maxillaire la fixent dans la profondeur*.

Bridé en dehors par l'aponévrose du côté de la région cervicale, le lipome tend à progresser vers le haut du côté du plancher buccal. Il arrive parfois à le soulever et à faire disparaître le sillon rétro-alvéolaire. Pour bien se rendre compte de cette disposition, il est bon de pratiquer alors l'examen de la tumeur par la double palpation faite simultanément sur la face buccale et sur la face cutanée. Cette palpation attentive révélera d'ailleurs toujours plus facilement les caractères ordinaires de mollesse, de fausse fluctuation, de lobulation qui distinguent les lipomes, quel que soit leur siège.

Si le lipome est *intra-glandulaire*, l'étude des seuls signes physiques ne nous permet que difficilement de reconnaître la nature exacte de la tumeur. En effet, celle-ci est alors intimement imbriquée dans la glande elle-même à laquelle elle emprunte sa consistance. La mobilité sur les plans profonds n'existe presque plus, la tumeur est fixée comme la glande sous-maxillaire avec laquelle elle fait corps.

Heureusement que pour reconnaître la nature exacte de la tumeur on pourra se souvenir que l'évolution dans ces cas est plus rapide, et qu'elle revêt parfois un véritable caractère inflammatoire. Les malades accusent quelques lancées douloureuses, une sensation de tension au niveau de la loge sous-maxillaire. Mais quelle cause de confusion avec une adénite ?

(1) Bryck. *Arch. f. clin. Chir.*, 1874. — Madelung. *Arch. f. klin. Chir.*, 1888.

Évolution. — Il semble bien établi à l'heure actuelle que tous les lipomes du cou ont une tendance manifeste à diffuser. On admet, avec Mathieu, la transformation possible du pseudo-lipome en lipome vrai et de même celle du lipome vrai en lipome diffus. Seul le lipome que nous avons appelé intra-glandulaire paraît échapper à cette règle.

Au contraire, le lipome tant extra-glandulaire que sus-aponévrotique gagne peu à peu les régions voisines. Il arrive alors à entourer le cou et la nuque d'un véritable bourrelet graisseux. Cette diffusion se fait, comme on le sait, lentement mais d'une façon progressive. Dans certains cas on aurait observé de véritables poussées inflammatoires amenant une augmentation subite de la tumeur.

Diagnostic. — Quand on se trouve en présence d'un lipome sous-cutané, il est ordinairement facile d'en reconnaître la nature : la mollesse, la lobulation, l'indolence, la marche lente de l'affection sont des signes par trop caractéristiques. Cependant on sait avec quelle facilité on confond les tumeurs graisseuses avec une adénite suppurée, avec un ganglion tuberculeux en voie de ramollissement : la ponction exploratrice seule permet souvent de faire le diagnostic. Et de même dans les cas de lymphangiome kystique dont la consistance et l'évolution sont très analogues. On se rappellera que le siège ordinaire du lymphangiome est plus inférieur, moins dans la région sous-maxillaire, et qu'il a comme une racine profonde le réunissant au paquet vasculo-nerveux.

Lorsque le lipome est développé dans la loge sous-maxillaire, qu'il est soit extra-glandulaire, soit intra-glandulaire, le diagnostic devient parfois alors très délicat, surtout tant que la tumeur est petite et bien localisée.

On a une tendance très rationnelle à penser à une *adénite sous-maxillaire*. Dans cette région, la fréquence est extrême de gros ganglions engorgés, symptomatiques d'une lésion inflammatoire de voisinage. Aussi devra-t-on toujours examiner avec soin l'état de la dentition, s'assurer de l'intégrité de la muqueuse buccale, linguale, etc. Et puis l'adénite purement inflammatoire s'accompagne de poussées douloureuses, de périodes d'augmentation et de regression qui laissent après elles un certain degré de péri-adénite. Quand l'adénite est suppurée, on arrive par une palpation minutieuse à découvrir une fluctuation profonde et cette pression est souvent douloureuse.

L'adénite *tuberculeuse* est rarement localisée à la loge sous-maxillaire [Poncet (1)]; elle coexiste le plus souvent avec d'autres adénopathies siégeant soit dans la région carotidienne, soit dans tout autre territoire ganglionnaire. Les antécédents, l'état général, l'évolution, la constatation d'autres lésions tuberculeuses guideront le chirurgien.

Quant à l'*adénite maligne*, symptomatique d'un cancer de la lèvre, de la langue, de la joue, de l'amygdale, etc., elle sera reconnue dès qu'on aura découvert l'affection causale. On doit toujours y penser chez un malade ayant dépassé cinquante ans et il faut s'acharner dans le cas de doute à dépister le plus petit cancer, l'ulcération maligne la plus dissimulée.

Mais c'est avec les autres *tumeurs primitives de la glande sous-maxillaire*, que le diagnostic est difficile, surtout avec les tu-

(1) Poncet. In Th. Ponsot, Lyon 1894.

meurs bénignes. En règle générale on se souviendra que ces néoplasmes bénins sont exceptionnels. Les kystes simples, les fibromes purs, les adénomes sont des raretés. On se souviendra que le lipome existe et on recherchera ces caractères ordinaires de mollesse, de fausse fluctuation ou de lobulation.

Les *tumeurs mixtes* de la glande induiront souvent en erreur surtout au début, car leur consistance est la même que celle du lipome, par suite de la coexistence de points fluctuants et de parties plus résistantes. C'est donc l'évolution plus rapide, ainsi que l'apparition de douleurs qui permettra de reconnaître la nature exacte de ces tumeurs, lesquelles *sont rares* au niveau de la sous-maxillaire.

Dans certains cas il faudra penser au *névrome plexiforme*, qui comme consistance rappelle le lipome.

Nous ne ferons que signaler la *tuberculose* de la sous-maxillaire bien décrite par Pinay (1), la grenouillette sus-hyoïdienne minutieusement étudiée par Morestin (2), l'hypertrophie inflammatoire simple de la glande étudiée par Küttner (3).

Quant à la forme de lipomes multiples et symétriques, elle est si caractéristique (Launois et Bensaude) qu'il nous semble difficile de la méconnaître. C'est à peine si à cause de la multiplicité des tumeurs, du teint anémique et pâle des malades, on pourrait parfois penser à la *lymphadénie*.

En résumé, lorsque le lipome est isolé et circonscrit dans la loge sous-maxillaire, le diagnostic est à faire avec une adénite ou avec une tumeur bénigne de la glande.

Pronostic. — Les lipomes sont des tumeurs essentiellement bénignes, qui enlevées ne récidivent pas, dont le pronostic est toujours favorable. Nous ferons remarquer qu'au cou, par suite de cette tendance curieuse que prennent les tumeurs graisseuses à diffuser, on peut parfois se trouver dans l'impossibilité de pratiquer l'ablation totale des tumeurs, par suite, le malade est contraint de vivre avec son infirmité (voir notre observation II). Il est du reste très rare de voir des phénomènes graves de compression être occasionnés par le volume exagéré de la tumeur.

Etiologie. — L'étiologie des lipomes circonscrits de la *région sous-maxillaire* n'offre rien de spécial à noter ; c'est celle des lipomes en général : nous ne saurions l'envisager ici.

Quant à l'étiologie des lipomes *en rapport* avec la *glande sous-maxillaire*, elle est encore tout entière à découvrir. Peut-être que les petits traumatismes souvent répétés, ainsi que le fait a été signalé chez les joueurs de violon pour l'apparition des tumeurs de la glande, amènent une irritation, une congestion néfaste de l'organe. Mais le plus souvent c'est une inflammation de la glande, inflammation à point de départ buccal, qui doit être recherchée. L'envahissement de la glande se fait sans doute par l'intermédiaire du canal excréteur. Sous l'influence de cette inflammation, le tissu graisseux voisin entrerait en prolifération.

Anatomie pathologique. — Dans cette étude, nous rejetterons immédiatement tout ce qui a trait aux lipomes non en rapports avec la glande elle-même. Là n'est pas l'intérêt de la question. Ils peuvent affecter la forme localisée ou diffuse décrite par Launois et Bensaude; dans ce cas-là le caractère macroscopique le plus important sera d'être diffusé, de s'infiltrer et d'adhérer étroitement aux organes environnants. Il siégera « dans le tissu cellulaire sous-cutané, et pénétrera à travers l'*aponévrose* cervicale jusque dans l'intérieur des muscles de la nuque et parfois même jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales » (Huckins). Jamais l'on ne trouvera de coque fibreuse complète, mais la structure du tissu adipeux en général. Marcais (1) a démontré que la graisse se développe autour des vaisseaux, il a noté de l'endopériartérite et de l'endophlébite dans un cas de Lejars.

(1) Pinay. *Glande sous-maxillaire et tuberculose*, Th. de Paris, 1897.
(2) Morestin. *Soc. anat.*, 1897; — *Gaz. des hôpit.*, 1897.
(3) Kuttner. *Beitr. z. klin. Chir.*, XV, 3, 1896.

Nous insisterons davantage sur les *lipomes en rapports avec la glande*, car pour nous il semble que c'est ce rapport intime avec les acini glandulaires qui fait l'intérêt de nos observations.

Les lipomes extra-glandulaires siègent nettement dans la loge sous-maxillaire, leur origine est extra-glandulaire. Ils sont encapsulés; ils s'énucléent avec la plus grande facilité, dès que l'on a incisé leur enveloppe.

Macroscopiquement rien ne les différencie des lipomes vrais. Ce n'est que secondairement qu'ils ont envahi la glande. Ce qui les caractérise c'est la présence sur un des angles de tissu glandulaire.

Macroscopiquement la structure alvéolaire des travées conjonctives et la petitesse des cellules graisseuses de certaines parties a été notée (Duplay et Launois). Quant à la glande, elle ne parait pas adultérée, on retrouve sa structure normale et même en certains points des préparations on voit des acini typiques avec leurs croissants de Giannuzzi.

Le lipome sous-maxillaire intra-glandulaire est certainement le plus intéressant.

Nous insisterons d'abord sur le siège de la tumeur dans la loge sous-maxillaire. Comme l'a démontré Ricard (2), la glande normale siège non au-dessus du tendon du digastrique, mais à la face externe du ventre postérieur du digastrique, cette position, nous l'avons toujours rencontrée au cours de quelques dissections. Il en résulte que la tumeur est beaucoup plus inférieure et postérieure qu'on ne pourrait le croire, la partie accessible de la glande étant située tout entière dans la moitié postérieure de la région sus-hyoïdienne latérale.

Aprés incision de la capsule, ou enveloppe celluleuse, assez vasculaire, on énuclée facilement cette tumeur restant, comme l'a très bien dit M. le professeur Duplay (3), « adhérente par un pédicule solide, gros comme une plume d'oie qui s'enfonce très profondément dans la loge sous-maxillaire et présente des battements artériels. » Après excision la tumeur ordinairement ovoïde est lisse, de coloration jaunâtre ou brunâtre suivant les points.

A la coupe on note des lobes présentant manifestement l'apparence du tissu glandulaire et séparés par des masses de tissu cellulo-adipeux dans lequel rampent de nombreux vaisseaux.

Microscopiquement cette tumeur est constituée par du tissu glandulaire dont les éléments sécréteurs, acini et groupes d'acini sont dissociés par du tissu conjonctif néoformé. Ce tissu conjonctif est en certains points du tissu conjonctif adipeux. Çà et là on voit dans les interstices celluleux de la glande des traînées de grosses vésicules graisseuses. Nulle

(1) Marcais. Th. de Paris, 1895.
(2) Ricard. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889.
(3) Duplay. *Arch. de méd.*, 1875.

part on ne voit d'infiltration de leucocytes, ni de cellules embryonnaires. Nulle part ce tissu conjonctif n'affecte la forme muqueuse ou fibreuse. Les acini glandulaires sont simplement dissociés, séparés les uns des autres par des quantités anormales de tissu conjonctif.

On a noté que le tissu fibreux était plus abondant à la périphérie des lobules et qu'entre ceux-ci le tissu adipeux était en plus grande quantité. Ces lésions seraient différentes de celle qu'on rencontre dans le diabète, l'alcoolisme [Lefas (1)] le saturnisme [Apert (2)] la tuberculose (Pinay).

Les acini ne sont pas le siège de prolifération cellulaire mais au contraire on *ne trouve dans les acini glanduloires malades qu'une seule forme cellulaire*, il n'y a plus de croissants de Giannuzzi. L'élément noble, la cellule séreuse, a donc disparu.

Les cellules qui persistent sont des cellules volumineuses, leur noyau est refoulé du côté de la périphérie de l'acinus, il est arrondi, légèrement chiffonné et ne présente jamais de signes d'activité karyokinétique, le protoplasma est creusé d'une quantité de vacuoles claires, la lumière des acini est excessivement petite. La membrane propre n'est pas visible sur les coupes transversales. Les cellules en panier de Boll sont conservées. Les canaux excréteurs de la glande sont normaux. Ranvier les a trouvés béants. Les vaisseaux sont abondants et distendus, gorgés de sang.

Pathogénie. — On sait combien la pathogénie des lipomes en général est discutée, par suite de leur existence en les points les plus divers de l'organisme, partout où il existe du tissu cellulo-adipeux [Descamps, Bardon (3)]. On en a trouvé dans l'épaisseur des muscles, des glandes, des os et même dans certains organes qui ne renferment pas de tissu graisseux à l'état normal, le rein, le cerveau, etc., etc.

L'origine des lipomes sous-cutanés de la région sous-maxillaire est encore bien obscure. Parmi les très nombreuses théories [Verneuil, Potain, Chuffart (4)], qui tendent à les expliquer une des plus récentes est celle de Launois et Bensaude (5) qui font des formations lipomateuses de la région cervicale une maladie des glandes lymphatiques; elle n'est pas admise dans tous les cas. C'est ainsi que pour Tapie « il semble que ces lipomes soient liés à un trouble de nutrition du tissu vasculo-conjonctif de soutènement. Il serait peut-être rationnel de chercher l'origine de cette affection dans un ralentissement général des échanges nutritifs de l'organisme. »

Quant aux lipomes de la loge sous-maxillaire proprement dits, leurs rapports avec la glande semblent si intimes que leur origine doit être cherchée dans l'élément sécréteur. Sans doute on peut rencontrer des lipomes d'origine fissuraire, tels que les angio-lipomes de Delbet (à même siège que les kystes dermoïdes), on pourra observer des pseudo-lipomes d'origine vaso-motrice (Lefas); des lipomes ostéo-périostiques de Lannelongue, développés aux dépens de la couche profonde du périoste, plan superficiel, qui peut s'infiltrer de graisse [Bisqueux (6)]. Mais pour nous l'origine de ces tumeurs doit être le plus souvent inflammatoire et ainsi le veut

(1) Lefas. *Arch. gén. de méd.*, 1900, p. 117.

(2) Apert. Soc. méd. des hôpit., 1899.

(3) Descamps. Th. de Paris, 1893. — Bardon. Th. de Paris, 1899.

(4) Verneuil. *Gaz. des hôpit.*, 1879. — Potain. *Arch. de méd*, 1886. Chufart. Th. d'agrég., 1887.

(5) Launois et Bensaude. Loc. cit.; et Bensaude. Loc. de dermat. et et syphil., 1901.

(6) Bisqueux. Th. de Lyon, 1899.

Delbet pour les lipomes en général; ainsi l'ont observé Tietze et Kuttner (1) spécialement pour la sous-maxillaire. Sous l'influence d'une inflammation lente et chronique de la glande, déterminée peut-être par un envahissement microbien de l'appareil excréteur [Claisse et Dupré (2)] le tissu fibro-graisseux qui entoure l'organe ou le pénètre s'hypertrophie et constitue une véritable lipomatose. N'est-ce pas ce que l'on connaît bien pour le rein, la vessie, l'uretère choniquement enflammés (Rayer, Ebstein, Lancereaux). Dans un cas ils ne pénètrent la glande que secondairement, c'est le lipome extra-glandulaire; dans l'autre, le néoplasme semble s'être primitivement développé dans le tissu interstitiel des acini glandulaires. C'est le lipome sous-maxillaire intra-glandulaire. Dans ce dernier cas les acini glandulaires gênés sans doute par le développement de cette tumeur conjonctive perdent leurs caractères histologiques normaux et prennent purement les caractères d'une glande mucipare.

L'étude de nombreux faits bien observés permettra seule de reconnaître ce qu'a de fondé cette nouvelle conception.

Traitement. — Quand le lipome est localisé, non diffus, l'ablation s'impose, elle est simple et facile. Le lipome sous-cutané s'enlevé aisément mais il faut poursuivre parfois loin ses prolongements qui sont confondus avec la graisse normale.

Si le lipome est sous-aponévrotique il faut largement ouvrir la loge sous-maxillaire, afin de reconnaître facilement ses connexions avec la glande sous-maxillaire. Dans le cas de lipome extra-glandulaire on pourra énucléer la tumeur sans toucher aux acini glandulaires, en cherchant un plan de clivage. On n'hésitera d'ailleurs pas à enlever une portion plus ou moins considérable de la glande, si celle-ci fait partie intégrante de la tumeur.

Enfin dans les cas de lipomes intra-glandulaires on fera un évidement complet de la loge sous-maxillaire en enlevant simultanément la glande salivaire et la tumeur. Cettte ablation même double n'amène aucune modification du côté de la salivation.

Contre le lipome diffus le chirurgien est désarmé; il peut cependant soulager le malade et diminuer son infirmité en pratiquant l'ablation des masses les plus gênantes et les plus visibles. Dans l'espoir de faire rétrocéder les autres, il ordonnera de la liqueur potassique (Botkine), des bains salés (Cruveilhier), ou tentera l'opothérapie thyroïdienne (Hayem, Suchard, Launois et Bensaude), la teinture d'iode (Lefas).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(19 février 1901)

Voilà une nouvelle discussion sur l'**appendicite**. A propos de la communication de M. Dieulafoy sur le vomito negro appendiculaire, M. Lucas-Championnière a pris la parole et a abordé la question de l'appendicite à un point de vue général, et surtout au point de vue de l'étiologie. M. Lucas-Championnière, qui ne craint pas de se mettre en contradiction avec des idées généralement reçues quand il les croit erronées, a réhabilité comme agent prophylactique le purgatif, si sévèrement proscrit au moment des crises appendiculaires. Nos lecteurs trouveront plus haut l'intéressante communication de M. Championnière.

M. A. Robin appuie l'opinion émise par M. Lucas-Cham-

(1) Kuttner. Loc. cit.

(2) Claisse et Dupré. *Arch. de méd. expérim.*, 1994; Soc. anat., 1894.

pionnière sur le rôle de l'alimentation carnée excessive dans la production de l'appendicite, et il rappelle qu'en 1897, il a signalé chez ces malades la fréquence de l'hypersthénie gastrique.

Quant aux purgatifs, il n'en a jamais cessé l'emploi dans cette affection, et il n'a pas eu à le regretter.

M. Labbé rappelle l'opinion de J. Simon, qui voyait fréquemment dans l'appendicite une localisation de la grippe. Dès qu'il y a une nouvelle épidémie d'influenza, instantanément, disait-il, les chirurgiens sont appelés à intervenir sur la mastoïde et sur l'appendice.

M. Lancereaux est resté fidèle, dans l'appendicite, aux purgatifs et aux lavements froids. C'est grâce à l'emploi de cette méthode qu'il vient de voir céder en quelques jours, chez une jeune fille de dix-huit ans, une poussée aiguë d'appendicite.

(La discussion continuera dans la prochaine séance.)

Au début de la séance, M. Laveran lit un travail de M. Toussaint, **sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique chez le palustre.** En voici les conclusions :

1° Il existe un rapport étroit de cause à effet entre l'infection palustre et le syndrome décrit sous le nom de fièvre bilieuse hémoglobinurique des pays chauds.

2° Le syndrome de la bilieuse hémoglobinurique est réalisé par un processus de déminéralisation sanguine passagère spécial, conséquence des altérations hépatiques dues au paludisme.

3° Le traitement de cette forme particulière du paludisme doit consister : *a.* dans l'emploi des sels de quinine à petite dose ; *b.* dans la minéralisation du plasma sanguin par des injections hypodermiques et, au besoin, intra-veineuses de la solution physiologique de chlorure de sodium ; ces injections s'opposent à la globulalyse en activant la dépuration urinaire et en favorisant ainsi l'élimination des agents déminéralisateurs, en même temps qu'elles augmentent le pouvoir isotonique du sérum.

Enfin, signalons un rapport élogieux de M. Berger, sur la **suture par agrafage de la peau,** imaginée par M. Michel (de Paris).

Dans la prochaine séance, élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Accident mortel dû à l'emploi de l'eau oxygénée. — M. Camille Moreau a observé une mort rapide survenue par hémorragie secondaire foudroyante dans un moignon de cuisse, huit jours seulement après l'amputation. M. Moreau s'est demandé si ce n'était pas à l'influence de l'eau oxygénée sur le catgut employé pour la ligature des gros vaisseaux et à la désagrégation ultérieure des caillots obturateurs sous la même action qu'il fallait rapporter l'accident. Des recherches *post mortem* n'ayant pu être faites sur le moignon, M. Moreau plaça des fragments de catgut analogues à celui qui avait été utilisé au cours de l'opération, l'un dans un tube contenant du sérum artificiel, l'autre dans un tube renfermant de l'eau oxygénée. Cette expérience prouva l'action destructive de l'eau oxygénée sur le catgut, qui reste au contraire stable dans le sérum artificiel. Aussi l'auteur conclut-il qu'il est dangereux d'irriguer d'eau oxygénée une plaie d'amputation dans laquelle les ligatures ont été faites au moyen de catgut.

Si, pour certaines raisons, on craint de devoir recourir à ces irrigations dans la suite du traitement, il serait prudent, au cours de l'opération, d'employer pour ligaturer les gros vaisseaux un autre lien que le catgut, soit, par exemple, de la grosse soie tressée. (*Bull. acad. roy. de méd. de Belgique,* 26 janvier 1901.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (médecine). — Sont déclarés admissibles par ordre alphabétique :

Paris. — MM. Apert, Bezançon, Carnot, Claisse, Gouget, Jeanselme, Legry, Lesage, Renault, Rénon.

Bordeaux. — MM. Cabannes, Mongour, Verger.

Lille. — M. Patoir.

Lyon. — MM. Chatin, Courmont, Lépine, Nicolas, Pauly.

Montpellier. — MM. Ardin-Delteil, Vedel.

Nancy. — MM. Garnier, Hoche, Spillmann.

Concours de clinicat. — Le 18 mars 1901 s'ouvrira un concours pour la nomination de deux chefs de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 mars.

Marine. — Par décision présidentielle du 16 février 1901, a été acceptée la démission offerte par M. Narcourt, de son grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— M. le médecin en chef Galliot et M. le médecin de première classe L'Eost, du cadre de Toulon, sont désignés pour aller concourir au service à terre du port de Brest.

La lutte contre l'alcoolisme. — Plusieurs Compagnies de chemins de fer ont notifié aux Sociétés coopératives d'employés qu'elles ne continueraient pas de leur fournir des subventions si elles vendaient à leurs adhérents de l'alcool ou des boissons alcooliques autres que le vin, le cidre et la bière.

Toutefois, cette mesure n'aura pas un effet immédiat ; un certain délai est accordé aux Sociétés coopératives pour écouler leurs approvisionnements de boissons alcooliques.

Une des Compagnies a interdit également aux gérants des buffets de vendre dans les buvettes de l'alcool aux agents.

Les téléphones automatiques. — Cette semaine ont été inaugurés dans plusieurs bureaux téléphoniques de Paris les « auto-commutateurs », appareils automatiques pour téléphoner soi-même sans avoir recours à l'agent qui d'ordinaire surveille toute cabine téléphonique.

Cette tentative est intéressante, mais ce n'est que dans quelques jours qu'on pourra apprécier les services qu'elle est appelée à rendre au public. Disons, toutefois, que les premières expériences ont parfaitement réussi. (*Mém. Lib.*)

Cours d'ophtalmologie. — Le docteur A. Terson commencera le jeudi 28 février, à cinq heures, un cours sur le traitement médical et chirurgical des maladies des yeux, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Exercices opératoires par les élèves après les leçons chirurgicales. — S'inscrire à l'avance (ou par lettre) à la clinique, 52, rue Jacob, de une heure à deux heures, tous les jours. — Le cours est gratuit.

Conférence d'externat. — MM. Chevassu, Denis, Heitz, Louste, Pécharmant et Rostaine, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'externat le samedi 2 mars, à deux heures et demie, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Potain, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif, 10 fois son poids de viande assimilable.
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycérophosphates.
Rétablit les **Forces**, l'**Appétit**, les **Digestions**

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. Le VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après chaque repas.
MARIANI, ph^ien, 41, Boul. Hausmann, et t^tes ph^ies.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Ph^ie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence
« Mode le plus sûr et le plus rationnel de l'emploi de la Digitale »
(Rapport BUIGNET à l'*Académie de Médecine*)
Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de **dix** centig. de **Digitale**.
LABÉLONYE & Cie, 99, r. d'Aboukir, Paris, et toutes Pharm.

Pilules de QUASSINE **Frémint**

Toniques, Diurétiques, Reconstituantes, assurent l'antisepsie intestinale, guérissent, **sans purger**, la **Constipation** habituelle, l'**Atonie de l'intestin**, augmentent l'assimilation, donnent de l'appétit, relèvent rapidement les forces. Particulièrement indiquées dans les **Convalescences lentes**, la **Grossesse** et l'**Allaitement**, les **Coliques hépatiques et néphrétiques**, les **Cystites**. *Une ou deux pilules avant chaque repas.*

Le flacon, **3** *fr.,* **rue de Rennes, 105, Paris,** et les principales pharmacies.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**

Grand Prix collectif, Exposition Paris 1900

EAU DE LÉVICO

La Meilleure Eau minérale ferro-arsenicale connue

Contre : ANÉMIE, FAIBLESSE, AFFECTIONS du TEINT MALADIES NERVEUSES, etc.

SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS et DÉPOSITAIRES d'EAUX MINÉRALES



CHLOROSE, ANÉMIE, SCROFULOSE, SYPHILIS, etc.

Sirop et Dragées

à base de Protoïodure de Fer
DE

F. GILLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Pureté — Solubilité — Inaltérabilité du **Sel** de **Fer.**

DOSAGE : *Dragées,* 0 g 05 d'Iodure de Fer par Dragée. — *Sirop,* 0 g 10 par cuillerée à bouche.

MODE D'EMPLOI

Dragées : 2 à 8 par jour, au milieu ou à la fin des repas.

Sirop : 1 à 2 cuillerées, par jour, à la fin des repas.



ENTREPÔT GÉNÉRAL : 73, Rue Ste-Anne, PARIS

DÉPOT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de l'ÉTRANGER

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

entièrement soluble dans le *Chloroforme.* Les **Granules** et la **Solution** de **Digitaline** d'HOMOLLE & QUEVENNE sont préparés exclusivement avec la *Digitaline Chloroformique.*

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 23 FÉVRIER 1901. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'assistance des tuberculeux, par M. A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène; — Traitement du goitre par l'administration interne de la teinture d'iode à doses massives. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Maurel, médecin principal de réserve.

Au grade de chevalier : M. le docteur Vaucel, médecin de première classe de réserve.

Université de Lyon. — *Prix biennaux Étienne Falcouz.* — Les quatre prix biennaux Étienne Falcouz, de la valeur de 1 000 francs chacun, fondés par décret du 26 mars 1897, au moyen d'une rente annuelle de 40 000 francs servie à l'Université de Lyon par M. Augustin Falcouz, sont destinés à récompenser le meilleur mémoire sur une question d'actualité mise au concours par le conseil de l'Université de Lyon dans chaque ordre d'études intéressant une des Facultés de l'Université : droit, médecine, sciences, lettres.

SUJETS PROPOSÉS POUR LE CONCOURS DE 1902. — *Faculté de médecine.* — « Des applications médicales de la cryoscopie. »

Faculté des sciences. — « Des dicétones 1. 3.; de leur emploi dans la synthèse organique et de leurs propriétés physiques et chimiques. »

CONDITIONS DU CONCOURS. — Pour être admis à concourir, il suffit d'être de nationalité française. Aucune limite d'âge n'est imposée.

Les travaux présentés devront parvenir, francs de port, au Secrétariat de l'Université (Faculté de médecine), avant le 1er mai 1902, dernier délai.

Facultés de médecine et des sciences. — Les mémoires envoyés pourront être imprimés ou manuscrits.

Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés postérieurement au 1er mai 1901.

La Société française d'hygiène, fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, a, dans sa séance du 8 février 1901, sur la proposition de son président, M. Ladreit de Lacharrière, approuvé la mise au concours, pour l'année 1901, de la question suivante : « Que doit-on boire? — Boissons bienfaisantes. Boissons à redouter. Falsifications. »

La Société affecte à ce concours une médaille d'or, deux médailles d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires devront être inédits, écrits en français, et ne pas dépasser 36 pages in-8°.

Ils seront remis dans la forme académique avant le 1er octobre 1901, au siège de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, à Paris.

IVe Congrès de pédiatrie italien. — Ce Congrès se tiendra du 15 au 20 octobre 1901, à Florence. Le prix de l'inscription est de 10 lires.

Les titres des communications et leurs conclusions doivent être adressés au secrétaire général, M. Luigi Concetti, à Naples, avant le 30 septembre 1901.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 7e semaine de l'année, 1 017 décès, chiffre qui dépasse un peu celui de la semaine précédente (987), mais qui reste inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de février (1076).

La fièvre typhoïde n'a causé que 5 décès, chiffre inférieur (comme pendant les semaines précédentes) à la moyenne (8).

La variole a causé 8 décès, chiffre inférieur à celui des précédentes semaines. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est également en légère diminution (62 au lieu de 72, 78, 84 pendant les semaines précédentes).

La rougeole continue à être rare. Elle n'a causé que 9 décès (la moyenne est 21).

La scarlatine a causé 3 décès (chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux est de 63, dont 1 seul dans le quartier Notre-Dame-des-Champs (au lieu de 5 pendant la semaine précédente). Les quartiers du Jardin-des-Plantes, des Grandes-Carrières et de Clignancourt, plus favorisés précédemment, comptent chacun 5 cas nouveaux de scarlatine.

La coqueluche a causé 7 décès (la moyenne est 6), et la diphtérie 14 (la moyenne est 9).

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an (moyenne 25). En outre, 34 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 192 décès, au lieu de 201 pendant la semaine précédente et au lieu de 242, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 33 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 34 (au lieu de la moyenne 56); autres maladies de l'appareil respiratoire 110 (au lieu de la moyenne 130). Parmi eux, 51 sont dus à la congestion pulmonaire et 49 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 237 décès (au lieu de la moyenne 200); la méningite tuberculeuse, 23 décès; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50 décès; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer a fait périr 52 personnes; les hernies et obstructions intestinales ont causé 8 décès; la cirrhose du foie seulement 2, et la néphrite, 25; enfin 51 vieillards sont morts de débilité sénile.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

631. M. AUDY. Étude critique sur un signe précoce d'adénopathie trachéo-bronchique. — 632. M. LE SOURD. Contribution à l'étude de la contagion dans la rougeole. — 633. M. GROGNOT. Contribution à l'étude des cystites infectieuses. — 634. M. BERTON. Tuberculose et lithiase rénales; essai sur leur diagnostic différentiel. — 635. M. LACAILLE. De l'incontinence d'urine dite essentielle et de son traitement par l'électrisation localisée. — 636. M. BENOIST. Médication cacodylique. Son application à la thérapeutique infantile (tuberculose, chorée). — 637. M. SIMIONESCO. Les microbes des méningites cérébro-spinales. — 638. M. WATTEAU. De la tachycardie chez les tuberculeux. — 639. M. GREEN. Leucémie aiguë. — 640. M. LANTHIER. Considération sur un cas de névrite typhique périphérique localisée à un membre supérieur. — 641. M. BORSCH. Le traitement chirurgical de l'angine. — 642. M. CHARY. La mortalité par diphtérie après et avant la sérothérapie. — 643. M. DUMONT. Phlébite prétuberculeuse et phlébite précoce des tuberculeux. — 644. Mlle PRZECISZEWSKA. Insuffisance ovarienne. — 645. M. NICOLAIDI. Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. — 646. M. BLANCHARD. Muscles couples synergiques et muscles asynergiques, au cours de l'hémiplégie organique. — 647. M. KOWLER. Considérations sur le traitement de la conjonctivite granuleuse. — 648. M. MICHEL. Technique des appareils plâtrés (spécialement pour l'orthopédie). — 649. M. SCHOTTE. Étude générale sur la résection du genou dans la tumeur blanche chez l'adulte. — 650. M. BRÉGER. Contribution à l'étude du traitement des déviations dentaires par les ligatures. — 651. M. MILLY. De l'influence des maladies des fosses nasales sur les affections des voies lacrymales. — 652. M. PRIME. Des accidents toxiques produits par l'eosinate de sodium. — 653. M. TOURAILLE. De l'épilepsie fonctionnelle primitive et héréditaire d'origine alcoolique. — 654. M. DENIS. Étude sur un cas anormal de perforation cranienne congénitale. — 655. M. BARBAVARA DE GRAVELLONA. Une forme particulière de paralysie obstétricale. — 656. M. DUPUY-DUTEMPS. Pathogénie de la stase papillaire dans les affections intra-craniennes. — 657. M. CŒURDEROY. Contribution à l'étude des ostéomyélytes aiguës du col du fémur. — 658. M. GIANNETTE. Du massage dans les fractures para-articulaires. — 659. M. JACQUES. Contribution à la pathogénie des accidents qui accompagnent l'éruption des dents en général. — 660. M. MOREAU. Sur un cas récent de disjonction traumatique de la symphyse pubienne.

REVUE GÉNÉRALE

L'assistance des tuberculeux.

Par M. A. Sallard,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,

La lutte contre la tuberculose a acquis, à l'heure qu'il est, pour toutes les grandes civilisations, l'importance d'une question vitale. Le mal a progressé de façon si effroyable et fait chaque année un si grand nombre de victimes dans la force de l'âge, que les pouvoirs publics, enfin émus par les cris d'alarme réitérés poussés par le monde médical, commencent à rechercher les mesures les plus propres à enrayer les ravages de ce fléau de la classe ouvrière.

L'alcoolisme et la tuberculose, telles semblent être à notre époque les deux questions de pathologie sociale, que les faits et les statistiques placent au premier rang des préoccupations de l'hygiéniste.

L'assistance rationnelle aux tuberculeux pauvres se montre comme le remède primordial au mal. Effectivement, venir, par les moyens d'action actuellement reconnus les plus efficaces et les plus propres à guérir, en aide à la portion indigente, c'est-à-dire la plus nombreuse de ces malades, cela est un des côtés principaux du problème et qui n'a encore reçu chez nous qu'un commencement de solution, tandis qu'à l'étranger et particulièrement en Allemagne, les progrès accomplis dans cette voie sont déjà féconds en brillants résultats et ne sauraient trop exciter notre émulation.

Ce n'est pas que l'idée n'ait déjà suscité en France nombre de louables efforts et d'initiatives généreuses qui, depuis une quinzaine d'années, y ont jeté les fondements de l'œuvre au perfectionnement et à l'extension de laquelle aucun Français soucieux de l'avenir de la nation ne peut rester indifférent.

I

Historique. — Dès 1886, Verneuil, avec l'appui de MM. Bouchard, Brouardel et Grancher, fondait l'*Œuvre* dite *de la tuberculose*, et en 1888 s'ouvrait le premier Congrès pour la lutte contre la tuberculose. Peu après, Armaingaud (de Bordeaux) créait la *Ligue contre la tuberculose*. Puis s'ouvrait le sanatorium d'Argelès, dû à l'initiative collective de MM. Raymond, Voillez, Barthez, Désormeaux, Ferrand, Moissenet, Bergeron et Bucquoy. En 1893, M. L.-H. Petit provoquait entre les médecins des hôpitaux de Paris un débat contradictoire sur l'hospitalisation des tuberculeux; 1896 marque une date importante dans l'histoire de l'assistance des tuberculeux, c'est en cette année que fut formée la commission dite de la tuberculose, qui se donna pour tâche d'étudier et de proposer les mesures les plus propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux. Elle s'attacha à vulgariser les précautions d'hygiène destinées à éviter la propagation de la maladie et organisa la désinfection des logements ayant abrité des phtisiques. Enfin, dans les hôpitaux même, elle posa nettement le principe de l'isolement des tuberculeux dans des pavillons ou bâtiments spéciaux, principe dont la création des services de Boucicaut et de Lariboisière, dont nous reparlerons, représente un commencement de mise en œuvre.

Depuis, en France comme à l'étranger, ont paru de nombreux travaux, tant sur la curabilité de la tuberculose, que sur le traitement rationnel des phtisiques pauvres. Sur le premier de ces points, M. Jaccoud, dans ses *Leçons de 1881*, était déjà hautement affirmatif. M. Grancher a fait pour cette idée une longue campagne, qui l'a rendue chez nous quasi classique. MM. Debove et Landouzy y ont pris une large part. Quant au problème du traitement de la tuberculose dans les classes populaires où elle sévit si cruellement, il a été examiné et longuement discuté dans les divers Congrès qui se sont succédé jusqu'à nos jours pour la lutte contre la tuberculose, et les différentes solutions qui lui furent proposées ont été résumées dans quelques travaux d'ensemble fort bien faits, en tête desquels il faut citer la thèse de G. Sersiron et le rapport si lucide de MM. Netter et Beaulavon (27 juillet 1898). Entre les médecins qui ont apporté le concours le plus éclairé et le plus ardent à ce mouvement une place d'honneur revient à M. Letulle qui, en de nombreuses communications, rapports et articles vulgarisateurs, a su présenter sous une forme toujours claire, souvent élégante et entraînante, les faces multiples du sujet. Il convient aussi de nommer M. Knopf (1), dont le beau livre sur les sanatoria mérite mention. MM. Romme, L. Petit, Navarre, Strauss, Plicque à Paris; MM. Dumarest et Aubert, à Lyon; Nicolle et Halipré, à Rouen; Hausalter et Spillmann, à Nancy; Dupeux, à Bordeaux; Frottier, au Havre, etc., ont également contribué pour leur part à éclairer le sujet.

Le moment nous a semblé opportun pour jeter un coup d'œil d'ensemble sur tous ces travaux afin de chercher à dégager les côtés essentiels de la question et de donner une idée des différents points de vue sous lesquels elle fut envisagée en France et à l'étranger.

Mais il est urgent avant tout de faire sonder du doigt, par des chiffres, la profondeur du mal, telle qu'elle ressort de façon tristement éloquente de l'examen des statistiques.

II

Statistique de la tuberculose a Paris et en France. — La phtisie fait annuellement en France une moyenne de 150 000 victimes, chiffre officiel. Mais selon la remarque de Netter, de Letulle (2), il est sans doute bien inférieur au chiffre vrai, car il ne porte que sur les villes ayant une population supérieure à 5000 habitants. Il est donc permis de le doubler et de dire, sans risquer d'être taxé d'exagération, que 300 000 est le total annuel vraisemblable des décès par tuberculose pulmonaire en France. M. Navarre (3) évalue à 500 000 le nombre des Français touchés par la maladie, dont environ la moitié est incapable de subvenir aux soins nécessités par leur état.

M. Brouardel (4) à qui nous devons sur cette statistique une étude approfondie et documentée, estime la mortalité générale par tuberculose en France à 43,8 p. 10 000 habitants. Les éléments de cette moyenne sont représentés par les chiffres suivants : dans les villes de plus de 50 000 âmes, mortalité de 49,9 p. 10 000; dans celles dont la population oscille entre 10 000 et 50 000, mortalité de 39,8 p. 10 000; enfin, abaissement de ce chiffre à 35,7, dans les centres ne comptant que 5000 à 10 000 âmes.

La phtisie offre d'ailleurs, en France, une distribution irrégulière et semble former trois foyers principaux : 1° Paris et les départements l'environnant, avec prolongement vers

(1) Knopf. *Les sanatoria*, Paris 1900.
(2) Letulle. *Presse méd.*, 8 sept. 1900.
(3) Navarre et Nirot. *Revue d'hyg.*, 1900, t. XXII, p. 916-922.
(4) Brouardel. *Revue scient.*, janv. 1900.

la Seine-Inférieure et le Nord; 2° la Bretagne et le département de la Mayenne; 3° Lyon, le Jura, l'Ain et les départements de la vallée du Rhône jusqu'au Gard.

A Paris seulement, les chiffres sont encore plus suggestifs. Plus de 12000 décès par an sont attribuables à la phtisie, soit un quart de la totalité des décès, soit 4,9 p. 1000 habitants. M. Letulle (1) a montré que la majeure partie de ces décès concernait des individus dans la force de l'âge (entre vingt et trente-neuf ans). En cinq ans (1893-1897), le département de la Seine a perdu 61184 habitants de tuberculose, dont 30123 étaient âgés de vingt à trente-neuf ans. Paris, en huit ans (1880-1887), a perdu 184000 habitants de phtisie, dont 95625 ont succombé entre vingt et quarante ans. On voit à quel point le mal attaque les forces vives de la population.

Si, grâce aux actes de l'état civil et à la constatation médicale des décès, nous possédons sur la mortalité tuberculeuse des données relativement précises, la morbidité de même nature ne peut être estimée que suivant de bien plus vagues approximations, et il en sera ainsi tant que la tuberculose pulmonaire échappera à la déclaration obligatoire. Un progrès considérable serait réalisé dans cette voie si l'État réclamait, suivant le vœu de la commission de la tuberculose, la création pour chacune de nos collectivités sociales d'une *statistique annuelle de la morbidité tuberculeuse*. En attendant, les estimations de ce genre ne possèdent d'autres bases que les données fournies par l'Assistance publique à Paris, par les statistiques des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance. Ailleurs, dans les campagnes en particulier, les renseignements précis font totalement défaut. On a vu que M. Navarre croyait pouvoir fixer environ à 500000 le chiffre de la morbidité tuberculeuse en France.

A Paris, en 1898, d'après le rapport de MM. Netter et Beaulavon, les phtisiques occupaient dans les hôpitaux 12000 lits et 348 recevaient des soins à domicile. En 1899, M. Navarre relève 11939 admissions dans les hôpitaux pour tuberculose pulmonaire, ces malades formant le quart ou le cinquième de la totalité des hospitalisés. Et, suivant la remarque de Netter, ces chiffres représentent incontestablement un minimum, le diagnostic de phtisie se dissimulant souvent sur les pancartes, sous l'épithète de bronchite, de pleurésie, de tuberculose, soit pour des raisons d'humanité, pour éviter de désespérer les malades par un terme dont le sens est trop connu, soit pour permettre à ceux-ci le séjour dans les asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet, dont le diagnostic phtisie leur fermerait les portes. Netter, sur ce point, s'est livré à Vincennes à une enquête suffisamment démonstrative. Sur 92 malades vaguement étiquetés comme atteints de bronchite ou de pleurésie, 51, soit 83 p. 100, étaient des phtisiques avérés. Si à ce chiffre on en ajoute 14 désignés par le terme de tuberculose, et que l'on rétablisse la proportion sur les 92 premiers, on arrive à 75, et l'on constate que sur la population de Vincennes, en juin 1898, s'élevant à 414 convalescents, 89 ou 21,5 p. 100 étaient phtisiques. Il est bien évident que quantité de malades soignés à domicile, en raison de leur situation ou de l'état de leurs forces qui leur permet de continuer à travailler, soit en raison d'une répugnance invincible pour l'hôpital, les femmes surtout, échappent à tout recensement. Malgré l'aridité du sujet, il était utile de rapprocher ces quelques chiffres suffisamment éloquents par eux-mêmes.

(1) Letulle. *Œuvre antituberculeuse*, 1900.

III

Tentatives d'isolement des tuberculeux. — En face d'une pareille situation que tenter? Où en est la campagne de défense entamée chez nous et que lui reste-t-il à faire? Ce qui a pris le nom pittoresque de croisade contre la tuberculose doit nécessairement viser deux buts : assurer la sauvegarde des sujets encore sains, but prophylactique, organiser en vue de la guérison, la cure rationnelle de ceux qui sont atteints, but thérapeutique. Depuis une vingtaine d'années, grâce aux révélations de Villemin et de Koch sur la contagion de la tuberculose, grâce à la démonstration par Brehmer de l'excellence du traitement hygiéno-diététique de la phtisie, ces deux objectifs ont subi, par la force des choses, une évolution complète. C'est pour avoir trop tardé à le comprendre ou pour avoir fermé les yeux sur ce fait, que les pouvoirs publics, que l'assistance publique ont laissé distancer la France par ses voisins dans la lutte contre le fléau. On ne peut nier cependant que depuis 1896 plusieurs tentatives officielles aient été faites dans la voie nouvelle; tout l'honneur en revient à l'élite du corps médical, qui à diverses reprises s'efforça d'éclairer les sphères administratives et l'État.

En 1896, à la suite d'un débat à l'Académie de médecine était créée à l'Assistance publique la première commission de la tuberculose chargée d'étudier les moyens de traiter utilement les tuberculeux et d'empêcher la contagion hospitalière. Des travaux de cette réunion sortit le remarquable rapport de Grancher et Thoinot.

En 1898, l'Académie de médecine entendait un nouveau rapport de Grancher. Mais au point de vue de la mise en œuvre des réformes, ces deux exposés complets et méthodiques restèrent à peu près stériles.

Il fallut pour mettre l'idée en marche la création d'une *commission extra-parlementaire de la tuberculose* qui reçut la mission d'éclairer le gouvernement sur les moyens de combattre le mal tuberculeux. Elle tint ses premières assises le 22 novembre 1899. Ce fut devant elle que M. Brouardel lut le rapport très détaillé dans lequel il relève et compare les statistiques de mortalité tuberculeuse dans les diverses régions de la France.

Nous n'envisageons ici le problème qu'au point de vue pratique. Théoriquement il y a eu sans nul doute sur la matière, au cours des congrès successifs de la tuberculose, échanges de vues multiples.

La prophylaxie publique peut se résumer en quelques mots : asepsie, isolement, désinfection. Sur le premier point, nous ne pouvons nous étendre : en matière de tuberculose, il signifie protection contre les crachats, et aussi, depuis les recherches de Flügge, contre les mucosités émises à distance par les phtisiques au moment des quintes de toux. Le conseil d'hygiène a déjà commencé une campagne effective dans ce sens, par l'interdiction de cracher à terre affichée en beaucoup de lieux publics. Mais ce n'est qu'en éclairant peu à peu les masses populaires sur les dangers réels de cette coutume malpropre mais invétérée, que cette invitation aura chance d'être prise au sérieux. Il serait logique d'y joindre, aux mêmes places, l'installation de nombreux crachoirs. L'entretien soigneux de la bouche, la précaution de placer le mouchoir devant, pendant la toux, sont des points de détail qui, malgré leur importance,

échappent malheureusement à peu près complètement à l'hygiène publique. Il n'en est pas ainsi de la *désinfection* et de l'*isolement*.

Avec M. Letulle, il faut rendre justice aux efforts du docteur A-J. Martin pour étendre et perfectionner les bienfaits du service de désinfection de la ville de Paris. On ne peut cependant se dissimuler les obstacles matériels qui placent hors de son influence efficace une source importante de contamination, les logements des phtisiques pauvres qui se soignent et succombent hors des hôpitaux. Cette lacune ne sera comblée que le jour où la tuberculose pulmonaire sera soumise à la déclaration obligatoire, et aussi quand on aura vaincu dans les classes populaires le préjugé qui frappe d'un cachet infamant ceux qui deviennent l'objet d'une mesure de désinfection.

Les mesures d'isolement des malades atteints de tuberculose pulmonaire décidées en principe par la commission de la tuberculose ont reçu un commencement d'exécution par la création dans les hôpitaux généraux de quartiers spéciaux réservés à cette catégorie de malades.

A cet égard, il faut avouer avec MM. Netter et Beaulavon, que, contrairement à ce qui est arrivé en Allemagne, les préoccupations prophylactiques ont pris le pas sur l'idée de réforme thérapeutique. Chez nos voisins, le grand mouvement en faveur des tuberculeux pauvres fut engagé par les offices d'assurance contre l'invalidité, soucieux, avant tout, d'économiser des vies humaines et, par le fait, des rentes. Il en est résulté que tous les efforts se sont concentrés sur les prédisposés à la tuberculose, sur les malades à la période initiale, surtout capables de se remettre vite et de façon durable. Par contre, on a négligé presque complètement les phtisiques avancés qui, comme source de diffusion du contage, sont assurément les plus redoutables pour leur entourage.

A Paris, on a d'abord isolé pêle-mêle les bacillaires de tous les degrés sans avoir égard aux inconvénients de cette promiscuité, non seulement démoralisante pour ceux qui sont encore curables, mais encore incompatible avec le calme et le silence qu'exige la cure de repos pour être efficace. Ainsi compris, l'isolement apparaît surtout comme une mesure de protection au profit des non-tuberculeux, mais n'a pas fait faire un pas au problème de la guérison. Il est du reste encore bien limité.

L'isolement dans des pavillons spéciaux a été inauguré à Lariboisière et à Boucicaut par l'ouverture de deux services représentant un total de 191 lits. Les projets consentis lors de la réunion de la commission de la tuberculose comportent une dépense 5 400 000 francs (1). Ils prévoient la création pour les phtisiques de : 240 lits à Laënnec, 240 à Tenon, 150 à l'Hôtel-Dieu, l'édification sur les terrains encore disponibles de pavillons nouveaux à Saint-Antoine (500 lits), à la Pitié (250 lits), à Broussais (200 lits), à Cochin (250 lits), à Bichat (80 lits). Nous ignorons où en est l'exécution de ces différents projets. Leur ensemble doit doter la ville de 1080 lits disponibles pour les phtisiques, mais au prix de sommes relativement considérables et en aggravant encore l'encombrement des terrains hospitaliers. Des pavillons d'isolement urbains seront toujours nécessaires sans doute, mais n'est-ce pas leur donner trop large place et cela pour sacrifier les établissements de cure dignes de ce nom que représente seul le sanatorium d'Angicourt ouvert en 1900 et disposant de 160 lits en tout?

Le bilan de l'isolement à Boucicaut et à Lariboisière n'est guère encourageant et montre toute la distance qui sépare ces services des véritables maisons de cure où, seraient soignés en air pur, et dans des salles garnies d'un petit nombre de lits, des malades soumis à une sélection sévère.

A l'hôpital Boucicaut, M. Letulle (1) avec les deux salles qui lui furent confiées (14 lits de femmes et 21 lits d'hommes) a cherché à réaliser avec les ressources dont il disposait, une manière de service modèle. Grâce à quelques chaises longues et à deux tentes-abris, la cure d'air et de repos a pu être ébauchée, tout au moins dans la belle saison. L'addition aux deux principaux repas d'un plat supplémentaire et une distribution plus large des œufs et du lait ont permis de soumettre les malades à une sorte de suralimentation. Malgré ces heureuses initiatives et les bonnes conditions présentées par un établissement aménagé selon les derniers progrès de l'hygiène moderne, la mortalité n'en a pas moins atteint en un an (1897-1898) 29,46 p. 100, soit près d'un tiers des malades. Sur 146 survivants, la plupart sont sortis très améliorés ou stationnaires, aucun n'était radicalement guéri.

A Lariboisière, où l'installation est moins confortable et le régime conforme à celui des autres hôtes de l'hôpital, la mortalité n'est cependant pas sensiblement plus élevée (29,91 p. 100). On s'y est contenté de diviser par des cloisons les anciennes salles en petits compartiments. Il semble pourtant facile de faire mieux. Ainsi, l'improvisation de galeries de cure garnies de chaises longues, où les malades chaudement vêtus pourraient reposer en plein air à l'abri du vent même, en hiver, une alimentation plus copieuse et plus variée constituerait déjà un heureux progrès. Mais, même avec ces améliorations, il n'en est pas moins certain que : le voisinage des tuberculeux cavitaires, le système des grandes salles encombrées de trop de lits où le silence et le recueillement si favorables à la guérison sont presque irréalisables, seront toujours des conditions très défectueuses. L'isolement doit être pratiqué non *contre* le malade mais *pour* lui (Letulle).

Le sanatorium suburbain, ou même plus lointain, apparaît donc comme le seul remède efficace au mal. La preuve en est dans les résultats obtenus par la méthode à l'étranger. Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

La moyenne en est répartie comme il suit : guérisons : 30 à 35 p. 100; améliorations : 40 à 45 p. 100. C'est-à-dire 60 à 80 p. 100 des malades rendus à la vie active et capables de travailler pendant un temps plus ou moins long (Netter et Beaulavon). Ces proportions, même en tenant compte de la curabilité des cas traités, n'en sont pas moins de force à entraîner la conviction. Pareil exemple doit être suivi en France, mais nous devons tendre à faire mieux encore, car la société a le devoir de secourir tous les phtisiques et l'assistance charitable ne doit pas humainement établir de distinction entre curables et incurables, ou, du moins, cette sélection doit s'exercer aussi discrètement que possible. Nous aurons sujet de revenir sur les différents procédés proposés en vue de combler cette lacune. En tout cas, une première initiative s'impose, c'est pour notre pays de s'associer dans

(1) Voy. Th. de Sersiron.

(1) LETULLE. *Presse méd.*, 1898.

la mesure de ses ressources publiques et privées au grand mouvement en faveur des sanatoria populaires déjà si avancé ailleurs.

IV

Etat actuel de la lutte contre la tuberculose en France et a l'étranger. — L'Allemagne (1), à ce point de vue, tient le premier rang avec ses 64 sanatoria représentant un ensemble de 7208 lits, susceptibles de guérir par an 28000 à 30000 tuberculeux pauvres. Cette puissante organisation a pour base l'assurance obligatoire ouvrière.

L'Angleterre dispose de 1500 lits, les Etats-unis de 737. La Suisse possède 366 lits pour tuberculeux pauvres répartis en sept sanatoria populaires : le sanatorium de Heiligenschwendi pour la ville de Berne (110 lits), celui de Davos-dörfli pour la ville de Bâle (86 lits); le sanatorium de Wald pour la ville de Zurich (90 lits) : ceux de Braunwald (28 lits) de Malvilliers (22 lits), l'asile pour femmes de Feydey dans le canton de Vaud (15 lits), et dans le même, l'asile pour hommes de Leysin (15 lits). En Hongrie s'élève à quelques kilomètres de Budapest le premier sanatorium populaire erigé dans cette région. En Norvège, fonctionne depuis 1897 le sanatorium de Reknaës près de la ville de Molde. Un autre sanatorium populaire de 80 lits est en construction à Lysterfjord. En Espagne enfin existe, dans la province de Valence, le sanatorium populaire de Porto-Cœli, fondé et entretenu par l'initiative privée, les cotisations des ouvriers et les sommes versées par quelques malades payants. En Belgique s'est fondée une ligue nationale belge contre la tuberculose, qui a déjà réuni des fonds importants pour la création de sanatoria populaires.

Si maintenant, revenant en France, nous passons en revue les différentes tentatives faites en vue de la cure rationnelle des phtisiques pauvres depuis une vingtaine d'années, nous constatons que l'initiative privée occupe dans le mouvement une part bien plus importante que l'État et les municipalités.

La lutte contre la tuberculose (2) a porté ses premiers efforts sur l'assistance des jeunes sujets atteints de tuberculoses locales osseuses (mal de Pott), articulaires (coxalgie, tumeurs blanches) ou ganglionnaires, des enfants lymphatiques, scrofuleux ou rachitiques. Ces différentes affections ressortissent toutes à la cure marine. Celle-ci est appliquée d'abord à Berck (Pas-de-Calais), dans l'hôpital maritime dépendance de l'Assistance publique de Paris, et dans deux établissements privés (hôpital Rothschild et fondation Cazin-Perrochaud). L'initiative charitable des particuliers a fondé et entretient d'autres établissements analogues. L'œuvre des hôpitaux marins, fondée en 1887 et présidée récemment encore par M. Bergeron, recueille les enfants prédisposés à la tuberculose ou atteints de tuberculoses locales fermées non contagieuses. Elle exerce ses bienfaits dans deux établissements : 1° le sanatorium de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales), qui, disposant d'une installation chirurgicale, reçoit les enfants les plus atteints et justiciables d'intervention; 2° le sanatorium de Saint-Trojan (île d'Oléron), plus spécialement destiné aux débilités. Ces deux maisons de cure comprennent actuellement 350 lits, répondant à un budget annuel de 183000 francs, les enfants payent 2 francs par jour.

C'est aux mêmes conditions que sont admis les enfants au sanatorium d'Arcachon, qui traite les mêmes formes de tuberculose.

Il existe à Saint-Pol-sur-Mer (Nord), un sanatorium qui reçoit les enfants scrofuleux et rachitiques de la région, âgés de deux à dix-huit ans, moyennant une contribution individuelle de 1 fr. 50 par jour.

L'Œuvre des enfants tuberculeux (ou Œuvre d'Ormesson), fondée par Hérard et dirigée par M. L. Petit, se propose de secourir, contrairement aux précédentes, les enfants atteints de tuberculose pulmonaire. Grâce à ses progrès constants et anx ressources qu'elle puise dans une loterie au capital de 7000000, autorisée en sa faveur, elle arrive à assister annuellement une moyenne de 94000 enfants. Elle comprend : un dispensaire parisien, deux hôpitaux, un pour les garçons à Ormesson (Seine-et-Marne), un pour les fillettes de dix à seize ans à Villiers-sur-Marne (220 lits); une maison de cure à Saint-Martin-Lantosque (près Nice, à 1050 mètres d'altitude), pouvant admettre 80 malades; et, en outre, plusieurs colonies agricoles pour jeunes tuberculeux guéris (Poissy-le-Grand, Trémilly, Ménillet, Rougemont). Le budget annuel de cette œuvre atteint maintenant environ 350000 francs.

Un des premiers établissements de bienfaisance pour tuberculeux adultes qui ait été ouvert en France, et à la prospérité duquel le concours de la presse parisienne a largement contribué, est l'hôpital de Villepinte, dont les débuts assez modestes, entre Livry et le Raincy, datent de 1877; il fut transféré en 1881 au château de Villepinte, où primitivement il ne disposait que de 40 lits. Ce chiffre fut porté successivement à 70 en 1882 et à 218 en 1893. L'œuvre secourt les jeunes filles poitrinaires à tous les degrés. Elle a acquis à Champrosay une propriété dont le séjour est réservé aux jeunes filles anémiques; elle possède enfin, à Hyères, le sanatorium Alice-Fagniez, qui, par sa situation et son aménagement, répond mieux aux exigences actuelles de la cure hygiénique de la phtisie.

A Cimiez (Alpes-Maritimes) fonctionne, depuis dix ans, un sanatorium de 20 lits réservé aux israélites (étudiants, employés de commerce, demoiselles de magasin). Les malades y sont soumis au traitement hygiéno-diététique. L'établissement, situé à 120 mètres au-dessus de la mer, sur un sol sec et rocheux, exposé au sud-est, à l'abri des vents du Nord, se compose exclusivement de chambres à un lit chauffées à la vapeur à basse pression. Les statistiques donnent 25 p. 100 de guérisons absolues ou relatives et 69 p. 100 d'améliorations. Mais il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'un sanatorium populaire.

Au Cannet, M. Vandremer (1) a eu l'heureuse idée d'ouvrir une colonie agricole, dans laquelle des convalescents de tuberculose pulmonaire ou des tuberculeux tout à fait au début de leur mal, et capables de déployer une certaine activité, sont initiés, dans la mesure de leurs forces, aux travaux des champs et à l'horticulture, cela dans un air pur et doux, qui, avec le régime réconfortant, favorise la guérison complète.

La lutte contre la tuberculose, sous la forme la plus féconde, qui est la fondation d'établissements populaires de cure, s'engage un peu partout en France, à Paris et en province.

Au point de vue prophylactique, depuis longtemps déjà,

(1) Letulle. *Presse méd.*, 8 sept. 1900, et Cong. de Berlin, 1899.

(2) Voy. : Les sanatoria populaires et les œuvres d'initiative privée, *Œuvre antituberculeuse*, 1900.

(1) Vandremer. La colonie agricole du Cannet, *Œuvre antituberculeuse*, 1900, t. I, p. 77-85.

la Ligue contre la tuberculose, de M. Armaingaud (1), s'efforce, tant par la distribution de brochures que par des conférences publiques multipliées et par la coopération du corps enseignant, de vulgariser la notion de contagion de la tuberculose et des mesures les plus efficaces à prendre contre elle. Son but, limité jusqu'ici à l'hygiène préservatrice, n'en est pas moins éminemment utile et fécond.

Nous avons dit ce qui avait été fait jusqu'ici à Paris pour l'isolement des phtisiques dans les hôpitaux. Le sanatorium d'Angicourt (Oise), récemment inauguré, et sous la direction médicale de M. Plicque, représente la première tentative de traitement hygiéno-diététique appliqué par l'Assistance publique aux tuberculeux pauvres. Susceptible actuellement de recevoir 160 malades, il se composera, une fois achevé, de deux bâtiments de 100 lits chacun, reliés chacun par une galerie vitrée (un seul est ouvert). Situé sur l'arête vive d'un plateau de 95 mètres d'altitude, dominant la vallée de l'Oise, au milieu d'un bois de sapins de 40 hectares, il a été aménagé sur le modèle des établissements similaires allemands, mais dans des conditions beaucoup plus onéreuses.

Mais la lutte antituberculeuse, à Paris, a pris son véritable essor en dehors des sphères officielles avec la fondation de l'œuvre dite : *Société anonyme des sanatoriums populaires pour tuberculeux adultes de Paris* (2). Cette œuvre a succédé à un premier comité médical d'initiative pour la création de sanatoria populaires en France, formé en 1898 à la suite du Congrès de la tuberculose; elle fut constituée sous le haut patronage de l'Académie, de la Faculté et du corps médical des hôpitaux; elle a pour secrétaire général M. Sersiron, qui, par sa louable initiative, a dirigé ses premiers pas. Son but est de recueillir au sanatorium des tuberculeux pauvres, soit gratuitement, soit grâce à la contribution d'institutions bienfaisantes, de caisses de malades, de sociétés de secours mutuels. Les malades ayant des ressources modestes pourront être admis en payant les frais de leur séjour. Les sociétés industrielles et commerciales, les administrations publiques ou privées auront la faculté d'y faire soigner leurs employés aux mêmes conditions. Après quatre mois d'existence, l'œuvre avait déjà réalisé par souscription un capital de 326100 francs. Elle se proposait, à l'origine, d'édifier dans les environs de Paris un établissement de 100 lits. A l'heure qu'il est, le capital s'élève à 342000 francs; il faut y joindre en outre une rente de 14000 francs et une propriété de 80 hectares de parc et hautes futaies récemment acquise à Briis-sous-Forges, près de Limours (Seine-et-Oise). Il ne s'agit plus d'un seul sanatorium de 100 lits, mais de deux; les plans du premier, dus à M. Magne (de l'Institut), sont, paraît-il, à peu près terminés. M. Sersiron a fondé, de concert avec M. Dumarest, une revue intitulée : *L'Œuvre antituberculeuse*, qui publie tous les renseignements relatifs à l'assistance des tuberculeux et a pour but d'établir un lien commun entre les diverses œuvres locales. Nous lui avons fait de nombreux emprunts.

La banlieue parisienne s'intéresse aussi à la lutte antituberculeuse. Il s'est fondé en effet, à Bois-Colombes, sous les auspices du sénateur Strauss, si compétent en pareille matière, une œuvre pour la prophylaxie de la tuberculose et le placement gratuit des tuberculeux indigents dans les sanatoria. Elle se propose d'étendre ses bienfaits sur les départements de la Seine et de Seine-et-Oise. Dans chaque commune doit fonctionner un comité d'initiative présidé par le maire et, de concert avec lui, un comité de dames patronesses. L'œuvre est déjà venue en aide à plusieurs phtisiques envoyés par ses soins dans leur pays d'origine, en attendant qu'elle entre en jouissance du sanatorium projeté aux environs de Montmorency.

Un sanatorium populaire est également en projet pour la ville de Versailles, et la question de l'assistance aux phtisiques pauvres a servi, lors des derniers scrutins municipaux, de plate-forme électorale à plusieurs candidats.

En province aussi, l'idée est en marche et fait journellement d'importants progrès.

A cet égard, Lyon mérite une place d'honneur. Sous la direction de M. Dumarest (1), et grâce à la générosité de MM. Sabran, Félix, Manginé et autres souscripteurs de cette ville, a pu s'élever dans l'Ain, à Hauteville (830 mètres d'altitude), une manière de sanatorium modèle destiné aux malades de la classe moyenne. Les bâtiments offrant une façade concave et munis d'une galerie de cure, sont situés sur la pente d'un plateau sablonneux, dans un bois de sapins de plusieurs hectares, à l'abri des vents du Nord-Est. L'établissement est presque achevé et son ouverture est imminente.

Bordeaux, Lille, Nancy, Rouen auront aussi prochainement leur sanatorium.

A Bordeaux s'est fondée, sous les auspices de MM. Dupeux (2) et Durand, l'œuvre du Sanatorium girondin, qui a déjà réuni par souscription un capital de 60000 francs, auquel doit s'ajouter le produit d'une loterie déjà autorisée (40000 francs). Une société anonyme, au capital de 75000 francs, a acquis, près de Pessac, le domaine des Feuillas, qui sera loué à l'œuvre jusqu'à ce qu'elle soit en situation de l'acquérir définitivement.

M. Ausset dirige à Lille la Ligue du Nord contre la tuberculose qui, grâce au produit d'une souscription ouverte à Lille, Roubaix et Dunkerque (100000 francs), va pouvoir construire à Avesnes un sanatorium populaire.

MM. Spillmann et Hausalter, après avoir étudié sur place quelques sanatoria allemands, doivent élever pour la ville de Nancy, à Lay-Saint-Christophe, une maison de cure dont le terrain est déjà acheté et les plans faits. Une souscription a permis de recueillir un capital de 80000 francs.

Le Sanatorium rouennais (3), grâce aux louables efforts de MM. Halipré et Nicolle, s'élèvera aussi rapidement en un emplacement déjà choisi.

Au Havre, dès 1898, MM. Sorel, Frottier et Lecène s'occupaient de la création pour la région d'un sanatorium modèle et entreprenaient dans ce but un voyage d'étude en Allemagne. Au nouvel hôpital Pasteur, M. Frottier (4) a déjà aménagé, en vue de la cure hygiéno-diététique, les pavillons d'isolement consacrés aux phtisiques. Mais bien évidemment, il n'est question là que d'une installation d'attente, fort utile cependant.

Orléans (D[rs] Denance, Pilate, Beaurieux, Geffrier), Le Mans (D[r] Poix), Bourges, Clermont, Semur (D[r] Simon), grâce à la fondation d'œuvres de propagande et d'initiative, prennent

(1) Armaingaud. Voy. Cong. de Paris pour l'étude de la tuberculose, 1898.

(2) Voy. *Œuvre antituberculeuse*, 1900, t. I.

(1) Voy. Dumarest. *Lyon méd.*, 1900, t. XI, p. 250, et Guinard. Cong. de Naples, 1900, et *Œuvre antituberculeuse*, 1900.

(2) Dupeux. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900, t. XXX, p. 471-473. — *Œuvre antituberculeuse*, 1900.

(3) Voy. *Presse méd.*, 18 juillet 1900.

(4) Frottier. *Œuvre antituberculeuse*, 1900.

une part plus ou moins active au mouvement et seront vraisemblablement, dans un avenir prochain, dotés de sanatoria.

Cette énumération était indispensable pour montrer dans quelle mesure la France s'associe au mouvement antituberculeux. On ne peut nier que, de toute part, de grands progrès soient en train d'être réalisés; mais ce n'est que dans quelques années qu'il sera permis d'en apprécier les bienfaits effectifs. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(21 février 1901)

La discussion sur le **traitement du cancer par le sérum de Wlaef** se traîne, un peu languissante. Les mêmes arguments reparaissent, les uns en faveur de la méthode, les autres contre elle. Toutefois, si M. Quénu ne lui accorde quelque valeur que dans les cas inopérables, il insiste sur la nécessité de ne pas perdre son temps, de ne pas s'endormir dans une dangereuse confiance et de continuer à opérer le plus tôt possible les cas opérables.

MM. Berger et Reynier continuent à défendre la méthode de Wlaef, non pas comme absolument efficace, non pas comme capable d'amener la guérison, mais bien comme capable d'amener une certaine sédation des symptômes, un certain arrêt dans la marche de l'évolution du cancer. M. Berger a vu nettement disparaître, sous l'influence de ce traitement, des hémorragies de cancers du rectum; il a vu des ulcérations de cancer lingual se cicatriser, il a vu des engorgements ganglionnaires diminuer; mais il n'a jamais vu rien de tout cela disparaître complètement, jamais de guérisons au sens propre du mot, mais souvent de réelles améliorations. C'est déjà quelque chose, il faut bien le reconnaître.

M. Reynier proteste contre cette opinion émise par M. Lucas-Championnière que le sérum normal, dans certains cas, puisse avoir donné d'aussi bons résultats que le sérum d'oies immunisées. M. Wlaef a fait lui-même des expériences comparatives avec ces deux sérums et il n'y a rien de semblable dans les effets si l'on y regarde d'un peu près. Avec le sérum normal, il n'y a pas de leucocytose, avec le sérum immunisé, il se fait une leucocytose des plus prononcées. Il en est de même pour la diphtérie : le sérum normal de cheval ne donne pas les mêmes résultats que le sérum de cheval immunisé. En somme, avec M. Berger, M. Reynier admet que le sérum de Wlaef exerce une action favorable évidente sur le cancer.

Au début de la séance, nous avons entendu une intéressante communication de M. Launois sur le **traitement du cancer par les injections de sels solubles de quinine**, en particulier du chlorhydrate de quinine.

La fin de la séance a été consacrée à une petite discussion sur la **cure radicale de certaines hernies inguinales** à propos d'un rapport de M. Chauvel.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.

Depuis 1897, M. Rollet, chirurgien des hôpitaux de Lyon, emploie dans les conjonctivites non blennorragiques et dans les kératites infectieuses le bleu de méthylène en collyre. Les instillations de ce médicament ont l'avantage de ne pas provoquer d'hyperémie conjonctivale comme les sels mercuriels. M. le professeur Courmont, qui a utilisé les mêmes collyres au cours de l'épidémie récente de variole à Lyon, est ainsi arrivé à juguler toute ophtalmie au début.

Ces résultats ont amené M. Rollet à utiliser le bleu de méthylène en injections sous-conjonctivales :

« Pour les injections de bleu, dit-il (1), nous employons généralement une solution aqueuse à 1/500; après cocaïnisation de l'œil, l'aiguille de la seringue en cristal de Lüer est introduite sous la conjonctive qu'elle accroche et soulève, puis quelques gouttes sont instillées sous la conjonctive malade ou près de la cornée, en cas de kératite. Une petite boule se forme, remplacée aussitôt par une traînée ou une grosse tache bleue. Il n'y a aucune douleur, ni aucune hyperémie conjonctivale périphérique. Quatre ou cinq heures après, toute coloration a disparu et le lendemain il n'est pas possible de dire s'il a été fait une piqûre; il n'y a jamais d'œdème ni de cicatrice épiscléro-conjonctivale, comme après les injections mercurielles.

Ces injections indolores peuvent donc être faites quotidiennement; elles nous ont donné d'excellents résultats dans les ulcères cornéens et les kérato-conjonctivites tenaces. Dans les conjonctivites, après la piqûre on voit les papulo-pustules perdues dans la tache bleue ou soulevées par elle. Dans l'iritis, l'injection me semble agir, quoique je ne l'aie jamais vu pénétrer dans la chambre antérieure et dans les ulcères de la cornée, plus ils se rapprochent du limbe, plus l'injection aura un succès rapide et sûr. »

Quelle que soit l'action du bleu de méthylène, qu'il agisse comme révulsif ou comme antiseptique, on peut désormais le considérer comme un agent extrêmement utile dans les affections oculaires externes.

Traitement du goitre par l'administration interne de la teinture d'iode à doses massives.

M. Léon Beco (de Liège) a coutume de prescrire d'abord aux goitreux de l'iodure de potassium dissous dans du sirop d'iodure de fer, à la dose moyenne de 5 grammes de sel pour 250 de sirop. Cette préparation généralement bien supportée, à la dose de trois cuillerées à soupe aux repas, donne souvent de bons résultats et amène alors, en peu de mois, la diminution et la disparition de goitres souvent volumineux.

Si l'effet tarde à se produire, M. Léon Beco administre la *teinture d'iode à l'intérieur*.

Au début il la donnait timidement, atteignant rarement XX gouttes par jour en trois fois.

Actuellement il prescrit : teinture d'iode *fraîche* 25 grammes et iodure de potassium 5 grammes, à prendre de V à XL gouttes, suivant l'effet, dans un verre d'eau ou de bière, avant ou après les repas, trois fois par jour.

« Il n'est pas superflu, dit l'auteur, lorsqu'on prescrit ces doses, de multiplier les points d'exclamation (!) dans le libellé de la recette et d'avertir, en outre, le malade que, si la dose paraît forte, elle est indispensable et souvent employée. Le pharmacien est souvent effrayé et ne parvient pas toujours à cacher ses appréhensions. Maintes fois des malades m'ont déclaré après coup que sans nos recommandations, ils n'auraient osé absorber ce remède si connu... pour usage externe !

Nous avons également obtenu de bons effets de cette préparation dans les adénites chroniques, notamment en quelques cas dont nous nous souvenons, dans lesquels les préparations arsénicales étaient restées inefficaces.

Parfois nous l'avons donnée chez des syphilitiques qui

(1) *Lyon méd.*, 17 fév. 1901.

supportaient mal l'iodure à dose suffisante. Encore ici le médicament a eu d'heureux effets. Récemment cependant, chez une syphilitique qui fait d'incessantes poussées de gommes dans le voile du palais et dans la paroi pharyngienne, malgré une médication intensive iodo-mercurielle, nous y avons eu recours sans d'autre résultat palpable que celui de pouvoir continuer la médication, alors que des doses de 4 à 6 grammes d'iodure n'étaient plus supportées. Nous ne lui avons pas constaté une efficacité spéciale chez cette malade, alors que nous sommes parvenus à guérir des sujets qui reculaient devant l'iodure seul à toutes doses. »

Sans vouloir faire de comparaisons avec d'autres méthodes et sans avoir la prétention d'en faire une méthode nouvelle, M. Léon Beco préconise ce procédé parce qu'il est simple et d'un emploi facile (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale [IIe série] (2), par M. G. Pouchet.

Le volume contenant la deuxième série des *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale* du professeur Pouchet, qui vient de paraître, était impatiemment attendu par tous les thérapeutes. Leur attente ne sera pas déçue. Ecrit dans le même style concis et clair que le volume précédent, le livre traite de la façon la plus heureuse des *hypnotiques* et des *modificateurs intellectuels*.

Tandis que les leçons résumées dans le volume précédent ne traitaient que des substances tirées du règne minéral d'origine absolument chimique (protoxyde d'azote, chloroforme, éther, chloral, cocaïne, etc.), toutes substances dont la synthèse peut être faite de toutes pièces, le professeur étudie cette année un grand nombre de médicaments très importants qui appartiennent au règne végétal, tels que l'opium et le chanvre indien, en attendant d'aborder la quinine, l'antipyrine et une foule de substances dont les préparations galéniques présentent le plus haut intérêt.

C'est ce point qu'il étudie dans sa première leçon qui est consacrée aux préparations galéniques et à leur importance en thérapeutique. M. Pouchet montre par des exemples d'une clarté extrême la différence d'action physiologique et médicamenteuse qui peut exister entre les préparations galéniques et les principes actifs proprement dits. « En effet, dit-il, les préparations galéniques contiennent la presque totalité des substances actives de la plante : c'est là tout au moins l'idéal de la préparation galénique, c'est de rassembler toutes les substances actives existant dans la plante. Au contraire, l'isolement des principes actifs ne vise qu'une chose : séparer à l'état de pureté plus ou moins parfaite les composés qui passent pour être les uniques principes actifs, animaux ou végétaux. »

A la suite de cette première leçon, que l'on devrait donner à méditer aux jeunes médecins, M. Pouchet étudie successivement le sulfonal et ses dérivés (leç. II), les accidents d'intoxication causés par le sulfonal; le trional (leç. III), ses accidents d'intoxication; la paraldéhyde (leç. IV), ses modes d'administration ; l'hydrate d'amylène, le groupe des acétals, l'hypnone, les uréthanes, l'association du trional avec la paraldéhyde (leç. V).

Les modificateurs intellectuels, les alcools en général, l'alcool éthylique, la fermentation sans levure, etc., sont étudiés de la VIe à la XVIe leçon. M. Pouchet passe ensuite en revue les vins et les boissons fermentées et consacre la dernière partie de son ouvrage, non la moindre, à une magistrale étude de l'opium et ses alcaloïdes et du chanvre indien.

Les praticiens comme les étudiants liront avec fruit les leçons du professeur Pouchet, et ils les conserveront avec soin comme un guide fidèle et sûr dont on aime à ne point se séparer.

Manuel de thérapeutique clinique (1). *Partie médicale*, par G. Lemoine.

Ce livre n'est que le résumé des leçons professées par l'auteur à la Faculté de médecine de Lille. « C'est essentiellement, disait M. Lemoine dans la préface de la première édition, un livre de vulgarisation, et je me suis attaché à en écarter systématiquement tout ce qui est science pure et tout ce qui n'a pas trait, d'une façon immédiate, à la pratique de la médecine. »

Le plan général en est simple : l'auteur étudie successivement le *traitement des maladies générales*, le *traitement des maladies de la nutrition*, le *traitement des maladies de divers appareils*, et termine par un court résumé de *posologie générale* et de *posologie infantile*. Avant d'entrer dans les détails thérapeutiques nécessaires, l'auteur a soin de rappeler, dans une brève introduction, les caractères généraux et l'étiologie de la maladie étudiée, de signaler ses principaux symptômes et ses complications, d'envisager ses conséquences et son retentissement sur l'état général. Ceci fait, il aborde la question thérapeutique en se plaçant constamment sur le terrain pratique, en laissant systématiquement dans l'ombre tout ce qui n'est pas absolument indispensable au traitement. Autant que possible, pour un cas donné, une seule médication est étudiée, mais alors avec tout le soin et tous les détails nécessaires. C'est, en effet, un travail de sélection qu'a voulu faire l'auteur, choisissant parmi les méthodes thérapeutiques applicables à un même cas, celle qui lui paraît la meilleure, et cherchant à donner les indications précises de cette méthode.

Le *Manuel de thérapeutique clinique* a comblé une véritable lacune, en permettant aux médecins qui ne peuvent « se perdre dans le dédale de médications dont la thérapeutique est encombrée », de faire de bonne et utile besogne. Ceci explique la faveur avec laquelle ont été accueillies les deux premières éditions, et laisse prévoir le succès qui attend une troisième édition, consciencieusement revue et mise au courant de la science par l'auteur lui-même. L. B.

Traité théorique et pratique de la carie dentaire (2), par le docteur J. Redier, professeur à l'Université catholique de Lille.

Le *Traité théorique et pratique de la carie dentaire* de M. le professeur Redier est une œuvre originale et personnelle qui, par sa clarté, par la façon à la fois scientifique et pratique dont elle est conçue, mérite de prendre rang parmi les ouvrages de médecine classique.

L'ouvrage se divise en deux parties : 1° une partie théorique comprenant l'anatomie pathologique, l'histologie, la bactériologie, la pathogénie et l'étiologie de la maladie ; 2° une partie pratique dans laquelle sont exposés les symptômes, les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L'auteur, après avoir tracé une division nouvelle et très rationnelle de la maladie, basée sur l'anatomie pathologique et qui se trouve, en outre, justifiée par la symptomatologie et le traitement, expose le résultat de ses recherches personnelles sur l'anatomie et la physiologie pathologique de la carie. Les lésions de chaque tissu y sont étudiées successivement, et la démonstration en est facilitée par une série de figures originales très heureusement choisies : nous

(1) *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, déc. 1900.

(2) Gr. in-8°. Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

(1) 3e édition. In-18. Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) In-8° raisin, 344 pages. Prix : 7 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

signalons en particulier les lésions de la dentine avec les trois zones de ramollissement, d'invasion et de défense et les considérations générales sur la bactériologie de la carie dentaire.

La pathogénie et l'étiologie longuement étudiées seront consultées avec fruit par le médecin.

La partie pratique n'est pas moins intéressante. Après l'exposé détaillé de la symptomatologie, le diagnostic est traité de la manière la plus complète et ensuite résumé dans un tableau qui met en relief les signes distinctifs de chacune des périodes de la maladie. Pour le diagnostic différentiel, toutes les variétés de douleurs, ou, pour employer l'expression de l'auteur, toutes les *algies* de la région sont passées en revue et les caractères propres à chacune d'elles sont mis en regard des symptômes concomitants, de manière à montrer ce qui distingue celles qui sont propres à la carie.

Enfin, après avoir indiqué les complications, la marche et la terminaison, l'auteur aborde la question du traitement qui occupe environ la moitié de l'ouvrage.

Le traitement se divise en deux parties, la thérapeutique et la médecine opératoire : toutes deux sont traitées avec les plus grands détails.

Nous en dirons autant du chapitre consacré à l'obturation où sont exposées complètement les méthodes d'obturation, leurs indications et enfin les accidents dont l'obturation peut s'accompagner.

Traité des varices des membres inférieurs et de leur traitement chirurgical (1), par M. Ch. Rémy.

L'étude méthodique des varices et des diverses méthodes thérapeutiques qu'on peut leur opposer nécessite une connaissance approfondie des veines des membres inférieurs et des conditions dans lesquelles s'effectue la circulation veineuse. Aussi le livre de M. Ch. Rémy commence-t-il par un chapitre d'*anatomie et physiologie normales*, dans lequel l'auteur décrit successivement les différentes veines du membre inférieur (veines superficielles, communiquantes et profondes), leurs valvules, leur structure et enfin leurs fonctions. Cette étude nous fait mieux comprendre les différentes lésions qui caractérisent ou accompagnent les varices : l'ampoule variqueuse proprement dite, les lésions des tissus voisins. Dans le chapitre *étiologique*, M. Rémy insiste justement sur le rôle capital de la fatigue et de l'hérédité dans le développement des varices. La *symptomatologie générale*, les *formes cliniques*, le *diagnostic* et le *pronostic* terminent la première partie du livre.

L'étude des *complications* occupe à elle seule toute la seconde partie : les ruptures, la phlébite, les dermites, l'éléphantiasis et surtout l'ulcère sont rigoureusement décrits dans leurs symptômes propres, dans leur évolution et dans leur diagnostic. Enfin, dans une deuxième partie, M. Rémy expose le *traitement* des varices, tel que l'ont fait les recherches modernes. Chacune des thérapeutiques préconisées à l'heure actuelle (traitement palliatif, repos, traitement chirurgical, traitement des complications) est minutieusement décrite et discutée. On voit que l'auteur ne s'est pas contenté de reproduire plus ou moins fidèlement les opinions des autres, mais qu'il a voulu apporter sa contribution personnelle ; et ce n'est pas un de ses moindres mérites d'avoir, sur un sujet qui paraissait épuisé, énoncé clairement quelques idées nouvelles.

L. B.

La fièvre typhoïde dans les pays chauds (2), par M. J.-C. Crespin.

« J'avais remarqué que, dans les pays chauds, la fièvre tyhoïde présentait certaines particularités à peine indiquées dans les traités classiques, et j'avais pensé qu'il y avait intérêt à fouiller de ce côté, persuadé qu'il s'agissait là sans doute d'une de ces influences climatériques naguère mystérieuses, encore si mal précisées aujourd'hui et nullement négligeables dans l'étude des causes morbigènes. »

C'est par ces lignes que débute le livre de M. J.-C. Crespin. Après quelques pages d'historique, l'auteur aborde immédiatement l'*étude de l'étiologie et de l'épidémiologie* de la dothiénentérie dans les trois départements de notre colonie algérienne, et montre que la morbidité et la mortalité de la maladie varient suivant les mauvaises conditions hygiéniques (eaux impures, égouts non étanches), suivant certaines conditions climatériques (chaleur, humidité, etc.), et enfin, suivant certaines dispositions spéciales du terrain de telle ou telle localité.

Les *déterminations cliniques* de la maladie sont ensuite étudiées par appareils, ce qui permet ensuite à l'auteur, dans une excellente *synthèse clinique*, de préciser les caractères généraux de la fièvre typhoïde en Algérie, ses différents types et ses terminaisons. Dans ce chapitre, M. Crespin insiste justement sur la description de la typho-malarienne qui a soulevé tant de discussions passionnées et conclut, avec les auteurs les plus récents, à l'association de dothiénentérie et de malaria.

L'*anatomie pathologique*, le *diagnostic*, le *pronostic* et enfin le *traitement* sont ensuite traités par l'auteur. Un nombre considérable d'*observations* terminent ce livre où sont discutés avec une haute compétence nombre de problèmes intéressant au plus haut point le médecin, l'hygiéniste et le thérapeute.

L. B.

L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. Injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne. Technique, résultats, indications (1), par M. Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. N° 24 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, docteur Critzman, directeur.

La nouvelle méthode d'anesthésie générale par les injections intra-rachidiennes de cocaïne est, à l'heure qu'il est, absolument établie. M. Tuffier, le promoteur en France de cette méthode, consacre la présente monographie de l'Œuvre médico-chirurgical de M. Critzman à l'étude complète des indications et contre-indications de cette manière d'anesthésie, du manuel opératoire, des accidents qu'on peut observer et de l'influence de la cocaïne injectée dans l'espace dure-mérien sur la moelle épinière et les racines postérieures.

Cette étude complète constitue un guide indispensable pour tous ceux qui voudront remplacer le chloroforme, souvent dangereux, par les injections de cocaïne dans le canal rachidien, toujours inoffensives. La monographie de M. Tuffier est, au point de vue pratique, d'une importance extrême. Elle rend rigoureusement compte de tous les documents publiés jusqu'à ce jour.

Cours. — M. J. Jolly commencera le mardi 16 avril 1901, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Écoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à deux heures.

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Vigot frères.
(2) In-8°, 200 p., 10 fig.. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8°, Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1901. 74e ANNÉE. MARDI 26 FÉVRIER 1901. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr. UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr. Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'assistance des tuberculeux (*fin*), par M. A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. — A PROPOS DE L'YERBA MATÉ, par M. DEDET (de Martigny). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection sous-muqueuse de chlorure de zinc. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

L'assistance des tuberculeux (1).

Par M. A. SALLARD,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

V

BUT GÉNÉRAL A ATTEINDRE. — Il nous reste maintenant, après avoir rapidement rappelé les principes généraux qui doivent servir de base à l'installation de tout sanatorium populaire, à examiner les différents problèmes qui concernent le recrutement et la sélection des malades, et, pour terminer, nous passerons en revue ce qui a été dit sur le budget des sanatoria et sur les différents procédés proposés pour l'équilibrer. On verra que, sur ces différents points, les avis sont partagés et que l'accord est loin d'être fait.

Bien évidemment l'hygiéniste en matière de tuberculose doit poursuivre un double but : prophylactique et thérapeutique. Au premier répond un isolement aseptique bien conçu ; nous avons rappelé dans quelles conditions on avait cherché à le réaliser à Paris dans une certaine mesure. Le second est personnifié par le sanatorium pour phtisiques pauvres, les efforts pour l'atteindre commencent à se multiplier, mais n'ont encore que partiellement abouti. Une vaste organisation, capable de procurer à tout tuberculeux de la classe ouvrière et pendant un temps suffisant à sa guérison, le repos en plein air, l'alimentation réparatrice indispensable et, autant que possible, en venant au secours des siens, la sécurité morale non moins nécessaire, un tel ordre de choses est encore en France rudimentaire.

On tend de plus en plus à admettre comme un fait démontré la supériorité de la cure hygiéno-diététique dans des établissements spéciaux situés loin des grandes villes, des centres industriels et des grandes voies de communication, édifiés sur un sol perméable, à une altitude suffisante, en un climat sec, à l'abri des vents du Nord, divisés en chambres de 4 à 6 lits seulement, pourvus de galeries couvertes bien exposées. Cette méthode permet d'espérer chez la majorité des malades sans fièvre au début de la bacillose une amélioration considérable, sinon une régression définitive des lésions en un temps qui peut ne pas dépasser trois mois.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 23, 23 fév. 1901.

Ce traitement, il faut l'avouer, n'est encore à la portée que d'un nombre limité de privilégiés. Il faut souhaiter en étendre les bienfaits à la foule des tuberculeux qui vivent au jour le jour. La plupart mal nourris, surmenés, vivant souvent dans des conditions d'hygiène déplorables, tireront de ce genre de cure un bénéfice beaucoup plus appréciable encore que les favorisés du sort. De cette façon sera réalisé un véritable bénéfice social.

VI

DIVERS MODES DE RÉPARTITION DES MALADES. — Mais à supposer créés, prêts à fonctionner en nombre suffisant, des sanatoria populaires assez vastes pour admettre tous les tuberculeux manifestement susceptibles d'en tirer profit, c'est-à-dire les malades sans fièvre avec infiltration initiale, quel sera le sort de ceux ayant des lésions plus étendues ou plus avancées, de ceux en un mot que l'on aura des raisons de déclarer non curables? Leur refusera-t-on absolument le bénéfice de la cure d'air qui peut en sauver quelques-uns? Les condamnera-t-on à la fin presque inévitable qui les attend dans les hôpitaux urbains? Ou bien adoptera-t-on un terme moyen entre le sanatorium lointain et coûteux et le service d'isolement de la ville? Autant de points encore discutés.

Il semble que l'on soit d'accord pour admettre comme difficile ou impossible le placement de tous les bacillaires, sans distinction de degrés, dans les sanatoria lointains, et la nécessité d'une sélection méthodique. Où et comment peut-elle s'opérer? A cela répondent plusieurs solutions.

M. Navarre (1) considère comme pratiquement irréalisable pour l'indigent tuberculeux le sanatorium climatérique lointain. Il propose de lui substituer l'hôpital-hospice suburbain avec salles communes de dix lits, organisé en sanatorium. Dans ce projet, toute sélection disparaît. Selon l'auteur du reste, la distinction en curables et incurables n'est ni humaine ni scientifique, en l'absence d'un critérium absolu d'incurabilité, et la curabilité tout au moins fonctionnelle paraissant devenir la règle. La sélection ne serait représentée comme indispensable que dans deux conditions :

(1) NAVARRE et NIROT. Loc. cit. et Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof., 23 mai 1900.

les sanatoria allemands, entretenus par les offices d'assurance, ne traitent que les malades peu atteints, parce que sur ceux-là seulement ils comptent réaliser des économies; les sanatoria pour riches excluent les tuberculeux avancés, parce qu'ils nuisent à leurs statistiques. Le sanatorium doit donc en principe s'ouvrir pour les tuberculeux de tous degrés, il suffit simplement d'isoler les plus malades dans un pavillon spécial, sorte d'infirmerie.

Dans son rapport à la commission de la tuberculose, M. Letulle admet aussi en principe que tout tuberculeux quelle que soit la période de sa maladie doit être jusqu'à la fin réputé curable et traité comme tel. Son isolement sera toujours organisé en vue de sa protection de la manière la plus favorable à son traitement (isolement *pour*, jamais *contre* la maladie). Cependant, il se montre opposé à la promiscuité des phtisiques de tous ordres qui se nuiraient mutuellement. Il regarde comme inadmissible que des malades encore curables aient pour voisins des cavitaires qui, par leurs quintes ininterrompues, apportent une entrave absolue à la cure de repos.

M. Letulle propose donc : 1° pour les phtisiques dits incurables, dans les différents hôpitaux, des services aseptiques aménagés spécialement par petites salles de peu de lits, dans lesquels ils puissent attendre la mort en paix; 2° pour les tuberculeux encore curables retenus à la ville pour divers motifs, des pavillons installés en vue d'un essai de la cure hygiéno-diététique urbaine. Ces services ne seraient que des pis-aller, des pavillons d'attente où les malades curables attendraient leur placement dans les vrais sanatoria; 3° pour les tuberculeux les plus transportables, créer économiquement des sanatoria populaires provinciaux, où les lits soient en grand nombre, ou même, si cela est possible, les faire émigrer dans des colonies préparées dans ce but en Corse, en Algérie et en Tunisie. Mais cette émigration ne serait pratiquement réalisable qu'après un stage de trois mois dans un sanatorium, durant lequel le candidat serait observé et ferait l'apprentissage méthodique de l'hygiène qui lui convient, afin qu'il ne puisse devenir pour la colonie un agent de dissémination du contage. Une commission médicale serait chargée de classer les malades selon leur état morbide, leurs goûts et leurs aptitudes individuelles. M. Knopf fait ressortir les difficultés pratiques d'une pareille sélection en un seul examen forcément rapide et trouve préférable, avant de désigner un malade pour une colonie, de le placer dans un sanatorium provincial, où il sera astreint à quelques légers travaux, mesurés par le médecin. En effet, à la première période, un travail sagement réglé, de quelques heures en bon air, ne peut nuire. La fondation de M. Vandremer au Cannet remplit fort bien ces conditions.

Le problème de la sélection est du reste résolu par M. Knopf dans un sens très analogue à celui qu'adopte M. Letulle. Les sanatoria vrais, selon lui, sont bien destinés aux tuberculeux au début, mais que faire des caverneux? Les placer dans les hospices est contraire aux idées actuelles, qui imposent la spécialisation du local, du régime et du personnel. La solution la plus raisonnable semble donc de choisir un ou deux hôpitaux parmi les plus vastes et les mieux situés pour les transformer en sanatoria urbains, en les dotant de verandas pour la cure de repos et en y instituant la cure hygiénique et diététique. Certains hôpitaux anglais pour phtisiques peuvent servir de modèle du genre. Des sanatoria provinciaux recevraient ceux qui seraient appelés à bénéficier le plus d'un changement d'air.

Sersiron, dans sa thèse si documentée, propose plusieurs modes de répartition : 1° un hospice suburbain pour incurables, où viendraient échouer aussi les malades atteints de bronchite chronique et les cancéreux; en outre, des sanatoria pour les tuberculeux curables; 2° on pourrait encore créer autour de Paris 9 ou 10 établissements de 150 lits, propres à la cure d'air pour phtisiques curables; les incurables et ceux que divers motifs retiendraient à Paris trouveraient place dans des services d'isolement bien compris dans les hôpitaux. Enfin, dans un avenir plus éloigné, on fonderait des sanatoria d'altitude en Savoie et en Dauphiné.

Quant à l'opération elle-même du triage préalable des malades indispensable à la répartition, il nous semble impossible d'y procéder dans les consultations hospitalières où les examens sont forcément trop rapides, il n'y a guère à cela que deux modes pratiques : recevoir tous les tuberculeux quelques jours dans les services d'isolement urbains, juste le temps nécessaire pour les classer avec la méthode désirable, procédé qui offrirait par ailleurs l'avantage d'enlever à ces services leur cachet lugubre de léproseries pour malades condamnés. Ou bien, suivant l'idée de M. Letulle, de M. Ausset [de Lille (1)], de M. Critzmann (2), création dans toutes les villes et tous les centres un peu importants de dispensaires ou de policliniques spéciales où se ferait, sous le contrôle de médecins compétents, ce travail de sélection et simultanément l'éducation hygiénique des malades encore capables de travail et réfractaires à l'émigration. Si ces consultations étaient assez nombreuses et réservées aux seuls tuberculeux, un temps suffisant pourrait être consacré à l'examen de chacun. Alors suivant la proposition de Critzmann, on les classerait : 1° en douteux, à soigner à domicile; 2° en tuberculeux confirmés mais au début, à diriger vers le sanatorium; 3° en tuberculeux avancés, à isoler dans les hôpitaux urbains.

Le recrutement même des malades à diriger vers le sanatorium ne semble pas devoir soulever de sérieuses difficultés et il est peu probable que ce mode de traitement rencontre beaucoup de réfractaires. En 1898, Sersiron s'est livré, dans les services hospitaliers, à une petite enquête à ce sujet : sur 191 phtisiques interrogés sur leur envoi éventuel dans un sanatorium, 134 se déclarèrent prêts à partir immédiatement, 18 seulement refusèrent catégoriquement, le plus souvent pour des raisons de famille, les autres demandèrent seulement quelque délai.

Dans leur rapport au Congrès de Paris (1898), MM. Netter et Beaulavon émettaient sur le point qui nous occupe l'avis suivant : il faut 1° isoler les tuberculeux pour notre sécurité particulière; 2° leur donner à tous le meilleur traitement par humanité; 3° faire tous nos efforts pour sauver ceux qui sont peu atteints afin d'en retirer un bénéfice matériel et social. Les uns, porteurs de tuberculoses ouvertes, ont droit comme les autres au traitement, mais leur isolement est de première nécessité. On ne peut les priver des quelques chances de guérison que peut leur donner le sanatorium, mais ce sanatorium sera suburbain, de manière à leur y faciliter un séjour prolongé et les visites de leurs parents.

Ces sanatoria suburbains seront en nombre suffisant pour que l'on puisse y diriger d'abord directement tous les tuberculeux sans distinction, les moins atteints n'y feront naturellement qu'une très courte station, le temps de reconnaî-

(1) Ausset. Cong. de Naples, 1900.
(2) Critzmann. *Revue d'hyg.*, 1900, t. XXII, p. 429-443.

tre leur aptitude à la guérison rapide, puis on les enverra dans un sanatorium de montagne.

Il sera sans doute malaisé d'abord de décider l'ouvrier parisien, à peine touché par le mal, se sentant encore vigoureux, à quitter sa famille et son gagne-pain; pour y réussir, il faudra toute une éducation nouvelle. Loin de dissimuler la tuberculose sous des épithètes euphémiques, il faudra partout la démasquer dès ses premières manifestations, démontrer en même temps la guérison presque certaine et, pour l'obtenir, la nécessité absolue de l'émigration. Mais peu à peu les masses populaires seront initiées, ne serait-ce que par le retour au milieu d'elles de malades guéris par la cure hygiéno-diététique, preuves vivantes de son efficacité. D'autre part, la constitution en faveur des familles des émigrés de caisses de secours venant à leur aide durant l'absence de leurs soutiens naturels, contribuera encore à décider ceux-ci à s'éloigner.

Mais si la société veut faire tout son devoir, son rôle ne s'arrête pas là; elle doit encore s'occuper de l'ouvrier à sa sortie du sanatorium (1), lui procurer un travail approprié à ses forces, travail agricole de préférence, au besoin dans des établissements spéciaux de convalescence.

VI

Budget de l'assistance des tuberculeux. — Mais il ne suffit pas d'imaginer de vastes projets plus ou moins bien conçus, il importe avant tout d'évaluer les ressources qu'exige leur réalisation, d'étudier les meilleurs procédés propres à les constituer, de rechercher pour quelle part y entreront l'État et les initiatives privées, de dresser en un mot le budget des sanatoria, question grosse de difficultés, qui a reçu en divers pays des solutions plus ou moins ingénieuses et pratiques.

MM. Netter et Beaulavon, dans leur rapport au Congrès de Paris, ont cherché à fixer approximativement le prix du lit de sanatorium. L'expérience d'Angicourt ne saurait servir de base, puisque, pour diverses raisons, elle a été extrêmement onéreuse. En effet, les 50 premiers lits coûtaient déjà 700000 francs; en comptant 500000 francs de plus pour compléter 100 lits et 700000 francs pour porter leur nombre à 200, on arrive à un total de 1900000 francs, ce qui met chaque lit à 9500 francs. C'est là un prix très exagéré, surtout si on le compare au prix moyen du lit dans les sanatoria étrangers, soit 5000 francs, et même certaines sociétés sont arrivées à l'établir à moins. Mais en supposant réalisés tous les perfectionnements de l'hygiène moderne, on peut raisonnablement fixer, avec MM. Netter et Beaulavon, ce prix à 6000 francs. Or, suivant la remarque des auteurs du rapport, le lit de sanatorium dans ces conditions ne reviendrait pas sensiblement plus cher que le lit d'isolement dans les hôpitaux de Paris, et, *à fortiori*, si l'on accepte le chiffre de 4500 francs donné par M. Critzmann; pourquoi alors ne pas consacrer à cet usage les 12000000 votés par la commission de l'Assistance publique et destinés à créer 2000 lits dans les hôpitaux pour les phtisiques parisiens? On assurerait ainsi leur guérison dans une bien plus large mesure et l'on en tirerait un rendement social bien supérieur.

La construction de sanatoria en nombre suffisant pour toute la France représenterait à elle seule une mise de fonds colossale (1800 millions environ). Mais, l'entretien des malades dans ces établissements, les secours à distribuer à leurs familles, réclament des sommes encore plus importantes, si on considère qu'il faut les trouver chaque année.

Le prix de revient de la journée d'un malade au sanatorium est variable selon les milieux, mais il peut être par comparaison assez aisément évalué en France. De l'enquête poursuivie par Knopf (1) auprès des différents chefs de sanatoria il résulte que la journée coûte : au sanatorium populaire de Falkenstein (Dettweiler) 3 fr. 06; à celui de Hohenhonnef (Meissen) de 2 fr. 50 à 3 fr. 12; à Gœrbersdorf (Achtermann et Rœmpler) 3 fr. 12 à 3 fr. 75; au Canigou (Sabourin) 3 francs; à Davos (Turban) 3 francs; à Adirondack-Cottage [(Trudeau) des États-Unis] 5 francs; au sanatorium Pasteur [(Gibier) de New-York] de 3 fr. 50 à 5 francs; à Angicourt (rapport de M. Strauss) 4 fr. 10 pour 50 malades, 3 fr. 21 pour 200 malades. De cette enquête, Knopf conclut que le phtisique au sanatorium coûterait environ par jour 0,06 centimes de plus qu'à l'hôpital. Critzmann estime la journée de sanatorium à 3 fr. 50, y compris l'amortissement du capital de premier établissement.

Les évaluations de MM. Navarre et Nirot sont moins optimistes. Le projet qu'ils caressent d'un hôpital-hospice suburbain organisé en sanatorium, exige une amélioration du régime alimentaire en vue de la suralimentation. Ils comptent en outre du prix moyen de la journée du malade hospitalisé les suppléments suivants : 1° pour amélioration du pain, 0,05 centimes; 2° pour amélioration de la cuisine, 0,20 centimes; 3° pour 150 grammes de viande de mouton désossé ou 240 grammes de viande brute, 0,36 centimes; 4° pour 2 litres de lait, 0,42 centimes; 5° pour deux œufs, 0,16 centimes; 6° pour 50 grammes de sucre, 0,057; 7° pour 20 grammes de café torréfié, 0,10 centimes; 8° pour 50 grammes de beurre frais, 0,12 centimes. Au total 1 fr. 467 de plus par jour et par malade qu'à l'hôpital urbain. La journée d'hôpital revenant à Lyon à 2 fr. 35 atteindrait au sanatorium suburbain 3 fr. 817. Celle de Paris coûtant 3 fr. 45, le malade du sanatorium suburbain parisien coûterait de 5 fr. 60 à 5 fr. 75 par jour.

M. Letulle (2) évalue à 5 francs le coût de la journée du malade soigné dans un sanatorium type de 100 lits. Un établissement de ce genre exige donc une dépense journalière minimum de 500 francs et annuelle de 182500 francs.

Si concevant le problème à un point de vue plus large, on prévoit les secours donnés à la famille du malade en traitement, les chiffres s'élèvent singulièrement. La journée du malade grevée de cette plus-value ressort à 7 ou 8 francs, et les frais d'un sanatorium de 100 lits à 292000 francs par an.

Si l'on admet avec M. Letulle qu'il est à Paris 10000 tuberculeux à soigner et à aider, en conservant le chiffre de 8 francs par jour, on arrive par jour à 80000 francs et par an à 292 millions.

En évaluant à 300 000 le chiffre moyen des tuberculeux à assister en France, on voit qu'ils coûteraient par an un peu plus de 875 millions. En calculant au plus juste, les malades seuls absorberaient au moins 400 millions, et si l'on voulait secourir efficacement leurs mères, leurs enfants, leurs femmes, une somme égale n'aurait rien d'exagéré. On voit à quel point le problème, si on l'envisage dans son ensemble, se présente à la fois complexe et colossal.

Il est clair que l'État ne peut entrer que dans une très

(1) Panwitz. Cong. de Berlin, 1899.

(1) Knopf. Loc. cit.

(2) Letulle. *Presse méd.*, 8 sept. 1900.

faible mesure dans de semblables sacrifices. L'entretien sur le pied de guerre d'une armée telle que l'exige l'état actuel de l'Europe absorbe une trop grande part de ses ressources pour qu'il soit en situation d'entreprendre l'économie de vies humaines que représenterait la vulgarisation des sanatoria. Il devra cependant venir en aide aux communes, aux sociétés de secours mutuels, aux œuvres de bienfaisance et autres collectivités pour leur permettre d'équilibrer un pareil budget. Il est pourtant infiniment probable que la grosse part demeurera à l'initiative privée qui a déjà fait beaucoup pour les tuberculeux. Et cependant à Paris, l'assistance publique avec ses ressources si étendues et si variées, serait sans doute en mesure, grâce à une répartition plus intelligente de celles-ci, de participer largement à la réalisation du traitement hygiénique de ses tuberculeux. On a vu plus haut comment les sommes destinées à la création de lits d'isolement auraient trouvé un emploi plus pratique dans celle de lits de sanatoria.

Knopf arrive à des conclusions analogues en calculant ce que coûtent annuellement les tuberculeux traités dans les services hospitaliers. Il estime qu'un tiers environ des lits est occupé par eux, que chaque malade y séjourne en moyenne quatre-vingt-dix jours, que par suite ils immobilisent au cours de l'année environ 1860 lits. On peut admettre avec lui qu'il passe par les hôpitaux en un an environ 7440 poitrinaires à tous les degrés. Ceux-ci coûtent par an 1860 × 365 × 3 fr. 15, c'est-à-dire 2138535 francs, et cela pour ne pas guérir, tandis que par le traitement hygiénique 14 pour 100 guériraient complètement, autant relativement, et 42 p. 100 seraient améliorés.

VII

Mais on ne saurait compter partout, comme à Paris, sur une personnalité aussi opulente que l'Assistance publique. A quelles autres sources devra-t-on puiser? La charité sous toutes ses formes, souscriptions, loteries, fêtes et ventes de charité, ne peut manquer, surtout en France, d'apporter des ressources très appréciables; son appui sera indispensable même, mais il ne peut être que limité et ne saurait suffire seul à une tâche si énorme. M. Letulle émet à ce sujet plusieurs manières de voir fort judicieuses. Selon lui d'abord, le sanatorium, maison de cure où le traitement est long et coûteux, ne peut pas en principe être gratuit, il doit réclamer aux répondants du malade (société de secours mutuels, œuvres d'assistance, caisses de maladie, œuvres patronales, grandes administrations) un subside quotidien.

Dans ce but, toute œuvre de mutualité pourrait créer une *caisse de la tuberculose* qu'alimenteraient : 1° un prélèvement de 1/10 ou 1/25 sur les versements mensuels des sociétaires, 2° un autre sur les dons et les legs, 3° la fondation entre les sociétaires, grâce à un versement très modique (0 fr. 25 à 1 franc par mois), d'une *assurance mutuelle contre la tuberculose*, dont tout participant atteint par le mal aurait droit au séjour gratuit dans un sanatorium populaire, et en outre à une indemnité quotidienne égale au montant de la cotisation mensuelle. D'autre part le patron, le directeur, l'administrateur ou l'employeur de l'assuré s'engagerait à payer au sanatorium pour son ouvrier une somme égale à celle versée par la société mutualiste.

Avec cette combinaison, un sociétaire à 4 francs par jour coûterait pour trois mois (quatre-vingt-onze à quatre-vingt-douze jours), 183 francs à la Société, autant au patron, soit 366 francs. Pour six mois (cent quatre-vingt-un à cent quatre-vingt-trois jours), 728 francs à la société, autant au patron, soit 1456 francs.

M. Letulle évaluant la dépense annuelle d'un sanatorium de 100 lits à 182500 francs, on voit qu'une pareille société ne fournirait (à 4 francs par jour) que 146000 francs, ce qui laisserait un déficit annuel de 36500 francs, soit 40000 francs en chiffres ronds qui resteraient à la charge d'une œuvre purement charitable (œuvres de sanatoria populaires). Cette même œuvre entreprendrait de venir en aide aux familles des malades soignés au sanatorium. En admettant que la moitié d'entre eux soient chargés de famille et en attribuant 2 francs à chacun, ce qui est un minimum, on arrive à une dépense de 100 francs par jour ou 36 500 francs par an, ce qui, ajouté aux 40000 francs prévus, fait 76500 francs, ou pour arrondir à 80 000 francs imputables à l'œuvre. Un secours à la famille du malade est souvent au programme des mutualités et des syndicats, mais il est le plus souvent insuffisant (1 à 2 francs par jour) et d'une durée trop limitée (90 à 100 jours au plus).

Dans le projet de Critzmann (1), l'État se chargerait de construire et d'installer les sanatoria à l'aide de fonds dont l'amortissement sera assuré par une redevance annuelle du pari mutuel. Les frais de séjour seraient assurés : 1° par les malades de situation moyenne capables de payer pension ou par leur famille; 2° par l'administration d'assistance publique de la ville ou de la commune d'origine du malade; 3° par les sociétés de secours mutuels (type : Union du commerce); 4° par les grandes administrations de l'État en remplacement des congés payés qu'elles accordent à leurs employés tuberculeux; 5° par les grandes entreprises industrielles ou commerciales qui pourraient avoir une caisse mutuelle spéciale; 6° par la charité publique et les œuvres.

En Allemagne, les nombreux sanatoria populaires qui fonctionnent déjà, sans parler de ceux qui sont en construction, doivent pour la plupart leur existence aux ressources fournies par l'assurance ouvrière obligatoire: 1° contre la maladie, 2° contre l'invalidité et la vieillesse. On pouvait apprécier à l'Exposition de 1900 (palais des Congrès) (2) sur de nombreux graphiques et d'ingénieux tableaux synoptiques, les progrès constants, depuis leur fondation (17 novembre 1881-22 juin 1889), de ces puissants organismes qui disposent de capitaux relativement considérables et en usent au mieux pour la santé des assurés et la prospérité des compagnies. En France, M. Romme (3) a contribué par ses articles à vulgariser la connaissance de leur mécanisme. Nous ne saurions mieux faire de le rappeler ici brièvement.

VIII

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE EN ALLEMAGNE. — L'assurance ouvrière allemande se divise en trois variétés : l'assurance contre la maladie, l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse, l'assurance contre les accidents. La dernière, qui est étrangère à notre sujet et est entièrement alimentée par les patrons, ne nous occupera pas. Au contraire les deux premières, alimentées concurremment par l'ouvrier et par le patron, se prêtant l'une l'autre un mutuel appui, jouent un rôle considérable dans la lutte anti-tuberculeuse chez nos voisins.

(1) CRITZMANN. Loc. cit.

(2) Voy. *Les résultats de l'assurance ouvrière de l'Empire allemand*, mémoire par G.-A. KLEIN; Berlin. Asher et Cie.

(3) ROMME. *Corresp. méd.*, 15 janv. 1900, et *Rev. gén. des sc.*, 1899.

Depuis le 17 novembre 1881, tous les ouvriers salariés et les employés gagnant moins de 2500 francs par an sont astreints, en Allemagne, à l'assurance obligatoire contre la maladie. Ils ont droit en échange : 1° à dater du début de la maladie, aux soins médicaux, aux médicaments et appareils (lunettes, bandages), que nécessite leur état; 2° en cas d'incapacité de travail, à compter du troisième jour de la maladie, à un secours en argent équivalent à la moitié du salaire journalier moyen. Dans certaines conditions, ces avantages sont remplacés par les soins gratuits dans un hôpital, avec attribution aux familles des malades de la moitié du secours pécuniaire; 3° en cas de décès, il est versé à la famille une indemnité pour frais d'enterrement s'élevant à vingt fois le salaire journalier moyen; 4° les femmes en couches reçoivent un secours de maladie d'une durée de quatre semaines. L'ouvrier peut recevoir le secours de maladie jusqu'à concurrence de treize semaines. Le taux de ces divers avantages peut être accru par le versement de cotisations supplémentaires volontaires.

Les cotisations varient de 1 à 2 ou 3 p. 100 du salaire journalier moyen. Le patron paye en outre une cotisation égale à la moitié de celle de ses ouvriers. L'assurance contre la maladie se rattachant à des fondations anciennes très diverses (22672 caisses de secours de types variés), les cotisations qui la concernent peuvent être perçues par ces différentes caisses, par les autorités locales ou des bureaux spéciaux; ailleurs le recouvrement est effectué suivant le mode adopté par l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse, que nous détaillerons plus loin.

L'assurance contre l'invalidité et la vieillesse est obligatoire pour tout ouvrier salarié ayant plus de seize ans et gagnant moins de 2500francs (ouvriers, apprentis, domestiques, employés de commerce, matelots, professeurs, instituteurs, petits entrepreneurs). Elle donne droit à une pension dans deux conditions : 1° en cas d'invalidité, c'est-à-dire d'incapacité de travail permanente ou durant depuis au moins six mois et mettant l'ouvrier dans l'impossibilité de gagner le tiers de son salaire normal moyen ; 2° en cas de vieillesse sans autre condition chez tout assuré qui a dépassé soixante-dix ans.

Dans cette variété d'assurance, les cotisations hebdomadaires sont proportionnelles aux salaires et divisées en cinq classes. Elles s'élèvent à 14 pfennigs, pour la première classe (salaire annuel de 350 marcs et au-dessous); à 20 pfennigs pour la seconde (jusqu'à 550 marcs par an); à 24 pfennigs pour la troisième (jusqu'à 850 marcs); à 30 pfennigs pour la quatrième (jusqu'à 1150 marcs); et à 36 pfennigs pour la cinquième classe (au-dessus de 1150 marcs).

Le plus souvent les cotisations sont perçues par le patron. Chaque ouvrier doit se faire délivrer chez le commissaire de police une *carte quittance* divisée en 52 cases qu'il présente chaque semaine à son patron. Celui-ci y colle un timbre (analogue aux timbres-poste) de valeur correspondant à la cotisation de l'ouvrier, selon la classe à laquelle il appartient. Ces timbres sont mis en vente dans les bureaux de poste par les différents établissements d'assurance. Les patrons sont autorisés à retenir aux ouvriers au moment de la paye la moitié du montant de la cotisation due, c'est-à-dire de la valeur des timbres collés pour leur compte. Les patrons contribuent ainsi pour moitié à l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse. Toute carte quittance une fois remplie est rendue par l'ouvrier au commissariat qui l'envoie à l'établissement central de la circonscription et en délivre une nouvelle. Le patron en embauchant un ouvrier doit constater qu'il est assuré, il lui réclame son livret de caisse et le garde.

La *pension de vieillesse* varie, suivant les classes, de 110 m. 40 pfennigs à 230 m. 40 pfennigs. Sur chaque pension l'empire paye 50 marcs, le reste étant à la charge des compagnies d'assurance.

La *pension d'invalidité* se compose : 1° d'une somme de 50 marcs fournie par l'empire; 2° d'une somme variable selon la classe, fournie par les compagnies (de 60 à 100 marcs); 3° d'un supplément proportionnel au nombre des cotisations versées (de 3 à 12 pfennigs par semaine selon les classes). Du reste, la moitié des cotisations versées est remboursée : 1° en cas de mort de l'assuré; 2° en cas d'incapacité de travail entraînée par un accident, indemnisée par l'assurance accidents; 3° à l'assurée lorsqu'elle contracte mariage.

L'ouvrier, frappé d'invalidité ou âgé de soixante-dix ans accomplis, a donc droit à une rente minima de 412 francs. La rente est établie sur demande de l'ouvrier au préfet et touchée mensuellement au bureau de poste le plus voisin.

En résumé les charges annuelles de l'assurance ouvrière entière sont réparties comme il suit :

ASSURANCE.	PATRONS.	OUVRIERS.	EMPIRE.	TOTAL.
Maladie...	5m45pf.	10m30pf.	» »	15m45pf.
Accidents..	6 08	» »	» »	6 08
Invalidité..	4 65	4 65	2m88pf.	12 18
Totaux.	15m88pf.	14m95pf.	2m88pf.	33m71pf.

Les atteintes de la tuberculose si fréquentes dans la classe ouvrière sont combattues simultanément par l'assurance maladie et par l'assurance invalidité qui supporte les soins médicaux dans tous les cas de maladie faisant redouter l'invalidité. Il en résulte que les frais ordinaires sont soldés par la première, tandis que la seconde entreprend la construction des sanatoria et l'entretien des assurés dans ces établissements, laissant à l'assurance maladie les frais de secours aux familles laissées en détresse. Cette répartition des charges fut établie lorsque l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse eut constaté que 20 à 25 p. 100 de ses rentes allaient à des tuberculeux. En effet, M. Gebhardt calcula que 1000 tuberculeux revenaient en rentes à 475000 francs, tandis qu'entretenus dans les sanatoria, ils ne représentaient, frais de construction compris, qu'une dépense de 225000 francs, d'où un bénéfice net de 250000 francs. Enfin, si l'on tient compte des guérisons obtenues par le traitement hygiéno-diététique, on peut compter que, tous frais déduits, l'économie annuelle réalisée par cette méthode au profit des caisses d'assurance s'élève à 8375000 francs.

Afin de donner un aperçu de la puissance de l'assurance allemande, nous donnons ici le tableau de sa situation générale en 1898 :

POPULATION TOTALE........ 54300000
OUVRIERS SALARIÉS.......... 14000000

	MALADIE	INVALIDITÉ
Personnes assurées.......	9230000	12660000
Personnes indemnisées....	3276500	673500
Recettes................	165847500m	163564000m
Dont { payé par les patrons.	48611300	58976000
Dont { — ouvriers.	109203600	58976000
Dépenses................	145626000	76851000
Dont { indemnités.........	137414800	68940000
Dont { frais de gestion.....	8211200	7910000
Capital.................	163929000	671912000

Ces chiffres seuls sont plus concluants que tous les raisonnements pour démontrer les ressources que procure semblable organisation pour la création de sanatoria populaires et pour subvenir aux frais de la cure hygiéno-diététique de la tuberculose dans la classe ouvrière. La loi sur l'assurance obligatoire proposée jadis par le prince de Bismarck dans un but purement politique, afin d'enrayer les progrès du socialisme, a produit en dernière analyse, suivant la remarque de M. Romme, un résultat pacifique et humanitaire et a réalisé en même temps une intéressante expérience de socialisme d'État, dans le meilleur sens du terme. En 1897, les sociétés d'assurances allemandes ont dépensé pour l'entretien des tuberculeux dans les sanatoria une somme de 1 300 000 marcs et ont consacré en 1898, au même usage et à la création de nouveaux sanatoria, 3 à 4 millions de marcs.

IX

Conclusion. — En France, une réforme aussi fondamentale nous semble pour le moment peu compatible avec le régime actuel. D'autre part, le caractère de l'ouvrier français se prêterait peut-être malaisément à cette réglementation quasi militaire. Cependant, chez nous aussi, les œuvres de mutualité ont acquis une puissance respectable et représentent à elles seules une valeur qui n'est pas à dédaigner. Pour s'en convaincre, il suffira de jeter un coup d'œil sur les chiffres suivants relevés par M. Romme (1) sur le *Bulletin de l'Office du travail* (1898). Au 31 décembre 1895 existaient en France 10588 sociétés de secours mutuels, comptant un total de 1 599 438 membres. Il y avait sur l'année précédente (1894) augmentation de 26 sociétés (soit 2,4 p. 100) et de 15969 sociétaires (soit 1 p. 100). Les recettes de ces sociétés en 1895 s'élevaient à 32 849 069 francs, en augmentation de 161 199 francs sur 1894. Leurs dépenses (en 1895) atteignaient 29 726 577 francs, 2 160 761 francs de plus qu'en 1894. L'avoir total des sociétés au 31 décembre 1895 représentait 226 982 102 francs, en progrès de 9 865 734 francs sur 1894. Il y a donc là une base d'opération sérieuse et de propagande aussi.

On a vu qu'en Allemagne, les anciennes sociétés de secours mutuels (22 672 caisses de secours des types les plus variés), malgré la multiplicité de leurs formes, coopèrent largement au fonctionnement de l'assurance contre la maladie. C'est sur le même terrain qu'a été engagée en Belgique la lutte contre la tuberculose, grâce à l'active propagande de M. Malvoz (de Liège). Car, au point de vue qui nous occupe, l'éducation des sociétés de secours mutuels est entièrement à faire. Chez nos voisins, la campagne fut entamée par l'envoi à tous les présidents de mutualités d'une brochure illustrée relatant les conclusions d'une mission médicale chargée de visiter les sanatoria allemands, puis devant 60 délégués de ces sociétés, M. Malvoz fit sur le même sujet une conférence dont le succès fut tel que, sur le rapport des auditeurs, les 42 sociétés adhérèrent à l'unanimité au projet de sanatorium et fondèrent des caisses spéciales pour subvenir aux frais de séjour et à ceux des indemnités à donner aux familles laissées en détresse.

L'exemple est à suivre, par des brochures, par des conférences de vulgarisation faites dans les milieux ouvriers, il y a lieu de mettre en relief les points essentiels suivants : 1° la majeure partie des secours de maladie va aux tuberculeux dont certains coûtent annuellement 2 000 à 3 000 francs à leurs caisses de secours; 2° les sociétés, grâce au développement des sanatoria, instruments de guérison et de prophylaxie, verront diminuer les risques de contamination de leurs membres dans les fabriques, ateliers, bureaux, etc.; 3° par leur participation au mouvement anti-tuberculeux, les sociétés attireront de nouveaux membres et abaisseront d'autant les frais de gestion encore assez élevés (1 324 363 francs en 1895, soit 4,25 p. 100).

A cet égard, M. Letulle a proposé plusieurs modes de participation des mutualités à la lutte anti-tuberculeuse, nous les avons signalés plus haut.

M. Knopf, d'autre part, attire l'attention sur les bienfaits que l'on pourrait attendre de l'assurance volontaire contre la tuberculose, en particulier dans les familles où existe cette tare. L'enfant, assuré à sa naissance, aurait droit à l'entrée au sanatorium dès les premières manifestations du mal et, ainsi, les chances de guérison seraient singulièrement accrues, sans parler des avantages prophylactiques de la méthode.

Enfin nous ne saurions trop approuver la très ingénieuse idée de M. Plicque, qui permet d'attaquer simultanément la tuberculose et l'alcoolisme qui la conditionne si souvent. (Dans les hôpitaux de Paris 88 tuberculeux sur 100 sont alcooliques, Barbier.) Il a proposé au congrès d'hygiène de demander à une surtaxe sur l'alcool les ressources nécessaires à la lutte antituberculeuse (1). Il calcule qu'un droit de 0 fr. 156 par litre d'alcool pur produirait 25 millions par an et pourrait être créé par un simple amendement budgétaire. Réduit à un centime et demi par litre, cet impôt donnerait encore la somme respectable de 2 500 000 francs et la mention de *droit des tuberculeux sur l'alcool* inscrite sur les acquits de la régie constituerait un avertissement salutaire pour le public. A défaut du droit de régie, une surtaxe d'octroi rendrait grand service aux centres locaux pour engager la lutte antituberculeuse. On a aussi proposé un droit énorme pour l'absinthe, mais il serait pratiquement impossible à percevoir, la fabrication clandestine de ce produit étant presque inévitable. Mieux vaudrait, comme le veut M. Laborde, en interdire tout à fait la vente, comme il est fait pour les poisons tels que la morphine, le laudanum etc. Autant et plus que le monopole sur l'alcool, le projet de M. Plicque serait essentiellement humanitaire et civilisateur. Reste à savoir si, dans un pays où, comme le nôtre, les débits de boisson constituent autant de centres électoraux, sa réalisation serait jamais possible.

Parvenu au terme de cette revue dans laquelle, en condensant tous les éléments du problème social si troublant qu'est la lutte contre la tuberculose, nous espérons avoir fait œuvre utile, il nous reste à exprimer l'espoir de voir surgir prochainement une solution pratique qui ne peut tarder en un pays où la bienfaisance privée offre des ressources pour ainsi dire inépuisables. Comme chez nos voisins, elle doit collaborer largement à l'œuvre et elle a déjà fait un grand pas dans cette voie, mais nous avons tenu à montrer quelle puissance pouvait naître de l'union des mutualités déjà si utiles par leur action isolée.

L'assurance contre la maladie et l'invalidité offre l'incontestable supériorité d'améliorer la position juridique de l'ouvrier, en substituant au subside précaire accordé par la

(1) Romme. La lutte contre la tuberculose et les sociétés de secours mutuels, *Œuvre antituberculeuse*, 1900, t. I.

(1) Plicque. *Tribune méd.*, 19 déc. 1900.

charité, un droit absolu au secours en cas de maladie ou d'invalidité, s'étendant même à la famille. En même temps, ce système, en améliorant les conditions d'hygiène de toute une catégorie sociale, tend, en lui inculquant des habitudes d'épargne, à lui en faire apprécier les bienfaits. Il établit aussi entre patrons et ouvriers des rapports de solidarité bien propres à combattre la tendance si répandue de trop fréquents conflits.

A PROPOS DE L'YERBA MATÉ

Par M. Dedet [de Martigny (Vosges)].

Au « five-o'clock », l'herbe américaine *maté* va se substituer au thé, ou tout autre réconfortant. Avant, j'en veux dire quelques mots, ce m'est une vieille connaissance : j'ai *humé*, je dis humé, pour la première fois le « maté » en 1874, à Montevideo. A cette époque, dans les salons, on se passait de l'un à l'autre l'infusion aromatique et vaporeuse. Dans un récipient à ouverture étroite « mijotait » l'infusion de maté, un tube terminé en boule, munie de trous, allait presque au fond ; l'appareil ainsi disposé, on aspirait la vapeur de l'herbe infusée. Etait-ce le récipient, était-ce le tube qu'on appelait « bombilla » ? le souvenir a trahi ma mémoire, c'est si loin. Toujours est-il qu'à cette époque non seulement la « yerba maté » n'était pas entrée dans l'alimentation européenne, mais même dans la thérapeutique.

Depuis, l'analyse en a été faite. M. D. Parodi y a trouvé 30 grammes d'acide café-tannique, 7 grammes de matéine pour 1 000 grammes, de la résine, de la graisse, de l'essence ; c'est une plante de la famille des Ilicinées (*Ilex paraguayensis*).

Au point de vue physiologique, c'est un agent d'épargne de premier ordre ; un fébrifuge peut-être ; un tonique cardiaque.

Il y a trois ans, j'ai eu à nouveau occasion de renouveler connaissance avec ma plante du Paraguay ; elle avait subi le sort de tout ce qui vieillit ; je lui ai trouvé des défauts et je les signale.

Dans les mémentos de médecine thermale à l'usage des praticiens, publiés en 1900, j'ai écrit dans l'article « Martigny-les-Bains » :

« *Lithiase oxalique.* — Il n'y a pas de forme plus insidieuse de gravelle à l'état naissant. Elle peut passer inaperçue du malade et même du médecin. Pour peu que les graviers aient un certain volume, c'est la forme de gravelle qui occasionne les coliques néphrétiques les plus violentes, les hématuries les plus fréquentes. Qu'elle reconnaisse pour cause l'abus de certains aliments (oseille, tomates, asperges, rhubarbe, haricots verts, *maté en infusion*), ou bien des troubles dyspeptiques, ou encore une disposition particulière du rein, elle bénéficie de la cure. »

Je crois être le premier auteur à assigner cette étiologie à l'oxalurie ; et j'y joins l'observation suivante :

« Le 1er juillet 1899, se présente à ma consultation à Martigny, un attaché d'ambassade, d'environ quarante ans, de constitution un peu ébranlée par des séjours divers à l'étranger. Il se plaint de souffrir de rachialgie lombaire. De temps à autre, depuis quelque temps, il a des urines « malaga, café », hématiques même. En juillet dans l'année précédente, il rendit un petit calcul d'oxalate de chaux. Depuis, sans avoir de crise véritable avec expulsion calculeuse, il éprouve de douloureuses sensations dans le canal inguinal gauche ; sa santé générale s'en ressent.

Ses antécédents héréditaires ne signalent ni goutteux, ni calculeux, ni diabétiques.

Au point de vue clinique, l'examen des urines est négatif, la densité est un peu supérieure à la normale. L'analyse microscopique révèle l'existence de cristaux uriques, mais les oxalates de chaux forment la base du sédiment. »

A la fin de la première semaine, l'oxalurie fait place à de l'uricémie franche. Je recherche les causes de cette oxalurie dans un défaut d'hygiène alimentaire, sans les retrouver, sans y attacher d'importance, le malade, interrogé s'il prend du thé ou du café en excès, me répond : « Non, mais je fais un usage exagéré de maté, pour pouvoir travailler la nuit. » Par analogie, je crois tenir sinon la cause essentielle, du moins la cause déterminante des crises uretérales. Le malade rapproche ses souvenirs, et se rend compte qu'aux crises les plus violentes, correspondent des ingestions les plus immodérées de l'infusion, à la dose de 30 grammes pour 1 000 d'eau. Depuis, il a renoncé à son habitude. J'ai suivi et revu ce malade : il a passé une très bonne année, n'a eu aucune crise néphrétique. Il est revenu à la station. C'est un uricémique. La première analyse microscopique décèle une quantité insignifiante d'oxalate, qui a disparu au départ.

La conclusion est la suivante. Je crois que, comme le café, le thé, etc., l'yerba maté doit être prohibée aux rénaux. Si cette plante entre davantage dans l'alimentation européenne, on pourra réunir d'autres observations à l'appui de la mienne ; je la publie pour ouvrir la route.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(22 février 1901)

La très longue et très intéressante communication de M. Talamon sur le **traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique**, entre toutes, s'impose à l'attention. Nous regrettons que les limites forcément restreintes d'un compte rendu de société savante nous obligent à n'en donner qu'une idée forcément un peu abrégée. Laissons d'abord la parole à l'auteur lui-même :

« Si la pneumonie a été, parmi les maladies infectieuses, une des premières à bénéficier, au point de vue pathogénique, des recherches bactériologiques, on ne peut pas dire que le résultat heureux de ces recherches ait eu, jusqu'à présent, le moindre effet sur la thérapeutique. Les essais d'antisepsie pneumococcique par les injections ou les inhalations ont été vite abandonnées. Quant à la sérothérapie, elle en est toujours à la phase expérimentale et n'est guère encore sortie du laboratoire. Ce n'est pas que quelques tentatives faites sur l'homme ne soient encourageantes. Mais il est difficile d'obtenir un sérum anti-pneumococcique d'une activité efficace, et, il est encore plus difficile, le diplocoque lancéolé étant sans action sur les animaux de forte taille, de produire ce sérum en quantité suffisante. C'est précisément la faible virulence du diplocoque qui m'a inspiré l'idée du traitement que je propose. Si la vitalité du microbe est si faible que, dans la grande majorité des cas, l'organisme humain en triomphe en quelques jours, pourquoi un sérum actif contre un autre microbe plus virulent, ne détruirait-il pas aussi cette vitalité ? Un seul sérum a paru jusqu'ici tenir les promesses de la sérothérapie : c'est le sérum antidiphtérique. Or, ce sérum comment agit-il ? Est-ce comme antitoxique, comme bactéricide, comme stimulant de la phagocytose ? Ce sont les trois hypothèses possibles, et toutes trois ont leurs partisans. En admettant une opinion éclec-

tique, les deux premières supposent seules une action *spécifique* sur le bacille diphtérique, la troisième ne réclame qu'une action *spéciale* sur les cellules de l'organisme. Pour que cette action excitatrice « spéciale » se produise, la présence du microbe spécifique est-elle nécessaire? Il est permis, sans invraisemblance, de croire que non, et qu'elle doit s'exercer, quel que soit l'ennemi microbien introduit dans l'organisme. Elle sera seulement d'autant plus effective que cet ennemi sera doué lui-même de propriétés plus banales et moins spécifiques. Or, le pneumocoque, agent d'inflammation ordinaire, n'a pas, à proprement parler, de toxicité spécifique. Il tue par l'étendue de ses lésions, il tue par infection extensive, mais il ne tue pas par intoxication, il n'empoisonne pas à la manière du bacille de la diphtérie, même dépouillé de son action antitoxique et bactéricide propre, le sérum antidiphtérique semble donc capable, par sa seule action excito-phagocytaire, de venir en aide aux cellules de l'organisme humain, dans la lutte contre le diplocoque pneumonique. En tout cas, l'emploi de ce sérum me paraît justifié dans le traitement d'une maladie où l'issue de la lutte dépend, non de l'intensité de l'attaque, mais de la puissance de la résistance. Est-il aussi justifié par les résultats obtenus? Ceux que j'ai observés permettent au moins d'en recommander l'essai. » Voyons ces résultats : M. Talamon insiste sur ce fait que tous les malades par lui traités appartenaient au milieu hospitalier et que jamais la mortalité n'est descendue dans son service au-dessous de 24 p. 100. (Elle est même montée à 37 p. 100, en 1899.) Il publie aujourd'hui les résultats obtenus dans une première série de 50 malades, traités de la fin de décembre 1899 à la fin de juin 1900, suivant les règles que nous allons dire. *Sur ces 50 malades 7 sont morts, soit comme mortalité 14 p. 100.* Cette statistique est singulièrement satisfaisante, si on la compare à la proportion de 37 p. 100, qu'avait donnée la mortalité pneumonique l'année précédente.

Or — ceci doit être mis en évidence — le sérum antidiphtérique est d'une parfaite innocuité. M. Talamon a pu injecter des doses énormes, jusqu'à 200 et 260 centimètres cubes en quelques jours, et cependant il n'a noté d'autres accidents que les phénomèmes post-sériques bien connus : éruptions érythémateuses et douleurs articulaires. Or, la quantité de sérum est d'autant moindre que le traitement est institué plus précocement. Une pneumonie traitée dès le troisième jour ne doit pas demander plus de 20, 40 ou 60 centimètres cubes de sérum suivant l'âge des malades. Quand la pneumonie s'annonce très grave chez des sujets débilités, misérables, dans les pneumonies adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à faire d'emblée deux injections de 20 centimètres cubes, une le matin, l'autre le soir et à répéter la même dose le lendemain, si la température n'est pas modifiée. Les jours suivants, on se contentera d'une seule injection, si l'amélioration ne se dessine pas. En suivant ces règles, on peut « abréger la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 p. 100 ». Jusqu'à présent, aucun traitement n'a fait mieux ni autant.

MM. Launois et Paris rapportent une observation d'**insuffisance aortique au cours de l'endocardite pneumococcique**. Dans cette observation, il y deux points qui attirent surtout l'attention. Le premier point est la soudaineté de l'apparition de l'insuffisance des valvules aortiques, le second est la constance du type clinique en rapport avec la localisation des lésions endocardiques. Dans ce cas, en effet, les signes cliniques sont demeurés les mêmes depuis le début brusque de l'infection pneumococcique de l'endocarde jusqu'à la mort; ils ont même permis de reconnaître qu'un seul orifice était lésé, parce que, par leur ensemble, ils réalisaient d'une façon absolument typique la maladie de Corrigan.

M. G. Lyon présente un malade atteint de **méningo-myélite syphilitique** : c'est un homme de quarante et un ans, tonnelier, syphilitique depuis 1881. En 1889, hémiplégie gauche guérie en onze mois par le traitement spécifique. En 1895, douleurs lombaires et en ceinture; puis, six semaines après, crise spasmodique des membres inférieurs à l'occasion d'un effort. En 1898, début de la déformation du pied par la rétraction des orteils. Actuellement, ce malade présente une griffe pied creux bilatérale. Cette déformation semble devoir être rapportée à l'atrophie des muscles interosseux et des muscles qui s'insèrent aux os sésamoïdes du gros orteil. Il s'agit en tout cas d'une méningo-myélite syphilitique diffuse, ayant porté son action sur les cordons postérieurs et latéraux, et ayant atteint légèrement les cellules ganglionnaires au niveau de la moelle dorso-lombaire.

MM. Gaucher et Bernard rapportent trois cas de **zona traumatique**.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection sous-muqueuse de chlorure de zinc.

M. Gaudier (de Lille) vient d'employer sur dix malades la méthode des injections sous-muqueuses de chlorure de zinc préconisées par Hamm (de Braunschwig) en 1898 (1).

Parmi les malades atteints de rhinite hypertrophique ceux dont les cornets atteints d'hypertrophie *diffuse* à l'aspect lisse, à la coloration rouge, la consistance élastique, sont moins justiciables de l'ablation que les formes circonscrites antérieures ou postérieures. La rhinite diffuse, consécutive souvent à un coryza chronique, est une des formes les plus rebelles.

M. Gaudier décrit ainsi la technique opératoire (2) :

« Nous avons employé, dit-il, une seringue de Pravaz de capacité de 2 centimètres cubes et une aiguille coudée en platine iridié dont la partie droite avait 10 centimètres de longueur, le coude étant à angle droit, et de 2 centimètres de long seulement.

La solution comme celle de Hamm était à 1/10; nous n'avons jamais fait de cocaïnisation totale du cornet; car dans certains cas et surtout avec une solution un peu concentrée, il peut se rétracter et gêner les opérations ultérieures; nous n'appliquions la cocaïne qu'au point où devait être plantée l'aiguille; la solution était à 1/50; ceci fait, le malade étant bien éclairé, le spéculum placé, nous enfoncions l'aiguille stérilisée prise au niveau de son coude à la partie antérieure du cornet le plus près possible de l'os (ce temps peut être gêné par l'étroitesse de la narine); une bonne précaution avant de faire l'injection est de prendre avec un stylet la profondeur de la fosse nasale, pour ne pas être amené à enfoncer l'aiguille trop loin et à la faire sortir hors du cornet à sa partie postérieure; les dimensions étant connues sur le stylet, il est facile de les reporter sur l'aiguille et de les repérer au moyen d'un index quelconque.

(1) *Monats. f. Ohrenheilkunde*, 1898, p. 405-6.
(2) *Echo méd. du Nord*, 17 février 1901.

On enfonce donc l'aiguille de la distance voulue en rasant l'os le plus possible ; ce temps est peu ou pas douloureux. Après avoir protégé le méat inférieur avec un peu d'ouate hydrophile pour recueillir le chlorure de zinc qui pourrait s'écouler, on adapte la seringue dans l'aiguille et l'on pousse l'injection très lentement en même temps que l'on retire doucement l'aiguille; tous les cornets n'opposent pas la même résistance à l'injection; il en est qui se laissent facilement distendre, il en est d'autres où l'on ne peut introduire que quelques gouttes de liquide; l'aiguille étant retirée, la piqûre saigne assez abondamment et le mélange de sang avec le chlorure de zinc donne au suintement un aspect mousseux grisâtre assez particulier.

Il est bon de se méfier, lorsqu'on fait l'injection d'un cornet très volumineux à sa partie antérieure et qui ne permet pas l'exploration facile du fond du nez, d'une atrophie possible du cornet à sa partie moyenne par exemple, ce qui exposerait à ce que l'aiguille introduite ressorte à un moment donné du cornet pour y repénétrer plus loin à sa partie postérieure. Dans ce cas on s'exposerait en retirant l'aiguille à injecter une partie du chlorure de zinc dans la fosse nasale, ce qui serait désagréable pour le malade exposé à déglutir une partie de ce liquide, faiblement caustique, il est vrai, à cette dose.

Nous mettions d'habitude un tampon d'ouate hydrophile à l'entrée du nez et la seule compression suffisait pour arrêter l'hémorragie; la réaction post-opératoire n'est pas très considérable; cependant à défaut de douleur vraie, il y a un peu de sensibilité nasale et du gonflement du cornet qui amène une obstruction complète de la fosse nasale, il est bon, pendant ce temps, de faire quelques applications, à l'entrée de la narine, de pommades antiseptiques (menthol, dermatol, etc.) .»

La gêne est de peu de durée, au bout de quelques jours le cornet a repris son volume et sa coloration sauf au point de la piqûre où il existe une plaque blanchâtre. En cas de guérison le cornet, au bout d'un mois environ, se rétracte et prend un aspect blanchâtre, cicatriciel.

Les essais de M. Gaudier lui ont montré que la méthode de Hamm donne des résultats très inconstants, il en conclut qu'elle n'est pas encore sur le point de remplacer les méthodes actuelles de traitement de la rhinite hypertrophique : la cautérisation profonde ou la résection instrumentale du cornet malade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 AU 9 MARS 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 4 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Delens, Poirier et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Broca (Aug.), Segond et Lepage; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Reynier et Lejars; — (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud et Teissier; — M. Méry, suppléant.

MARDI 5 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Campenon, Albarran et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Richelot, Bonnaire et Faure; — (2e partie), *Faculté salle n° 2* : MM. Joffroy, Achard et Roger.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Vaquez et Desgrez; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Quénu; — (2e partie) : MM. Raymond, Thiroloix et Dupré; — MM. Hallopeau, Troisier et Letulle; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 6 MARS, à une heure. — Médecine opératoire *Ecole pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Broca (Aug.), Walther et Reynier.

3e (1re partie, nouveau régime), *École pratique, salle n° 4* : MM. Pinard, Poirier et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Delens, Varnier et Sébileau; — M. André, suppléant.

JEUDI 7 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Le Dentu, Poirier et Faure.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Guyon, Bonnaire et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Schwartz, Maygrier et Albarran.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Chauffard, Charrin et Thiroloix ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 8 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Segond, Reclus et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Gley, Retterer et Desgrez ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Tillaux, Reynier et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 9 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Schwartz et Albarran.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Roger.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Thiroloix et Langlois ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Raymond, Gilbert et Achard ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Hallopeau et Ménétrier ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Quénu et Richelot; — (2e partie) : MM. Debove, Marfan et Vaquez ; — M. Troisier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin, qui doit s'ouvrir le 4 mars 1901, est provisoirement composé de MM. Duflocq, Charrin, Queyrat, Widal, Chauffard, Darier, de Beurmann, Toupet, Vaquez, Siredey, Roger.

M. Campenon n'a pas encore fait connaître son acceptation.

Questions posées aux concours d'agrégation. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS (CHIRURGIE). — *Épreuve orale de trois quarts d'heure* :

1872. — Des luxations traumatiques de la hanche. — Des fractures compliquées de la jambe. — Des perforations de la voûte palatine. — Des plaies du globe de l'œil.

1875. — Des kératites. — Anévrismes de la carotide. — Luxation de l'astragale. — Synovite fongueuse du genou. — Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — Rétrécissement de l'œsophage. — Phlegmon néphrétique.

1878. — De la synovite tendineuse. — Corps étrangers spontanés des articulations. — Des abcès de la mamelle. — Des diverses espèces de cataractes et de leur traitement. — Le rétrécissement du rectum. — Les hémorroïdes.

1880. — Des corps étrangers dans les voies aériennes. — De l'ostéomyélite traumatique. — Du resserrement permanent des mâchoires. — Des luxations du coude en arrière et de leur traitement. — Des kystes congénitaux du cou. — Les abcès rétropharingiens. — L'otite suppurée. — Rétrécissement du larynx et de la trachée. — Plaies articulaires du genou. — Perforations centrales du périnée.

1883. — Des luxations spontanées des vertèbres cervicales. — Du mal perforant. — Tétanos traumatique. — Tumeurs du corps thyroïde. — L'ectropion. — L'urétrotomie externe. — Fractures du bassin. — La cystite chronique. — Anévrisme diffus. — L'étranglement interne. — Tumeurs cirsoïdes du crâne. — Traitement des fractures du fémur.

1886. — Panaris. — Abcès des os. — Plaies de la paume de la main. — Tuberculose de l'appareil génital chez l'homme. — Luxations traumatiques des vertèbres cervicales. — Hématocèle de la tunique vaginale. — Kystes synoviaux du poignet. — Exostoses orbitaires et faciales. — Ophtalmie sympathique. — Décollement des épiphyses. — Hernie ombilicale chez l'adulte.

1889. — Fistules pyo-stercorales. — Plaies de la vessie. — Du retard et de l'absence de la formation du cal. — Plaies de la région parotidienne. — Kystes des mâchoires. — Rétrécissement de l'œsophage. — Genu-valgum. — Fractures de la rotule. — Ruptures musculaires. — Rétrécissement du rectum.

1892. — Tumeurs malignes du globe de l'œil. — Testicule syphilitique. — Synovite tuberculeuse tendineuse. — Des fractures spontanées. — Calculs du rein. — Cancer de l'utérus. — Tumeurs des parties molles de la voûte du crâne. — Exstrophie de la vessie. — Angiomes de la face. — Des myosites. — Spina ventosa.

1895. — Plaies du larynx et de la trachée. — Des fibromes de la paroi abdominale. — Abcès froids de la paroi thoracique. — De l'épilepsie traumatique. — Luxations congénitales de la hanche. — Prolapsus du rectum. — Abcès de la mamelle. — Corps étrangers de la vessie. — Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — Arthrite blennorragique. — Exostoses de croissance. — Spinabifida. — Kystes du corps thyroïde. — Des froidures. — Hernies de la ligne blanche. — Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse. — Contusion et plaies du rein.

1898. — Ostéomyélites du bassin. — Cancer du pharynx. — Des gangrènes gazeuses. — Hématocèle péri-utérine. — Plaies des tendons. — Fractures du rocher. — Corps étrangers de l'œsophage. — Ostéomyélites du tibia. — Hydronéphroses. — Plaies et fistules de l'uretère. — Rectite proliférante. — Mal sous-occipital. — Mal perforant plantaire. — Exostoses de l'orbite. — Fractures de la région cervicale du rachis. — Kystes dermoïdes de l'ovaire. — Luxations du genou. — Retards de consolidation et pseudarthroses. — Tuberculose du testicule. — Du pied bot congénital non paralytique. — Nécroses des os du crâne. — Les vaginalites. — Syphilis ano-rectale. — Tuberculose buccale. — Les grenouillettes. — Des kystes de la mamelle. — Tumeurs solides des ovaires. — Ulcérations du rectum « cancer excepté ». — Phlegmon infectieux du plancher de la bouche. — Infiltration d'urine. — Ankylose de la hanche. — Blessures du poumon par armes à feu. — De l'actinomycose. — Fracture du tiers moyen du fémur. — Du genu-valgum. — Méningocèle et encéphalocèle.

Service de santé militaire. — Deux concours s'ouvriront le 2 septembre 1901 à l'École d'application du Val-de-Grâce : le premier pour un emploi de professeur agrégé de médecine légale, législation, administration et service de santé militaires; le second pour deux emplois de professeur agrégé, l'un de chirurgie d'armée (blessures de guerre) et l'autre d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils).

Les médecins-majors de première et deuxième classes sont seuls admis à prendre part à ces concours.

Les demandes d'admission doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er août 1901.

— Deux concours s'ouvriront le 14 octobre 1901, à l'École d'application du Val-de-Grâce, pour l'emploi de répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon. Ces emplois se rapportent à : 1° anatomie normale et pathologique; 2° physiologie et histologie.

Éventuellement, des concours s'ouvriront à la même date, pour ceux des emplois de répétiteur qui deviendraient vacants par suite de la nomination des titulaires aux emplois de professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, à la suite des concours du 2 septembre 1901.

Adresser les demandes au ministre de la Guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 15 septembre prochain.

— Le *Journal officiel* du 24 février contient l'instruction ministérielle pour le concours d'admission à l'École du service de santé militaire qui doit s'ouvrir le 20 juin prochain.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Josset et Vaissette (de Paris), Guglielme (d'Oran) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

MM. les docteurs Cornet et Sebillotte (de Paris) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Marine. — M. le médecin de première classe Lefebvre, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur l'aviso-transport la *Manche*.

IVe Congrès de pédiatrie italien (Florence, 15-20 octobre 1901.) — Rapports : 1° Atrophie infantile primitive (atrepsie de Parrot). MM. les professeurs Francesco Fede (Naples) et Giovanni Berti (Bologne).

2° Les infections de l'appareil respiratoire dans la première enfance. MM. les professeurs Giuseppe Mya (Florence) et Enrico Mensi (Turin).

3° Les toxi-infections aiguës de l'appareil digestif des enfants. MM. les professeurs Luigi Concetti (Rome) et Raimondo Guaita (Milan).

Nous rappelons que le secrétaire général du Congrès est M. le professeur Luigi Concetti.

Marseille. — Du *Marseille médical* : Concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux.

Premier épilogue. — La commission administrative des hospices a nommé chirurgien adjoint des hôpitaux le docteur Reynès.

Deuxième épilogue. — Le procureur de la République a ouvert une information officielle contre le docteur S... et M. S..., accusés d'être auteur et complice d'une tentative de corruption sur le docteur Isoard, administrateur des hospices et conseiller municipal. M. de Possel, juge, est chargé de l'instruction.

Déontologie. — Une décision importante a été prise vendredi, 22 courant, par le Conseil d'administration de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux :

« Une présentation de malade à la Société doit être complètement assimilée à une consultation entre confrères. Dans ce cas, un membre, présent à la séance où a eu lieu la présentation, ne peut, sous quelque prétexte que ce soit, se substituer au membre qui a fait la présentation. »

Création à Lyon d'un musée Ollier. — M. E. Vincent propose dans le *Lyon médical* de créer un musée Ollier à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nul doute que cette proposition ne soit accueillie avec faveur.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Albert Gaudry, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours de paléontologie le mercredi 13 mars 1901, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Curel (de Cagnes); Perrin, ancien président du comité médical des Bouches-du-Rhône; Audoyneaud (de Nantiat).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LA NOUVELLE MATERNITÉ DE MONTPELLIER (*vue d'ensemble et plans*). I. L'École des sages-femmes, par M. VALLOIS, professeur agrégé à la Faculté; — II. La clinique d'accouchements et de gynécologie, par M. P. PUECH, professeur agrégé. — RÔLE DE LA CHAINE DES OSSELETS DANS L'AUDITION (*3 fig.*), par M. MARAGE, docteur ès sciences. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LES MANDATS DE CONSEILLER GÉNÉRAL ET DE CONSEILLER D'ARRONDISSEMENT NE SONT PAS INCOMPATIBLES AVEC LES FONCTIONS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES. — NOUVELLES.

LA NOUVELLE MATERNITÉ DE MONTPELLIER

I

L'École des sages-femmes.

Par M. VALLOIS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sur l'avenue de l'Hôpital-Suburbain et relié au centre de la ville par le tramway qui dessert l'hôpital, s'élève, derrière une élégante façade, un ensemble de bâtiments désigné sous le nom de Maternité et comprenant, d'une part, la clinique obstétricale où étudiants et élèves sages-femmes reçoivent l'instruction clinique (un service de gynécologie y est annexé), et d'autre part le collège des sages-femmes.

C'est à la libéralité de l'Etat, du département et de la ville, qui ont donné avec largesse, qu'est due la construction de cette maternité, dont l'édification fait le plus grand honneur au maître qui en a conçu les plans et à ceux qui les ont exécutés.

Tout en regrettant que le maître, auquel je viens de faire allusion, j'ai nommé le professeur Grynfeltt, fût empêché par l'état de sa santé d'inaugurer ce qu'il devait regarder comme son œuvre, la Faculté a voulu que, pendant la durée de son congé, il fût alternativement suppléé, comme pro-



fesseur de clinique obstétricale, par les deux agrégés de la section. En même temps, elle émettait le vœu que l'agrégé, qui actuellement ne remplirait pas ces fonctions, fût chargé, indépendamment d'un cours d'accouchements à la Faculté, de l'enseignement théorique des élèves sages-femmes.

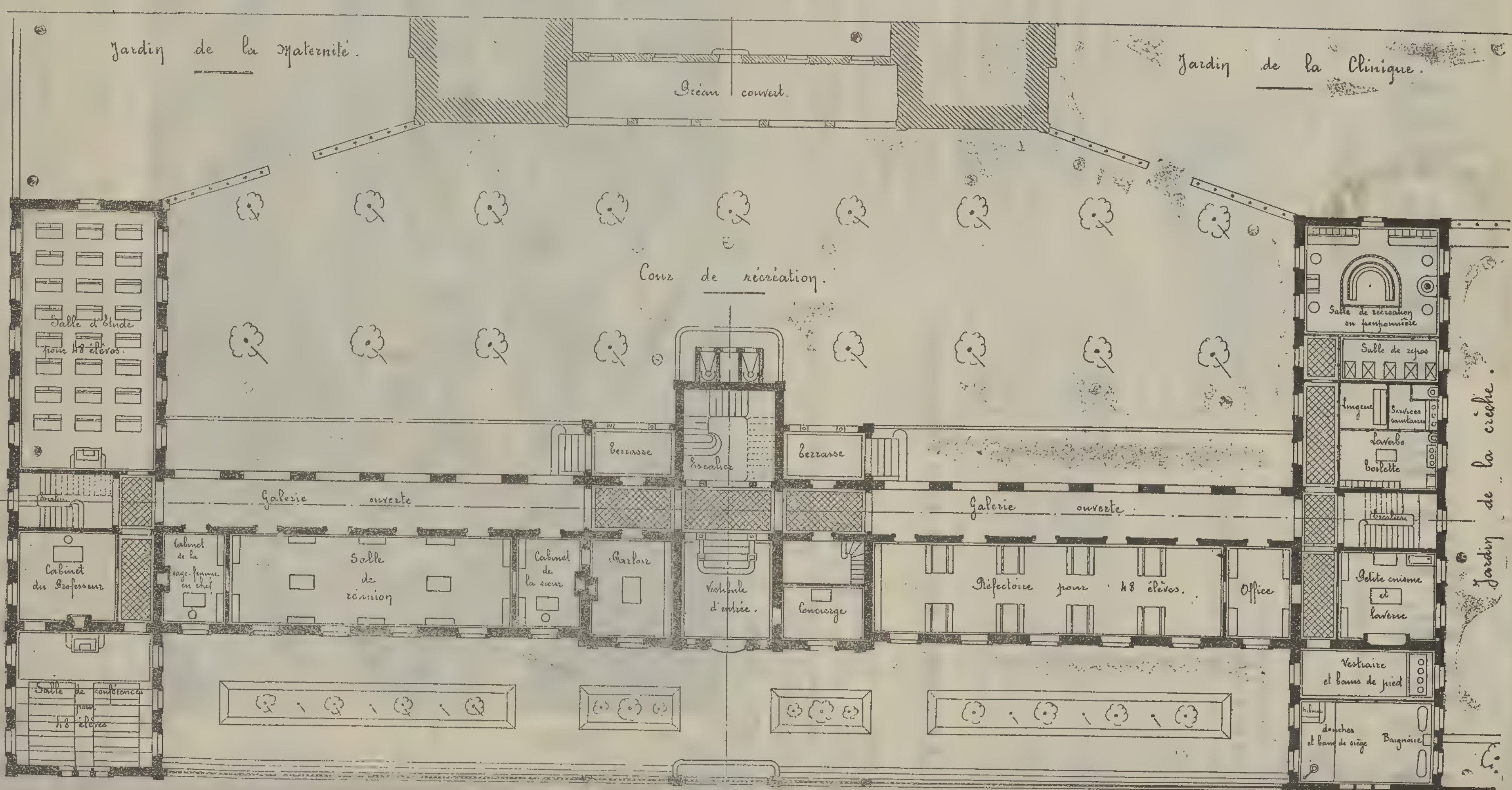
L'agrégé, auquel pour cette année ce dernier enseignement a été confié, a pensé qu'il serait bon de montrer ce qui avait été fait à Montpellier pour rendre la Maternité digne des autres établissements universitaires et hospitaliers. Il a eu surtout pour but d'effacer de la mémoire d'anciens visiteurs l'impression défavorable que l'installation si défectueuse de l'ancienne clinique et de la vieille maternité

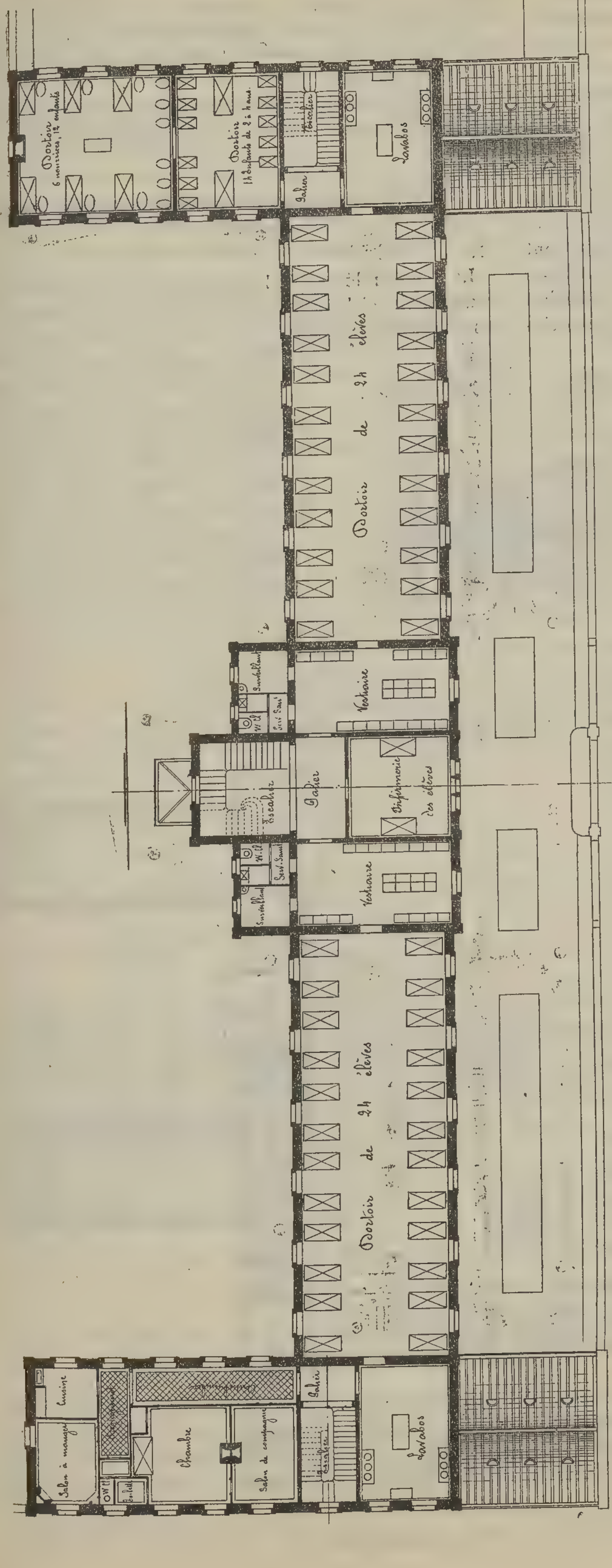
LA NOUVELLE ÉCOLE DES SAGES-FEMMES

DE MONTPELLIER

D'après le plan de M. DEBENS, architecte.

PLAN DU REZ-DE-CHAUSSÉE





PLAN DU PREMIER ÉTAGE

avait pu laisser dans leur esprit. Celui qui écrit ces lignes a dû naturellement se limiter à la partie de l'établissement réservée exclusivement aux élèves sages-femmes.

Les dessins qui accompagnent cette note sont dus à l'obligeance de M. l'architecte Debens.

La *vue perspective* montre l'ensemble des bâtiments :

1° La clinique avec sa façade et son entrée sur l'avenue de l'Hôpital, ses deux ailes et, à l'opposé de la principale porte d'entrée, au milieu d'un jardin, le pavillon d'isolement;

2° A la droite du dessin, le bâtiment réservé aux élèves sages-femmes.

C'est dans ce bâtiment, qui leur sert d'internat, que se font les cours qui leur sont spécialement destinés, ainsi que les répétitions de la sage-femme en chef, qu'elles sont exercées à certaines manœuvres sur le mannequin, enfin, pour compléter l'enseignement qui leur est donné, une crèche va être annexée à ce bâtiment.

Mais c'est à la clinique que les élèves sages-femmes s'instruisent pratiquement, qu'elles suivent ou font elles-mêmes les accouchements et apprennent à soigner les femmes enceintes et accouchées, ainsi que les nouveau-nés.

Donnant accès dans la clinique, dont il est séparé par un jardin, le bâtiment des sages-femmes a sa façade et son entrée indépendante sur une avenue perpendiculaire à celle de l'Hôpital-Suburbain. Comme on peut le voir sur le *plan*, il présente deux pavillons perpendiculaires au principal corps de bâtiment.

Au rez-de-chaussée, nous trouvons dans le bâtiment central, indépendamment de salles dont la destination est indiquée sur le plan, le cabinet de la sage-femme en chef, une salle de réunion pour les élèves et le réfectoire (ce dernier est muni de petites tables en marbre blanc). Ces diverses salles communiquent directement avec une galerie, qui est ouverte latéralement sur le jardin.

Le pavillon de gauche renferme une salle d'étude, une salle de cours et le cabinet du professeur.

Dans le pavillon de droite, on voit une salle de bains pour les élèves, avec baignoires et bains de pied émaillés, appareil donnant à volonté eau chaude et eau froide, appareil pour douches, etc.

Au premier étage, deux dortoirs, dont les fenêtres s'ouvrent d'un côté sur la campagne, et de l'autre sur le jardin intérieur (lits et tables de nuit en fer, ces dernières recouvertes d'une tablette en marbre). A l'extrémité de chaque dortoir, dans le pavillon correspondant, une salle de toilette pour les élèves, avec lavabos, table, étagère en marbre blanc, etc.

Entre les deux dortoirs, sont les vestiaires avec armoire pour chaque élève. On y trouve aussi une salle qui sert d'infirmerie; toute

élève sérieusement malade ne doit pas être gardée à la Maternité.

Dans l'aile gauche, au premier étage, au-dessus de la salle d'étude, l'appartement de la sage-femme en chef, avec son escalier particulier.

Toute la partie de l'aile droite, qui est située entre la cour de récréation et la partie désignée sous le nom de jardin de la crèche, est destinée à une crèche. Au premier les dortoirs; au rez-de-chaussée, la pouponnière, la salle de repos, celle réservées aux toilettes des bébés, etc., un escalier spécial fait communiquer les deux étages. Seront seuls reçus et gardés les bébés bien portants, les petits malades devront être soignés à l'Hôpital-Suburbain, à la clinique des enfants malades. En créant cette crèche, le but de l'administration a été d'initier les élèves sages-femmes aux soins que réclament les enfants pendant leurs premières années.

Pour donner de tout un compte rendu fidèle, nous dirons que tout l'établissement est éclairé au bec Auer, que les murs sont peints à l'huile ou blanchis à la chaux (seul l'appartement de la sage-femme en chef est tapissé), que partout le sol est formé par une mosaïque, sauf dans la salle d'étude qui est parquetée; que les water-closets, les vidoirs, etc., paraissent répondre aux exigences de l'hygiène moderne; enfin, qu'entre les pavillons que nous venons de décrire et la clinique, on a ménagé un préau couvert et une vaste cour de récréation plantée d'arbres.

Telle est, dans ses traits principaux, la description sommaire du bâtiment destiné aux élèves sages-femmes.

II

La Clinique d'accouchements et de gynécologie.

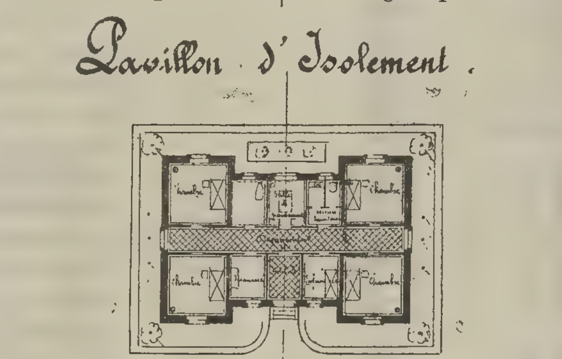
Par M. P. Puech,

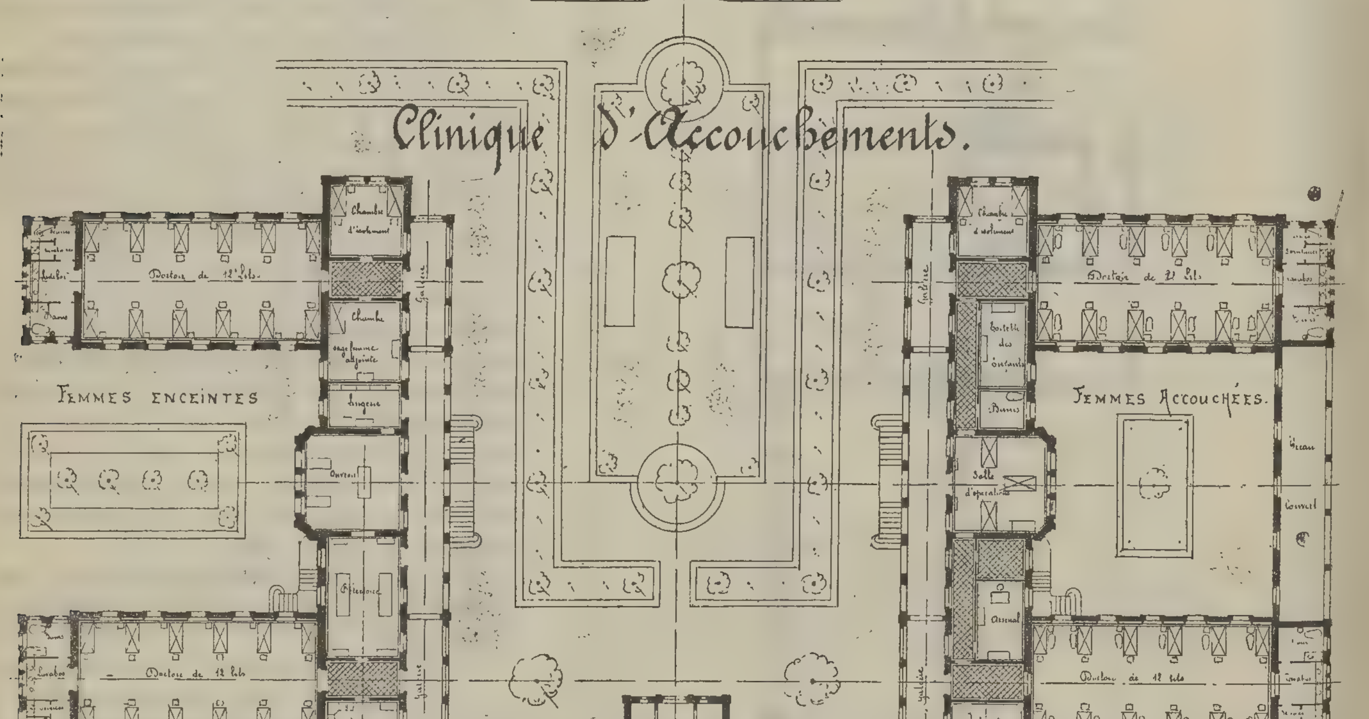
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le 8 novembre 1900, la Clinique d'accouchements et de gynécologie, si longtemps déshéritée, a été installée dans les magnifiques locaux, qui, sous la haute direction de M. le professeur Grynfeltt, ont été édifiés par M. l'architecte Debens.

Située, comme la Clinique ophtalmologique, sur l'avenue qui relie l'hôpital général à l'hôpital suburbain, la nouvelle Clinique complète ce quartier des hôpitaux, dans lequel l'étudiant en médecine trouve groupés les divers enseignements destinés à son instruction pratique.

Il est facile, en jetant les yeux sur





D'APRÈS LE PLAN DE M. DEBENS, ARCHITECTE

les plans ici reproduits, de se rendre compte de la disposition des locaux.

La nouvelle Clinique est constituée par trois bâtiments principaux : l'un, central, est dirigé parallèlement à l'avenue de l'Hôpital-Suburbain ; les deux autres, latéraux, sont disposés perpendiculairement aux deux extrémités du premier. L'espace compris entre ces trois bâtiments a été transformé en un élégant jardin, au fond duquel s'élève une quatrième construction, absolument isolée des trois autres.

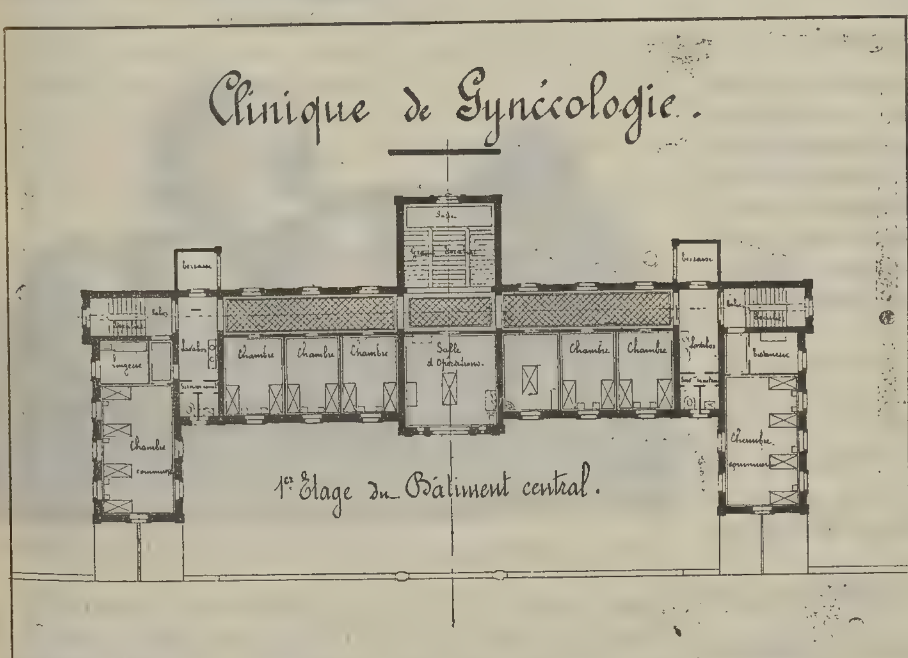
1° Le *bâtiment central*, qui regarde l'avenue de l'Hôpital-Suburbain et où se trouve l'entrée principale de la clinique, présente deux étages : un rez-de-chaussée bâti sur sous-sol et un premier étage.

Au rez-de-chaussée, l'on voit de chaque côté du vestibule : à droite, la salle de cours, le vestiaire des étudiants, le cabinet du chef de service, la chambre de l'interne ; à gauche, une salle d'attente, le réfectoire des sœurs, le laboratoire, et, tout à l'extrémité, la cuisine et l'office, ouvrant sur une cour de service qui les rend complètement indépendants. Une large galerie vitrée, prenant jour sur la jardin central, relie les diverses salles du rez-de-chaussée.

Au premier étage, auquel conduisent un grand escalier dont la cage face fait à l'entrée principale et deux petits escaliers situés aux deux extrémités de la galerie vitrée, est installé le service de gynécologie. Il comprend :

a. Au milieu, la salle d'opérations, éclairée par une large baie vitrée donnant sur l'avenue de l'Hôpital-Suburbain ;

b. Six chambres réparties de chaque côté de la salle d'opérations : la première, à droite, renferme les appareils destinés à la stérilisation de l'eau, laquelle est conduite directement dans la salle d'opérations par un système de tuyautage ; elle sert aussi de salle pour les pansements gynécologiques ; la première à gauche est occupée par les deux infirmières spécialement attachées au service ; quant aux quatre autres chambres, elles reçoivent les malades payantes ou les femmes qui viennent de subir une opération sur l'abdomen : elles ont chacune un mobilier composé de deux lits, une commode, une table ordinaire, deux tables de nuit, deux fauteuils et deux chaises.



D'APRÈS LE PLAN DE M. DEBENS, ARCHITECTE

c. A chacune des ailes, deux chambres communes renfermant l'une et l'autre quatre lits.

Lingerie, tisanerie, water-closets, vidoirs, lavabos complètent le service de gynécologie.

Est-il besoin de dire que la salle d'opérations est aménagée de façon à satisfaire aux exigences de la chirurgie actuelle : table d'opérations métallique, susceptible de se transformer en plan incliné et pouvant d'autre part recevoir des croissants porte-jambes ; table roulante à plateau de verre pour les instruments, étagères en verre, lavabos, etc.

Comme les diverses salles du rez-de-chaussée, la salle d'opérations, les chambres séparées, les chambres communes s'ouvrent sur une large galerie vitrée qui les relie entre elles.

2° Les deux *bâtiments latéraux*, disposés perpendiculairement aux deux extrémités du bâtiment central et qui sont réservés au service d'accouchements, n'ont qu'un seul étage : un rez-de-chaussée, élevé sur des sous-sols. Le bâtiment de gauche est destiné aux femmes grosses ; celui de droite aux femmes accouchées.

Chacun d'eux comprend deux grands pavillons réunis par un pavillon central, dont la destination est différente dans les deux bâtiments.

Dans le bâtiment de gauche comme dans le bâtiment de droite, les deux grands pavillons sont aménagés de la même façon : on y trouve une salle principale contenant 12 lits, à laquelle est annexée une salle de bains, un cabinet de toilette avec lavabos de marbre, un water-closet. Ces quatre dortoirs sont précédés chacun d'une salle plus petite. Des deux petites salles du bâtiment de gauche, l'une sert de vestiaire aux femmes grosses, l'autre est une chambre d'isolement pour les femmes enceintes malades. A droite, ces deux petites salles sont destinées à loger : l'une, les infirmières attachées au service des femmes accouchées ; l'autre, chambre de surveillance, les accouchées suspectes : je veux dire les femmes entrées en travail après avoir subi au dehors manœuvres ou explorations.

Le pavillon central qui réunit les deux pavillons de gauche est occupé par le réfectoire des femmes enceintes, l'ouvroir, la lingerie et la chambre de la sage-femme adjointe. Dans le pavillon central et dans les pavillons latéraux, on pénètre par une galerie qui court le long du jardin central. Les fenêtres des dortoirs, celles des diverses pièces du pavillon central s'ouvrent également sur de petits jardins.

Le pavillon central, qui relie les deux pavillons de droite, renferme au milieu la salle d'accouchements, de chaque côté de laquelle se trouvent : une salle avec baignoire et appareils de chauffage pour l'eau destinée aux accouchements, une salle pour la toilette des enfants, un vestiaire pour les élèves sages-femmes, une pièce servant à la fois d'arsenal et de cabinet pour le chef de clinique.

La salle de travail possède deux lits pour les accouchements ordinaires, une table pour les opérations obstétri-

cales, des lavabos en marbre, des étagères en verre. L'eau, bouillie dans les appareils renfermés dans la pièce voisine y est apportée par un système spécial de tuyautage. Comme les dortoirs des accouchées, elle prend jour sur les jardins qui séparent la Clinique de l'École des sages femmes; la nuit, l'éclairage est assuré par deux puissants becs Auer, munis de réflecteurs. La salle d'accouchements et ses annexes communiquent les uns avec les autres et s'ouvrent d'autre part séparément sur une galerie parallèle au jardin central.

3° C'est au fond de ce jardin central que s'élève le *pavillon d'isolement* ne comprenant, lui aussi, qu'un seul étage : à chacune de ses deux ailes se trouvent deux chambres séparées par le couloir de dégagement qui va d'une extrémité à l'autre du pavillon; au milieu, outre le vestibule, il y a une salle d'opérations, une salle de bains, une tisanerie, une chambre pour l'infirmière, des water-closets. Les malades apportées infectées du dehors arrivent directement au pavillon d'isolement par une entrée spéciale.

Toutes les salles, grandes ou petites, de la Clinique ont leurs murs peints à l'huile et leur sol recouvert par une mosaïque. Elles sont éclairées par des becs Auer et chauffées par un calorifère.

De la Clinique d'accouchements et de gynécologie, comme des établissements universitaires ou hospitaliers, dont, au cours de ces dix dernières années, elle vient de s'enrichir, hôpital suburbain, Clinique d'ophtalmologie, Clinique médicale et Clinique chirurgicale des enfants, institut de physique et de chimie, institut de biologie, la Faculté de médecine de Montpellier a le droit d'être fière.

ROLE DE LA CHAINE DES OSSELETS DANS L'AUDITION

APPLICATION AU TRAITEMENT DE LA SURDITÉ ET DES BOURDONNEMENTS (1)

Par M. Marage, docteur ès sciences.

L'oreille moyenne peut être considérée comme un tambour de Marey, dans lequel la membrane de caoutchouc est remplacée par le tympan, et le levier du second genre par un levier du premier genre; mais à l'inverse de ce qui existe dans les appareils inscripteurs, la puissance, c'est-à-dire la vibration sonore, agit sur la grande branche du levier, le manche du marteau; de telle sorte que le déplacement de l'étrier est en moyenne les 3/4 du déplacement de l'extrémité du manche du marteau (fig. 1).

On a admis jusqu'ici, avec Helmholtz, que les déplacements de l'étrier ne dépassaient pas $\frac{1}{10}$ de millimètre (2); je vais démontrer que cette quantité est beaucoup trop grande et que, sauf dans des cas absolument exceptionnels, ces déplacements sont de l'ordre du millième de millimètre.

L'expérience s'appuie sur les deux propositions suivantes :

I. *Pour des déplacements ne dépassant pas* 4 *à* 5 *millimètres, l'intensité d'un son est proportionnelle au carré des déplacements d'une membrane vibrant sous l'influence de ce son.*

II. *Toutes choses égales d'ailleurs, entre* 0 *et* 200 *millimètres d'eau (limites entre lesquelles les expériences ont été faites), l'intensité du son d'une sirène est proportionnelle à la pression de l'air qui traverse l'instrument.*

(1) Communication à l'Académie de médecine.

(2) Helmholtz n'a pas indiqué la limite inférieure.

Expérience. — Ceci posé, je vais chercher la valeur du déplacement de l'étrier.

On prend une sirène à voyelles et un appareil graphique,

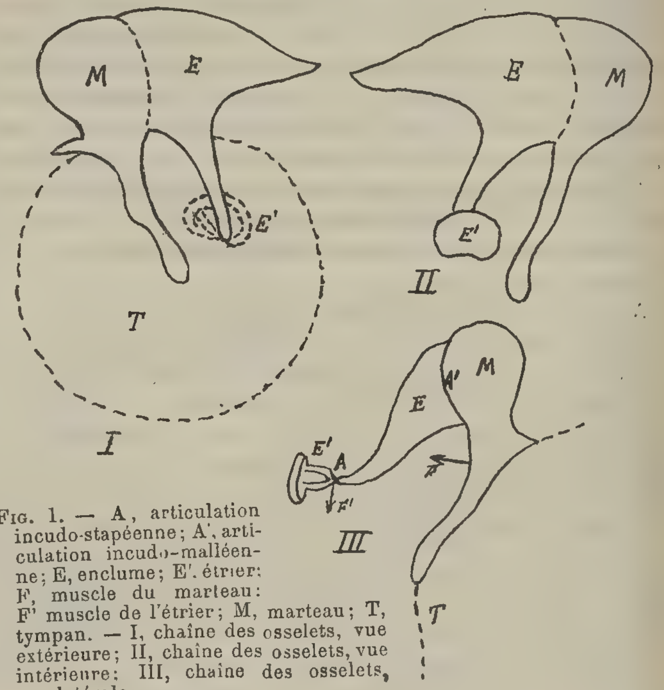


Fig. 1. — A, articulation incudo-stapéenne; A', articulation incudo-malléenne; E, enclume; E', étrier; F, muscle du marteau; F' muscle de l'étrier; M, marteau; T, tympan. — I, chaîne des osselets, vue extérieure; II, chaîne des osselets, vue intérieure; III, chaîne des osselets, vue latérale.

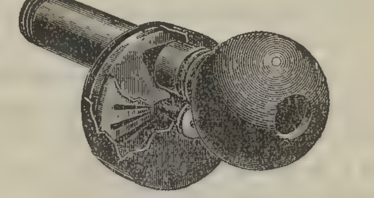


Fig. 2. — Acoumètre.

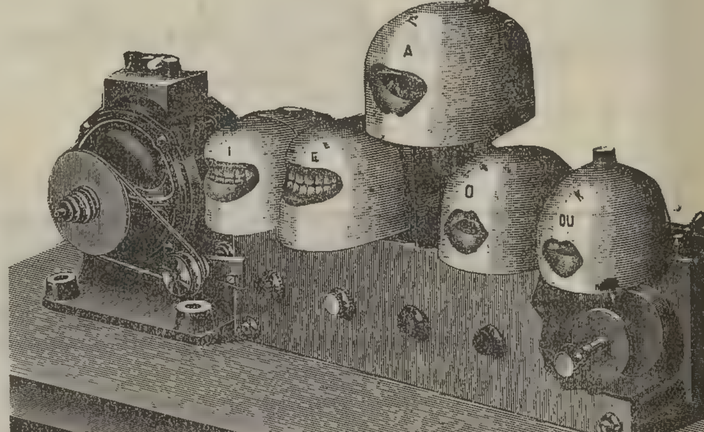


Fig. 3. — Sirène donnant les vibrations fondamentales des voyelles.

dont la masse du levier est sensiblement la même que la masse des osselets, et on obtient une courbe, celle de A par exemple, sous une pression d'air de 200 millimètres d'eau; dans une période de ce tracé on trouve des amplitudes de

1 millimètre; 0^{mm},5; 0^{mm},25.

Pour avoir le déplacement de la membrane, il suffit de multiplier ces nombres par le rapport des longueurs des bras de levier; on trouve

0^{mm},1; 0^{mm},05; 0^{mm},025.

dans les mêmes conditions le déplacement de l'étrier aurait été les 3/4 de ces nombres ou :

$0^{mm},075$; $0^{mm},037$; $0^{mm},013$.

Or, ce même son qui vient d'être produit sous une pression de 200 millimètres d'eau est parfaitement perçu par l'oreille sous une pression de 1/2 millimètre d'eau; donc, d'après la seconde proposition les déplacements de l'étrier doivent être $\sqrt{400} = 20$ fois plus petits, c'est-à-dire

$0^{mm},0036$; $0^{mm},0018$; $0^{mm},0009$ (1).

Ces unités sont sensiblement de l'ordre de celles dont se déplace la plaque d'un microphone; ces nombres n'ont donc rien d'invraisemblable.

Objections. — On pourrait objecter que l'appareil dont je me suis servi n'est pas comparable à l'oreille moyenne et que cet organe est beaucoup plus sensible; je vais démontrer qu'il n'en est rien.

1. *La membrane* que j'emploie est plus mobile que le tympan, car pour une augmentation de pression de 1 millimètre d'eau, le tympan se déplace de $\frac{6}{1000}$ de millimètre, tandis que pour la même pression la membrane de caoutchouc se déplace de $\frac{17}{100}$ de millimètre, c'est-à-dire 28 fois plus.

2. *Le levier* que j'emploie a un poids comparable à celui de la chaîne des osselets (14 centigrammes au lieu de 12); de plus il est soutenu par un axe vertical entre pointes et il est mobile dans un plan horizontal de manière à annuler l'action de la pesanteur, il n'adhère pas à la membrane et un petit courant d'air le force à en suivre tous les mouvements; enfin le papier est à peine noirci et la résistance de la plume est certainement plus faible que celle qui est opposée à l'étrier par le liquide de l'oreille interne.

Donc certains de nos appareils graphiques sont aussi sensibles que l'oreille moyenne, ce qui fait leur infériorité, c'est que nous leur demandons des tracés de 1/2 à 1 millimètre d'amplitude, alors que le nerf acoustique se contente de déplacements de l'ordre de $\frac{1}{1000}$ à $\frac{1}{10000}$ de millimètre.

Action d'écouter. — Elle se fait de la manière suivante : à l'état de repos la chaîne des osselets est suspendue de telle sorte que l'étrier tend plutôt à s'écarter de l'oreille interne, de manière que les vibrations sont perçues, mais à l'état vague; au contraire, quand on écoute, le muscle du marteau (nerf trijumeau) se contracte et, tous les osselets se trouvant entraînés, l'étrier vient en contact plus intime avec l'oreille interne.

Bourdonnements. — La chaîne des osselets se déplace en entier à chaque vibration et comme l'étrier est enclavé dans la fenêtre ovale, il s'ensuit qu'à chaque vibration l'articulation incudo-stapéenne entre en jeu et que pour une vibration déterminée elle a une position déterminée.

Si on suppose que, pour une raison quelconque, après une vibration la chaîne des osselets conserve sa position au lieu de revenir à sa position d'équilibre, il s'ensuit que la vibration continue à se produire et à être perçue par l'oreille; ceci explique beaucoup de ces bourdonnements continus de nature si différente et qui sont si pénibles à supporter.

Pour les supprimer il doit donc suffire de changer la position d'équilibre du levier représenté par la chaîne des osselets: une première méthode consiste évidemment à supprimer le levier lui-même en tout ou en partie; elle est un peu radicale et elle ne semble pas avoir donné les résultats qu'on espérait.

Il vaut mieux, comme on le verra plus loin, détruire la position d'équilibre en faisant parvenir à l'oreille des vibrations absolument différentes de celles qu'elle perçoit continuellement.

Applications. — Ces expériences présentent au point de vue médical des applications intéressantes; elles permettent d'expliquer les résultats, plutôt médiocres, obtenus dans l'otite scléreuse par le masseur de Delstanche et la poire de Politzer; il est inutile, pour ne pas dire nuisible, d'essayer d'imprimer aux osselets des déplacements de 3 à 4 millimètres sous des pressions beaucoup trop élevées, alors que normalement ils doivent se déplacer au millième de millimètre.

Si l'on veut modifier soit les bourdonnements, soit l'acuité auditive, il faut se rapprocher de ce qui se passe dans la nature, c'est-à-dire prendre les vibrations fondamentales de la parole produites artificiellement, les transmettre au tympan sous des pressions très faibles et dans des conditions déterminées et mesurées exactement; on obtient alors des améliorations là où toutes les autres méthodes avaient échoué.

Ce qu'il y a d'intéressant au point de vue théorique c'est que l'on pouvait prévoir ces résultats.

(1) Dans la voix parlée normale sous une pression moyenne de 160 millimètres d'eau, le déplacement de l'étrier serait $0^{mm},064$; $0^{mm},032$; $0^{mm},016$ (distance du tympan, 4 centimètres.).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(26 FÉVRIER 1901)

M. Guyon, à l'occasion de la communication de M. Dieulafoy, relate l'observation d'un homme de soixante et onze ans, en pleine infection urinaire, qui fut pris d'**hématémèses** se reproduisant pendant la nuit, et la mort arrivait le lendemain matin; à l'autopsie, on ne trouva aucune ulcération des voies digestives, simplement de la suffusion sanguine.

En faisant le relevé de ses registres d'observation, M. Guyon a trouvé deux cas d'hématémèses chez des urinaires infectés qui ont guéri. Il croit que, dans ces trois faits, la cause de l'hématémèse est l'infection, ils viendraient donc à l'appui de la thèse défendue par M. Dieulafoy.

L'intéressante communication que M. Lucas-Championnière a faite dans la dernière séance sur l'**appendicite** (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 201), a ramené à la tribune M. Dieulafoy, qu'aucune des questions touchant cette maladie ne saurait laisser indifférent. M. Dieulafoy s'est arrêté particulièrement sur trois points de cette communication : d'abord il ne croit pas comme son collègue que l'appendicite soit une maladie nouvelle et ne relève que des causes invoquées par M. Championnière pour expliquer sa fréquence actuelle; il croit qu'elle existait autrefois, mais qu'elle passait le plus souvent inaperçue et qu'on n'en voyait que les complications telles que la péritonite, la pleurésie purulente, le phlegmon de la fosse iliaque, l'hématémèse etc., etc. Il n'y

a que peu de temps que l'appendicite à elle seule a été reconnue comme la cause de tous ces méfaits.

Il est un second point, plus spécial, de la communication de M. Championnière sur lequel tient à insister M. Dieulafoy, c'est le traitement du vomito negro appendiculaire par le lavage de l'estomac. M. Championnière avait vanté les bons effets de ce lavage qui, dans plusieurs cas, lui a donné de bons résultats. M. Dieulafoy ne partage pas du tout cette opinion et n'oserait pas prescrire le lavage de l'estomac dans un cas quelconque d'hématémèse ; il faut, dit-il, qu'un caillot obstructeur se forme, ce caillot c'est le salut, et en lavant l'organe vous risquez de le détruire ; il est donc de toute nécessité de ménager le plus possible l'estomac en le laissant tout à fait tranquille, et c'est pourquoi M. Dieulafoy continuera à conseiller la diète et le repos absolus.

Si le désaccord existe sur ces deux points entre MM. Lucas-Championnière et Dieulafoy, l'accord est absolu et parfait entre eux sur cette conclusion qu'il n'existe qu'un seul traitement de l'appendicite : le traitement chirurgical.

Dans son discours, M. Championnière avait vanté les bons effets du purgatif ; quelques membres de l'Académie avaient cru qu'il avait voulu dire qu'un purgatif, donné à temps, pouvait éviter l'opération. M. Championnière a énergiquement protesté contre cette interprétation et M. Dieulafoy proteste à son tour contre cette administration de purgatif qui ne sert qu'à perdre un temps précieux.

M. Pinard, comme M. Dieulafoy, ne pense pas que l'appendicite soit plus fréquente maintenant que jadis. Si les abcès de la fosse iliaque sont plus fréquents, comme l'a constaté M. Championnière, il y a deux chapitres de pathologie obstétricale qui ont complètement disparu : la péritonite pendant la grossesse et la « péritonite par rupture d'adhérences ».

M. Kelsch émet quelques réflexions d'ordre général sur la nature de l'appendicite, sur son étiologie, sur les causes de son extrême fréquence dans ces dernières années ; pour lui, l'appendicite est une localisation d'une infection générale, ce qui explique à ses yeux sa marche en quelque sorte épidémique, et ce qui lui permet de la comparer à la grippe, à la méningite cérébro-spinale et à d'autres maladies du même ordre.

Nous n'en avons point fini avec l'appendicite, la discussion continuera dans les séances suivantes.

M. Jarre fait une communication sur le **traitement de la fièvre aphteuse par la cautérisation des ulcérations à l'aide d'une solution concentrée d'acide chromique à 33 p. 100.**

Au dire de M. Jarre, ces cautérisations donneraient les meilleurs résultats et arrêteraient le plus souvent, après une seule séance, la maladie et sa propagation épidémique ; un rapport sera fait sur cette intéressante étude.

M. Marage lit une note sur le **rôle de la chaîne des osselets dans l'audition, quelques applications au point de vue du traitement de la surdité et des bourdonnements.** (Voir plus haut, p. 238.)

Sur la proposition de M. Landouzy, l'Académie vote des remerciements à M. le ministre des postes et télégraphes, pour avoir fait placarder dans tous les bureaux de poste une instruction fort bien rédigée indiquant la prophylaxie de la tuberculose.

Au début de la séance, l'Académie a élu M. Saint-Yves Ménard, membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

LES MANDATS DE CONSEILLER GÉNÉRAL

ET DE CONSEILLER D'ARRONDISSEMENT NE SONT PAS INCOMPATIBLES AVEC LES FONCTIONS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Ainsi vient de décider le Sénat en adoptant à une majorité considérable, dans sa séance du 22 février, le projet de loi de M. Combes, ainsi conçu :

Article unique. — Est ajoutée à l'article 10 de la loi du 10 août 1871, la disposition suivante :

« Ne sont pas considérés comme salariés et compris dans les cas spécifiés au paragraphe précédent, le médecins chargés, à titre de médecins cantonaux, des services de l'assistance médicale gratuite, de la protection de l'enfance et des enfants assistés, non plus que des services des épidémies, de la vaccination ou de tout service analogue ayant un caractère de philanthropie.

La même exception s'applique aux vétérinaires chargés dans les cantons du service des épizooties. »

Ce vote, dû entièrement à M. Léon Labbé qui a prononcé à ce sujet un remarquable discours, a une importance considérable bien mise en vue par notre confrère. Ecartant en effet, les considérations politiques qui avaient été le point de départ de ce débat, M. Labbé a envisagé la question au point de vue strictement professionnel et l'a résolue en s'inspirant des idées de libéralisme qui ont toujours été l'honneur de notre profession.

On se rappelle que dans certains départements, à la suite de rivalités ou de luttes politiques, des confrères ont été sommés, en vertu d'un arrêt du Conseil d'Etat de 1890, d'opter entre leur mandat de conseiller général ou leurs fonctions de l'assistance publique. C'est dans ces conditions que M. Combes jugea utile d'apporter la modification, que nous avons citée plus haut, à la loi du 10 août 1871.

Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de citer in extenso les arguments invoqués par M. Labbé. Voici les principaux passages de son discours :

« Lorsque la loi du 10 août 1871 a réglé la situation des conseillers généraux, on n'a pu songer à faire une exception pour les médecins de l'assistance publique ; ces services n'existaient pas à cette époque.

On a simplement, dans cette loi, prévu les cas suivants d'incompatibilité : « Le mandat de conseiller général est incompatible, dans le département, avec les fonctions d'architecte départemental, d'agent voyer, d'employé des bureaux de la préfecture ou des sous-préfectures et généralement de tous les agents salariés ou subventionnés sur les fonds départementaux. » C'est donc sur ce mot « salariés » que la discussion s'est engagée et qu'on a voulu faire l'assimilation.

Je pense que les raisons que je viens de vous donner suffisent à vous démontrer que les médecins de l'assistance publique, non pas salariés, mais seulement indemnisés, et d'une façon presque illusoire pour les services qu'ils rendent, ne peuvent être comparés aux fonctionnaires dont je viens de rappeler tout à l'heure la situation particulière.

Mais alors est intervenu, à la date du 31 janvier 1890, un arrêt du Conseil d'État, rendu contrairement à l'avis du ministre de l'Intérieur, et qui a décidé que le médecin du service des enfants assistés est un salarié, au sens de l'article précité, qu'il ne peut dès lors cumuler cette fonction avec celle de conseiller général, et que, pour que ce cumul devienne possible, le médecin doit consentir à renoncer à son modique salaire.

C'est la situation qui s'est présentée un certain nombre de fois et qui existe précisément pour deux de mes excellents confrères du département de l'Orne, lesquels, mis dans la nécessité d'opter, n'ont pas voulu renoncer à leur

service public et se sont décidés à le faire d'une façon complètement gratuite.

Mais il est tellement vrai que si, à l'époque où la loi a été votée, la question avait été posée dans ces termes, le législateur eût fait cette exception pour les médecins, qu'en 1893, lors de la discussion de la loi sur l'assistance médicale gratuite, il s'est prononcé à cet égard de la manière la plus affirmative.

A cette époque, l'article 34 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, portait :

« Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général et au conseil d'arrondissement, à raison de leur rétribution sur le budget départemental. »

Je ne crois pas que la question puisse être jugée d'une façon plus précise. Il est évident que le législateur de 1893 a eu l'intention très nette d'indiquer que l'inéligibilité ne pourrait pas être admise dans ce cas. Il ne s'agissait pas, il est vrai, de la proposition de loi en discussion, mais en fait il se trouvait dans des conditions identiques à celles où il aurait été si on l'avait consulté au sujet de l'un de services des enfants assistés ou de protection des enfants du premier âge.

Je le répète, après l'arrêt du conseil d'État de 1890, le législateur de 1893 s'est expliqué de la façon la plus précise et il a dit : « Non, les médecins, pour la modeste rétribution qu'ils reçoivent dans les services d'assistance publique, ne peuvent pas être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement. »

Après les raisons que je viens de vous soumettre, je crois, Messieurs, que la conviction doit être faite dans vos esprits, mais je veux qu'il ne puisse y rester aucune espèce de doute.

On a objecté, mal à propos à mon sens, que peut-être le conseiller général médecin et chargé d'un service d'assistance publique aurait une tendance à user de son influence, dans l'assemblée départementale, pour faire augmenter ses émoluments.

Vraiment, je laisse de côté cette appréciation. Je ne crois pas qu'il y ait d'exemple de cette manière d'agir ; mais en supposant que ces mauvaises intentions soient possibles, la loi du 15 juillet 1893 arme le ministre contre un pareil fait, puisque, s'il venait à se produire en matière d'assistance médicale gratuite, elle stipule « que les délibérations en cette matière auront lieu dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 et ne deviendront exécutoires que si un décret motivé n'en a pas suspendu l'exécution dans un délai de trois mois ».

Vous voyez que l'objection tombe d'elle-même...

Maintenant, Messieurs, il est bien entendu que nous demandons le bénéfice de cette loi uniquement pour les médecins exerçant dans un canton, pour ceux qui ne font pas profession d'être, à proprement parler, des fonctionnaires, et que les médecins qui se trouvent à la tête des services de l'assistance publique, comme inspecteurs ou sous-inspecteurs des services départementaux, n'auront pas le bénéfice de cette loi. Ce sont là de véritables fonctionnaires et, par conséquent, au même titre que les architectes et les agents voyers, inéligibles aux conseils généraux et d'arrondissement.

Tel est, Messieurs, l'exposé que je devais faire de la question. Il ne sera peut-être pas aussi complet que vous l'auriez désiré parce que certaines questions d'administration ne me sont pas tout à fait familières ; j'espère, cependant, avoir pu porter un peu de lumière dans vos esprits et je vous prie d'adopter cette proposition de loi qui me paraît être en rapport avec la justice et la vérité. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les certificats médico-légaux usuels, guide pratique et raisonné (1), par Louis VIDAL (de Nissan), avocat, docteur en médecine.

Quelques extraits de la table des matières feront, mieux qu'une analyse, entrevoir à nos confrères de quelle utilité peut leur être la lecture de cet opuscule.

PREMIER LIVRE : NOTIONS PRATIQUES APPLICABLES A TOUT CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL. — ... Capitale importance des premières recherches. Réserves dans ses affirmations. Imprimés de certificats. Légalisation de signature. Timbre. Obligation de délivrer certificat...

DEUXIÈME LIVRE : VARIÉTÉS USUELLES DE CERTIFICATS. — *Premier chapitre : Certificat de coups et blessures et de maladie.* — ... N'accepter que sous réserves les précisions de l'intéressé. Certificat d'impotence. Certificat de complaisance. Secret en matière de certificat. Affaire Doudet...

Deuxième chapitre : Certificat de décès. — Exigences légales. Pratique des mairies. Prudence dans la rédaction : heure, diagnostic. Cas du transport des corps. Cas du suicide. Certificat destiné aux assureurs...

Troisième chapitre : Certificat de nourrice. — Mention de la vaccine. Date du dernier accouchement. Exclusion de la maladie...

Quatrième chapitre : Certificat d'accident du travail. — Première partie : Le certificat dit de quarante-huit heures. — ... Le certificat est exigé dans tous les cas. Honoraire applicable, soit que le patron l'ait requis (première hypothèse), soit l'ouvrier (deuxième hypothèse)...

Deuxième partie : Le certificat sur réquisition du juge de paix. — Le juge de paix procède en matière civile. Réquisition facultative. Tarif applicable. Le juge de paix procède en matière criminelle. Réquisition obligatoire et tarif...

Troisième et dernière partie : Le certificat pour revision après trois ans.

Maladies des voies urinaires (2), par M. P. BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de la Société de chirurgie. — III. *Thérapeutique générale. Thérapeutique symptomatique. Médecine opératoire* (52 fig.) ; — IV. *Thérapeutique spéciale* (9 fig.).

M. P. Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient de publier dans l'*Encyclopédie des aide-mémoire* deux volumes de thérapeutique sur les maladies des voies urinaires.

Ces volumes font, avec les deux volumes parus précédemment sur : 1° exploration, traitement d'urgence, et 2° séméiologie, un véritable traité pratique des maladies des voies urinaires.

Le tome III comprend une première partie consacrée à la thérapeutique générale, c'est-à-dire l'administration des médicaments, l'hygiène, l'application des médications ; une seconde partie ayant pour objet la thérapeutique symptomatique, où se trouvent les chapitres sur l'hématurie, les accidents infectieux, l'insuffisance rénale, la rétention d'urine ; une troisième partie, de médecine opératoire, où sont décrites les opérations portant sur les reins et les uretères, la vessie, l'urètre.

Le tome IV est tout entier consacré à la thérapeutique spéciale. L'auteur a pris successivement les divers organes : d'abord le rein, dont il a étudié les lésions traumatiques ; passant ensuite à la lithiase rénale, à l'hydronéphrose, la pyonéphrose et les abcès périnéphrétiques, à la tuberculose, au rein mobile et aux kystes du rein ; ensuite la vessie, dont

(1) In-8°, cart. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(2) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix (chaque vol.) : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

les divers chapitres sont consacrés aux cystites, tumeurs, calculs; corps étrangers de la vessie, la stagnation urinaire; un chapitre spécial traite de l'hypertrophie prostatique; enfin l'urètre, avec les rétrécissements et leurs complications, les contusions et ruptures, la blennorragie et l'urétrite chronique, la prostatite et les abcès prostatiques, les corps étrangers, les fausses routes urétrales, enfin l'épithélioma.

Ces divers chapitres sont traités dans un but essentiellement pratique; M. Bazy, s'inspirant de l'esprit qui a guidé la direction de l'*Encyclopédie*, s'est, en effet, surtout adressé au médecins praticiens, le spécialiste, cependant, y trouvera aussi son profit, étant donné la note personnelle de l'auteur.

De nombreuses figures, représentant les instruments employés dans le traitement des diverses affections, illustrent le texte, ce qui ajoute encore au côté pratique de l'ouvrage.

Memento formulaire des médicaments nouveaux avec une table alphabétique des indications (1), par A. Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Cette brochure est un supplément au *Traité de thérapeutique et de pharmacologie* du même auteur. Cette quatrième édition renferme de nombreuses additions; par contre, l'auteur a fait disparaître les médicaments mort-nés, à l'exception de quelques-uns d'un grand intérêt chimique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

1. M. Abadie. Les localisations fonctionnelles de la capsule interne. — 2. M. Montel. Du rôle des leucocytes dans l'absorption de certains médicaments introduits par la voie hypodermique et péritonéale. — 3. M. Bentéjue. Contribution à l'étude de la bilharziose. — 4. M. La Folie. Une opération aseptique. — 5. M. Margerie. La cure radicale du varicocèle par la décortication du scrotum (procédé du docteur Piton, de Brest). — 6. M. Roustan. De la psychicité de la femme pendant l'accouchement (étude de responsabilité). — 7. M. Souc. Essai de déontologie. La réclame médicale. — 8. M. Sorel. Contribution à l'étude de la folie à deux. Rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux. — 9. M. Monmayou. De la symphyséotomie à Bordeaux. — 10. M. Roux de Badilhac. Étude sur les bassins viciés par paralysie infantile au point de vue obstétrical. — 11. M. Gary. Historique critique de la kinésithérapie. L'œuvre de Liny. L'œuvre de Zander. — 12. M. Bellamy. Étude séméiologique. Hallucinations érotiques. — 13. M. Darray de Certant. Étude sur la prophylaxie de quelques maladies infantiles d'après les données de l'hygiène moderne. — 14. M. Grosfillez. Les déplacements congénitaux du cristallin. — 15. M. Garraud. Étude de l'action de la faradisation sur le coefficient azoturique. — 16. M. Chagnolleau. Des kystes séreux sus-dure-mériens consécutifs à des traumatismes craniens éloignés. — 17. M. Tel. De l'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire. — 18. M. Brand. De l'existence du réflexe réno-rénal et de son rôle pathogénique. — 19. M. Boussenot. Contribution à l'étude des angines pseudo membraneuses. — 20. M. Buleam. Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. — 21. M. Adoue. Contribution à l'étude de l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne. — 22. M. Donnet. Essai sur les formes et les causes de quelques arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil. — 23. M. Lamoureux. La technique des injections hypodermiques de sérum artificiel pratiquées au moyen du séro-transfuseur du professeur Le Fort avec une modification additionnelle. — 24. M. Martin. Le coefficient émulsif et la tension superficielle des urines dans leurs rapports avec les albuminoïdes urinaires. — 25. M. Testé. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. — 26. M. Léger. Hématologie de la chlorose. Influence de certains agents médicamenteux sur la formule hémo-leucocytaire. — 27. M. Coquin. Hygiène et pathologie des pêcheurs de morue à Terre-Neuve et en Islande. — 28. M. Alain. Du fœticide thérapeutique. — 29. M. Devillard. La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale.

(1) 4e édit., in-8°, cart. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux et hospices civils de Paris. — Nos lecteurs trouveront dans notre prochain numéro la répartition et l'index alphabétique des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et des externes, à dater du 1er mars 1901.

Faculté de médecine de Paris. — Voici les prix décernés pour 1900 :

Prix Barbier (2000 francs). — Le prix est partagé : 1° 1 000 fr. à M. Paul Michel (de Paris); — 2° 700 fr. à M. Marage (de Paris). — Une mention honorable avec la somme de 300 fr. est accordée à M. Hamonic (de Paris).

Prix Chateauvillard (2000 francs). — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 fr. à M. Le Double (de Tours); — 2° 500 fr. à M. Milian (de Paris); — 3° 500 fr. à M. E. Legrain (de Bougie); — 4° 500 fr. à M. E. Lesné (de Paris).

Prix Montyon (700 francs). — Le prix est décerné à M. Bacaloglu (de Paris).

Prix Jeunesse (hygiène) (1 500 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1000 fr. à M. Gache (de Buenos-Ayres); — 2° 500 fr. à M. E. Bonjean (de Paris).

Prix Béhier (1 800 francs). — Le prix est partagé comme suit : 1° 1 200 fr. à M. Nobécourt (de Paris); — 2° 600 fr. à M. Milian (de Paris).

Prix Lacaze (10000 francs). — Le prix est décerné à M. Auclair (de Paris).

Prix Saintour (3000 francs). — Une somme de 2000 fr. est attribuée à M. Josué (de Paris).

Législation oculaire. — Un curieux projet de loi a été introduit dans la législature de l'État de New-York. Ce bill tend à obliger les éditeurs et les directeurs de journaux à imprimer leurs publications en caractères plus gros que ceux actuellement usités. Il ne devra pas être employé de types au-dessous de huit points.

Cette mesure aurait été inspirée par l'observation de spécialistes qui ont remarqué que la vue des New-Yorkais s'affaiblissait d'une manière inquiétante, et qui attribuent le fait à la lecture de publications imprimées avec des caractères fins. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Hopitaux et hospices civils de Paris. Répartition et index alphabétique des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et des externes, à dater du 1er mars 1901. — Séance de la Société de chirurgie. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er mars 1901.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Apert; chef de clinique adjoint : M. Gandy; interne : M. Loeper; externes : MM. Ledoux, Ortel, Besmer, Picot, Ramond, Sari, Durandard, Haas (Roger), Bouyssou, Fournier (Maurice).

2. Médecin : M. Cornil; interne : M. Lefas; externes : MM. Caldaguès, Davicion, Berthier (Paul), Trocmé, Foy, Braillon.

3. Médecin : M. Audhoui; interne : M. Bauer; externes : MM. Flourens, Braun, Dubos.

4. Médecin : M. Muselier; interne : M. Bosc; externes : MM. Giret, Henry (Robert), Daulnoy, Jammes, Eyméoud.

5. Médecin : M. le professeur Brissaud; interne : M. Brécy; externes : MM. Apte, Roussel, Lestelle, Brissaud.

6. Médecin : M. Faisans; interne : M. Audistère; externes : MM. Leduc, Gros, Griffoud, Linard, Bordenave (Edouard).

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Fredet; internes : MM. Digne, Chevassu, Duclaux, Braillon; externes : MM. Violle, Hollande, Bené, Grandchamp, Gourdon, Duvoir, Quinsac, Lacroix, Vincent (Pierre).

8. Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Terrien; chef de clinique adjoint : M. Pley; internes : MM. Le Roux, Stanculéanu, Assicot; externes : MM. Collet, Lépine, Galezowski, Gachet, Landolt, Morange.

9. Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Theuveny, Mauban; externes : MM. Christescu, Mouflier, Druais, Dubus, Nicolas (Michel), Augé.

Consultation. — 10. Médecin : M. Renault; interne provisoire : M. Ambrosi; externes : MM. Maigrot, Lamy, Lamarre.

11. Chirurgien : M. Marion; suppléant : M. Robineau; externes : MM. Horteloup, Renaudin, Valet.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Lion; interne provisoire : M. Heller; externes : MM. Stettiner, Bouchaud, Hayem, Mariette.

2. Médecin : M. Mosny; interne provisoire : M. Beaufumé; externes : MM. Cornélius, Aynaud, Cochonnet, Elloy.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Daniel; externes : MM. Pfister, Thorel (Raymond), Bredier.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Mangin-Bocquet; interne : M. Gaultier; externes : MM. Mouras, Lépine, Colombet, Donnat, Junès, Decq.

2. Médecin : M. Robin; interne : M. du Pasquier; externes : MM. Gy, Küss, Guyot (Alexandre), Reinburg, Toupet, Jousselin, Bardon.

3. Médecin : M. Petit; interne : M. Andrieu; externes : MM. Lafosse, Hudelot, Pastour, Soullard, Borne.

4. Médecin : M. Babinski; interne : M. Léri; externes : MM. Nappa, Talon (Jean), Barbier, Podevin.

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Follet; externes : MM. Bodolec, Ferrand, Caltier, Barnsby, Nicolas (Charles), Claude (Georges), Clermonthe.

6. Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Janot; externes : MM. Hérisson, Lemerçier, Bénéteau, Agasse, Lafont.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier; chef de clinique : M. Gosset; chef de clinique adjoint : M. Reymond; internes : MM. Desjardins, Alglave, Géraud; externes : MM. Séjournet, (Paul-Auguste), Uteau, Mathieu, Monod (Gustave), Buizard, Larmandière, Gimbert, Kahn.

8. Chirurgien : M. Walter; internes : MM. Férouelle, Pouliot, Mahar; externes : MM. Gibert (Léon), Aitoff, Sequer, Baudouin (Emile), Bloch (Louis), Piérart de Ribier.

9. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Le Lorier; externes : MM. Sellerin, Le Louët.

Consultation. — 10. Médecin : M. Gouget; suppléant : M. Phulpin; externes : M. Lamorlette, Mlle Lévy, M. Railliet.

11. Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Herbet; externes : MM. Gahinet, Pierre, Senlecq.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le professeur Bouchard; interne : M. Courcoux; externes : MM. Herr, Bourgaud (Victor), Rouhier, Le Houx.

Service temporaire. — Externes : MM. Doury, Espitallier.

2. Médecin : M. Gouraud; interne : M. Marcou-Mutzner; externes : MM. Lemarignier, Gillet (Georges), Bonta, Huchet, Labrevoit.

3. Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Roché; externes : MM. Thébault, Moulu, Minvielle, Hornus.

4. Médecin : Moutard-Martin; interne : M. Tessier; externes : M. Portemer de Saint-Paul, Mlle Bonnin, M. Parrot.

5. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Boidin; externes : MM. Boudet, Marre, Bonamy, Cocural.

6. Médecin : M. Martin-Roux; interne ; M. Lamouroux; externes : MM. Laprade, Froget, Vincent (Raymond), Joussemet.

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Wiart; internes : MM. Laurens, Belgrand, Gernez; externes : Mlle Toufesco, MM. Chapoy, Lemaître (Georges), Martin (Fernand), Baillon, Cotard, Drain.

8. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Bellin, Pécharmant; externes : MM. Moncany, Jouve, Charpentier, Onfray.

9. Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Dreyfus-Rose; externes : MM. Legros (Jules), Boucher (Jules), Mlle Maugeret, M. Cistrier.

Consultation. — 10. Médecin : M. Legry; suppléant : M. Magdelaine; externes : MM. Muller, Mahoudeau.

11. Chirurgien : M. Launay; suppléant : M. Barozzi; externes : MM. Quilliot, Vaïas.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Hulot; chef de clinique adjoint, M. Rosenthal; interne : M. Langevin; interne provisoire : M. Dobrovitch; externes : MM. Gardavot, Dézarnaulds, Delor, Boulonneix, Ronneaux, Cabanne-Tellé.

2. Médecin : M. Ballet; interne : M. Armand-Delille; externes : MM. Deshayes, Vion, Perpère, Fage.

3. Médecin : M. Gaucher; interne : M. Lacapère; externes : MM. Lévy (Fernand), Kauffmann, Thorel (Louis), Roux (Justin), Troller.

4. Médecin : M. Siredey; interne : M. Mantoux; externes : M. Lemaire (Henri), Mlle Mouroux, MM. Renoult, Pernot, Dabout.

5. Médecin : M. Lermoyez; interne : M. Grivot; externes : MM. Croussieu, Rozier, Lagarde, Degris, Dotses.

6. Médecin : M. Galliard; interne : M. Maury; externes : MM. Delille, Flamencourt, Auby, Jullich.

7. Médecin : M. Gilles de la Tourette; interne : M. Mauté; externes : M. Tixier (Léon-Joseph), Mlle Horovitz, MM. Pathault, Camus (Paul), Levassort.

8. Médecin : M. Béclère; interne : M. Ribadeau-Dumas; externes : MM. Dupinet, Ollier, Blairon, Huguier, d'Heilly.

9. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Ribierre; externes : MM. Vaubourdolle, Monier, Manet, Sanson.

10. Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Baumgartner, Bonnel, Pestemalzoglu; externes : MM. Rousseau (Louis), Burgaud (Abel), Billaudet, Delogé, Jacobsohn, Huot de Saint-Albin.

11. Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Trastour, Chapotin, Wagon; externes : MM. Fontanié, Piot, Gérard, Guérin (Eugène), Masson (J.), Crosté.

12. Accoucheur : M. Bar; interne : M. Blandin; externes : MM. Grellet, Saintive, Grabier, Autefage.

Consultation. — 13. Médecin : M. Macaigne; suppléant : M. Vermorel; interne provisoire : M. Cantonnet; externes : MM. Sénéchal, Braunberger.

14. Chirurgien : M. Guillemain; suppléant : M. Picou; externes : MM. Coëylas, Gourmand, Goulard, Debidour.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Rendu; interne : M. Géraudel; externes : MM. Chahuet, Crépin, Brissy, Dauchez, Camus (Paul).

2. Médecin : M. Huchard; interne : M. Bergouignan; externes : MM. Gratiot, Lesueur, Barbier (Pierre), Radiguer.

3. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Bonneau; externes : MM. Teisseire, Reulos (Marcel), Bourcé, Poirier.

4. Médecin : M. Barth; interne : M. Percheron; externes : MM. Ponroy, Legan, Rallion, Guérin (Alphonse), Loewenhard.

5. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. P. Delbet; internes : MM. Godineau, Guisez, Nicaise; externes : MM. Quesnot, Marsan, Boulard, Petit (Emile-Paul), Foucart, Fay, Blandamour, Ciuciu.

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Michon; chef de clinique adjoint : M. Pasteau; interne lauréat, M. Iselin; internes, MM. Petit (Jean), Cathelin, Bouchet; externes : MM. Contet, Ramet, Vincent (Jules), Lorenzo, Passier, Stévenin, Labenant, Gruget, Bailly.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Milhiet, Guénard; externes : MM. Bourretere, Toulzac, Cormon, Delhommeau, Dupuy (Pierre), Jeannel.

Consultation. — 8. Médecin : M. Aviragnet; suppléant : M. Lesné; externes : MM. Sempé, Laurent, Rabant.

9. Chirurgien : M. Riche; suppléant : M. Brodier; externes : MM. Auroux, Duchesne.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; internes : MM. Gouraud, Rathery; externes : MM. Chiray, Laederick, Tixier (Léon-Eugène), Dehérain, Schoefer, Petit (André), Chapotin.

2. Médecin : M. Delpeuch; interne : M. Lutier; externes : MM. Herbinet, Lévy-Franckel, Clément, Héchemann, Gilbert (Jacques), Cléret.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Chevrier, Alexandre; externes : MM. Poupardin, Benoît, Maringer, Siégel, Trannoy, Mesnager.

4. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Léo, Roche, Bisch; externes : MM. Magitot, Gravelotte, Girault (Georges), Wagner, Boudin, Truelle, Yaïch.

5. Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Guéniot, Grosse; externes : MM. Baudoin (Alphonse), Rigollot-Simonnot, Giraud (Maurice), Racouchot.

Service temporaire de chirurgie. — 6. Interne provisoire : M. de Lacombe.

Consultation. — 7. Médecin : M. Lesage; suppléant : M. Thomas; interne provisoire : M. Ricois; externe : M. Sauphar.

8. Chirurgien : M. Rieffel; suppléant : M. Cange; externes : MM. Burcker, Potelet, Chaudron, Madelaine.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Labbé (Marcel); chef de clinique adjoint : M. Sainton; interne : M. Ferrand; externes : MM. Duplay, Leenhardt, Viollet, Valéry, Ameuille, Muret.

2. Médecin : M. Fernet; interne : M. Cresson; externes : MM. Monod (Octave), Dreyfus (Pierre), de Nayville, Gaudemet.

3. Médecin : M. Troisier; interne : M. Carton; externes : MM. Labonnette, Cubertafon (Michel), Schacher.

4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Guihal; externes : MM. Dupouy (Roger), Pauthès, Chazarain.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Berthier (Henry), Mouchotte; externes : MM. Ichard, Faleur, Emanuel, Rœderer, Hermandez, Wickersheimer, Masson (Albert).

6. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Le Play; externe : M. Blavot.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger; internes : MM. Lenormant, Auffret; externes : MM. Sautelet, de Fourmestraux, Mollet, Wapler, Devaux (Édouard), Strœhlin, Soubiès, Anger.

8. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Chifoliau, Loubet; externes : MM. Labadie-Lagrave, Martin (André), Carel, Zeutler, Feuillée.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Rudeaux.

Consultation. — 10. Médecin : M. Bruhl; suppléant : M. Herrenschmidt; interne provisoire : M. Descomps; externes : MM. Candegabe, Gargand, Mathé.

11. Chirurgien : M. Lyot; suppléant : M. Savariaud; externes : MM. Bauduy, Dionis du Séjour, Cousyn.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Duguet; interne : M. Lippmann; externes : MM. Picard (Georges), Ferreux, Tournay, Jousset, Lemercier (Maurice), Bozo, Bonhomme.

2. Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Bourgeois; externes : MM. Grandjean, Chomet, Baron (Victor), Tassin.

3. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Legros; externes : MM. Mamlock, Budin, Guillet, Francina, Philippet (Gustave-Joseph), Bonnel.

4. Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Ball; externes : MM. Bing, Appert, Claret, Poisot, Deytieux, Germain, Adda.

5. Médecin : M. Tapret; interne : M. Legroux; externes : MM. Rouet, Acher-Dubois, Germond, Jacquot (Alfred), Niot.

6. Médecin : M. Brault; interne : M. Poirier de Clisson; externes : MM. Berthaux, Perrin, Binet (Maurice), Feillard, Girod (Édouard).

7. Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Poulard, Lequeux; externes : MM. Lévy (Léon), Renaud (Joseph), d'Abbadie.

8. Chirurgien : M. Peyrot; ; internes : MM. Deschamps, Lecène; externes : MM. Sourdille, Blatin, Hédouin, David (Louis), Klein (Salomon), Mlle Debanis.

9. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Calvé; externes : MM. Daverne, Jullien.

10. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Bruandet, Regnard, Mettey; externes : MM. Cabon, Jacob, Labouré, Bellemanière, Cailleux, Legras.

11. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Lebreton, Louste; externes : MM. Lobligeois, Sibille, Signoret, Bloch (Edmond), Millon, Morlat.

12. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Prat, Leroy; externes : MM. Bour, Delaage (Léopold), Lambert, Magin, Préciado, Vrain.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Jeannin; externes : MM. Devouassoux, Bourgeau, Lairé, Vassor.

Consultation. — 14. Médecin : M. Triboulet; suppléant : M. Papillon; interne provisoire : M. Bouchot; externes : MM. Bernheim, Millaut, Petit (Alphonse), Demargue.

15. Chirurgien : M. Beurnier; suppléant : M. Bois; externes : MM. Savornin, Cointepas, Dreyfus (Henri).

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Beauvy; externes : MM. Choutet, Deniker, Broc, Levesque, Valatx, Renaud (Maurice), Gabail.

2. Médecin : M. Le Gendre ; interne : M. Jomier, externes : MM. Barbier, Kiener, Jeannin, Billon.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Simon, Barrier.

4. Médecin : M. Achard; interne : M. Laubry; externes : MM. David (Charles), Mougeot, Gaultry, Bresard, Roche (Philippe).

5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Aubertin; externes : MM. Le Meur, Villebrun, Goyard, Miquel.

6. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Voisin; externes : MM. Le Clech, Bellegodère, Jouvin, Duval.

7. Médecin : M. Launois; interne : M. Camus, externes : Mlle Pascal, M. Matry.

8. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Lacasse ; externes : M. Buisson, Mlle Volck, MM. Mourlhon, Izard, Lucas.

9. Médecin : M. Dalché; interne : M. Cahen; externes : MM. Hautant, Cottard (Georges), Denécheau, Dieuzaide (Raymond), Desmoulins.

10. Chirurgien : M. Poirier ; internes : MM. Delaunay (Victor), Calmels, Grégoire; externes : MM. Fayolle, de Bosker-Duhamel, Leroy, Reulos (Auguste), Rabuel, Friedel.

11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Coudert, Girod, Levesque; externes : MM. Damaye, Tupois, Houdard, Kresser, Richou, Weill (Michel).

12. Chirurgien : M. Broca; internes : MM. Jouon, Cottu, Audard; externes : MM. Guilly, Tzatcheff, Broca, Corvington, Patry, Beauchef.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Lafoy; externes : MM. Jean, Dupret (Antoine), Chanu.

Consultation. — 14. Médecin : M. Lamy; suppléant : M. Bodin; interne provisoire : M. Roussy; externe : M. Wicart.

15. Chirurgien : M. Longuet ; externe : MM. Roblot, Pelicier (Albert), Appraillé.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; interne : M. Laignel-Lavastine; externes : MM. Sée, Mignardot, Pépin, de Gaudt, Morchoisne, Mlle Iscovescu, Durand (Léon).

2. Médecin : M. Merklen; interne : M. Girard; externes : MM. Rottenstein, Auburtin, Labarrière, Chirié, Rendu, Vidal (Pierre).

3. Médecin : M. Barié; interne : M. Simon; externes : MM. Carrayron, Vicq, Bloch (René), Villepelet, Sauvé.

4. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Salomon; externes : Mlle Grandjean, MM. Lemelaud, Baldenweck, Delbos, Guy.

5. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Duval, Piquand, Kendirdjy; externes : MM. Béclard, Segré, Trèves, Vermeil, Leremboure, Rigoulet.

Consultation. — 6. Médecine : M. Dupré; suppléant : M. Rabé; externes : MM. Bonnefons, Georget.

7. Chirurgien : M. Bouglé; suppléant : M. Courtillier; externes : MM. da Silva Paranhos, Lagleize.

Service temporaire. — 8. Médecine : M. Claisse; interne provisoire : M. Ferry; externes : MM. Klein (Robert), Croizet, Guyot (Paul), Fournier (Pierre), Labrunie.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Roques; interne : M. Sabatié; externes : MM. Penel, Mazuré, Jouannin, Bornait-Legueule, Durozoy.

2. Médecin : M. Talamon; interne : M. Meuriot; externes : MM. Claude (Octave), Claeys, Cailliau, Roland (Edouard), Duc-Dodon.

3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Menet, Vinsonneau; externes : MM. Feuillet, Delacroix, Roger, Moreau (Maurice), Chapeyron, Viau (Edmond), Guilloire, Lièvre (Gaëtan).

Consultation. — 4. Médecin : M. Soupault; suppléant : M. Dufournier; interne provisoire : M. Français (Raymond); externes : MM. Fructier, Blanche.

5. Chirurgien : M. Chevalier; suppléant : M. Baraduc; externes : MM. Mortier, Moreau (Pierre).

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Herscher; externes : MM. Ribot, Munch, André, Nathan, Mlle Stein.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Tourlet; externes : MM. Chastagnal, Gilbert (Pierre), Lagardère, Lagrange, Carlotti.

3. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Garrigues, Bertier; externes : MM. Eschbach, Bauchart, Bordenave (Joseph), Leborgne, Chevallier, Nivet.

Consultation. — 4. Médecin : M. Caussade; suppléant : M. Louis Fournier; externes : MM. Dennecé, Guillaume (Louis).

5. Chirurgien : Assistant : M. Auvray; suppléant : M. Ombredanne; externes : MM. Mary, Janvier.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Lenglet; externes : MM. Dramart, Francoy, Corlieu, Fernet, Lesage, Guérin-Beaupré, Aubin, Forest.

2. Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Croisier, Judet, Caubet; externes : MM. Hubert, Lemaire (Jules), Dalimier, Vidal (Denis), Leroux, Durand (Gaston).

3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Oppenheim; externes : MM. Sagat, Rigaud (Léon), Lemonnier.

Consultation. — 4. Médecin : M. de Gennes; suppléant : M. Critzmann; interne provisoire : M. Philibert; externes : MM. Barré, Lièvre (Louis).

5. Chirurgien : M. Demoulin; suppléant : M. Collinet; externes : MM. Crouzet, Evrard, Puyo, Legrand (Louis).

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Edmond Fournier; internes : MM. Crouzon, Paris; externes : MM. Fildermann, Legroux, Laplace, Péricat, Handelsmann.

2. Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Fouquet; interne provisoire : M. Villaret; externes : MM. Dupuy (Jacques), Bertrand, Certes, Morisson, Sircoulon.

3. Médecin : M. Tenneson; interne : M. Herrenschmidt; externes : MM. Huré, Houzel, Guerder, Fleig, Vautier, Lehmann.

4. Médecin : M. du Castel; interne : M. Morichau-Beauchant; interne provisoire : M. François-Dainville; externes : MM. Poissenot, Buron, Thiellement, Semper, Fatout.

5. Médecin : M. Danlos; interne : M. Bloch (Paul); externes : MM. Beaufils, Lemoine de Névrezé, Poupault, Boucard.

6. Médecin : M. Balzer; interne : M. Lecornu; externes : MM. Degrais, Jansard, Mlle Martin, M. Do-Hüü.

Service temporaire. — 7. Médecin : M. Jacquet; interne provisoire : M. Trémolières; externes : MM. Omiécinsky, de Clomesnil, Louveau, Dehergue, Eltchaninoff, Lebras.

8. Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Nau, Gasne, Mercadé; externes : MM. Boudniski, Artarit, Proust, Mignon, Dupré (Jacques), Loubier.

9. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Huguier, Dambrin, Tridon; externes : MM. Lebret, Klein (Alfred), Alquier, Krantz, Roblès, Rivière, Bailleul.

10. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Tesson, Guibal, Sikora; externes : MM. Barbarin, Manoussi, Figuiera, Lamoureux (Louis), Cottard (Eugène), Lutaud.

11. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Denis; externes : MM. Bacaresse, Foisy, Maussire, Bourgeois.

Consultation. — 12. Chirurgien : M. Legueu; suppléant : M. Batigne; externes : MM. Lemerle, Saillant (Augustin), Dubois (Fernand).

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Monier; externes : MM. Frossard, Duroizel, Colombel, de la Lande de Vallière, Verbeck, Abt, Haas.

2. Médecin : M. Brocq; interne : M. Civatte; externes : MM. Belot, Baumann, Gérard (Abel), Loyer, Laguesse, Portocalis, Boutin, Gras.

3. Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Bender, Chevé, Gauchery; externes : MM. Célérier, Delmas, Estéoule, Guilloteau, Crémer, Mauxion, Rimbert, Keller.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Widal; interne : M. Le Sourd (Louis); externes : MM. Dubois (Paul), Challamel, Giroux, Cazaux, Le Sourd (Etienne).

2. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Quiserne ; externes : MM. Bonniot de Ruisselet, Gaillard, Delapchier.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Beaujard. Juy; interne provisoire : M. Desmarest ; externes : MM. Daversin, Dommartin, Lemaître (Jules), de Lastic, Legrand (Lucien), Chochon-Latouche, Laurence, Cordier.

4. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Gadaud, Aubourg ; externes : MM. Coutard, Prieur, Chaix, Fargin-Fayolle, Mathieu (Paul-Georges-Albert), Picquet.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Hallé; chef de clinique adjoint : M. Guillemot (Louis); interne : M. Babonneix; externes : MM. Jousseau (Auguste), Ciaudo, Mlle Delporte, MM. Longin, Séguin.

2. Médecin : M. Moizart; interne : M. Grenet; externes : MM. Cucherousset, Bourganel, Daviau, Thomin.

3. Médecin : M. Comby; internes : M. Delherm; externes : MM. Pallegoix, Dieuzaide, Mlle Margouliès, M. Breitel.

4. Médecin : M. Variot; interne : M. Roy; interne provisoire : M. Viteman ; externes : MM. Mignon (Antoine), Borst, Durey, Paugam.

5. Médecin : M. Richardière ; interne : M. Durand-Viel ; externes : MM. Gigaut-Lafont, Lecerf, Sélié, Lebossé, Fessard.

6. Médecin : M. Marfan ; interne : M. Weill (Benjamin); externes : MM. Rodocanachi, Landowsky, Gauquelin, Legros (Félix).

7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Silhol, Cathala; externes : MM. Gros-Devaud, Desjeux, Ducœurjoly, Flamand, Pichereau, Planson.

8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; internes : MM. Hallopeau, Neveu ; externes : MM. Marchal, Jardry, Peyron, Privat, Rais, Ort, Thévenin.

T. Hôpital Trousseau (nouveau). — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Bergeron; externes : MM. Verneau, Poujade, Schwarzschild, Rabier, Erlanger, Mlle Lingois.

2. Médecin : M Guinon; interne : M. Aguinet; externes : MM. Pierrhugues, Fileux, Theulet-Luzié, Escande, Ripart, Roger.

3. Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Guénot, d'Oelsnitz, Hulleu; externes : MM. Dinet (Robert), Perreaux, Saillant, Quillon, Molumar, Desquiens.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel ; interne lauréat : M. Lereboullet ; internes : MM. Monod, Poulain ; externes : MM. Brunschwig, Barthélemy, de Martel, Pelletier, Lemaire (Louis).

2. Chirurgien : M. Jalaguier ; internes : MM. Le Roy des Barres, Leuret; externes : MM. Thuilleux, Vialay, Garban.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu ; internes : MM. Périn, Lemierre ; externes : MM. Guihal, Robin, Cruet, Garric, Faure-Beaullieu, Demanche.

Consultation. — 2. Médecin : M. F. Bezançon ; suppléant : M Londe; externes : MM. Juquelier, Billard.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Guillain; interne provisoire : M. Morisetti.

2. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Dupuy, Renon; interne provisoire , M. Cauchoix.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Ambard, Heitz (Maurice); interne provisoire : M. Morel.

4. Médecin : M. Féré; interne : Mlle Francillon; interne provisoire : M. Papin.

5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Petit (Henri); interne provisoire : M. Darcanne.

6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Rollin; interne provisoire : M. Janet (Julien).

X. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Labbé ; externes : MM. Cotonnec, Demarque, Vacquerie, Glatard, Batisse, Thomas (Louis).

2. Médecin : M. Josias; interne : M. Courtellemont ; externes : MM. Prunier de Saint-Mathieu, Roques, Bouchez, Testart, Le Jemtel.

3. Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Bloch (Maurice), Paisseau, Delaunay (Paul) ; externes : M. Drain, Mlle Roussel, MM. Cantonnet, Ducot, Setléon, Gomand.

Y. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gombault; interne : M. Sabaréanu; interne provisoire : M. Camus (Maurice) ; externe : M. Louit.

2. Chirurgien : M. Rochard; interne : M. Lemaistre ; interne provisoire : M. Algret ; externe : M. Maur.

Z. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin ; interne : M. Delamare ; externe : M. Favre.

2. Accoucheur : M. Porak ; adjoint : M. Potocki ; internes : MM. Vivier, Katz.

Aa. Hôpital Ricord. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Gauckler; externes : MM. Gandois, Hue, Pélissier (André), Le Berre.

2. Médecin : M. Queyrat ; interne : M. Le Gambier; externes : MM. Galippe, Delamare, Henry (René), Voirin, Bouygues.

3. Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Diel ; externes : MM. Pautrier, Chauveau, Schacher, Fiéhot.

Ab. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond ; chef de clinique, M. Cestan ; internes : MM. Chauveau, Monsseaux, Lejonne ; externes : MM. Joseph, Vincent (Clovis), Maillard, Chartier, Pillon, Menant, Merlin, Séris.

2. Médecin : M. Déjerine ; internes : MM. Pagniez, Heitz (Jean) ; externes : MM. Raoult, Dromard, Fabre (Eugène), Josseran, Jouanne.

3. Chirurgien : M. Segond ; interne : MM. Maubert, Degorce ; externes : MM. Rabourdin, Coutelas, Souilhé, Chaignot.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin ; interne : M. Touchard ; externes : MM. Loew et N...

5. Médecin : M. Charpentier ; interne : M. Sébilleau ; externe : M. Légillon.

6. Médecin : M. Deny ; interne : M. Lhermitte ; externes : MM. Decreuté, Binet.

Consultation. — 7. Chirurgien : M. Mayet ; suppléant : M. Lenoir ; externe : M. Ouvry et N...

Ac. Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin ; chef de clinique : M. Macé ; chef de clinique adjoint : M. Perret; externes : MM. Quillier, Bidel, Gillot, Philippe, Devé, Giffard.

Ad. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard ; chef de clinique : M. Paquy ; externes : MM. Gerst, Brenot, Bresselle, Merle, Mlle Boiarsky, M. de Chadzinski.

Ae. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Wurtz ; interne : M. Bourlot ; interne provisoire : M. Jouhaud ; externe : M. Fabre (Paul).

Af. Hôpital d'Aubervilliers. — 1. Médecin : M. Roger ; internes : MM. Esmonet, Detot ; externes : MM. Petiteau, Jamet (Robert), Cailleton, Bachmann, Bouquet, Pater, Maurer, Lew.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Klippel ; interne : M. Jarvis.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse ; interne : M. Balthazard ; externe : MM. Broudié, Door, Tissat.

Ai. Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Toupet ; internes : MM. Rostaine (Sainte-Périne et Rossini), Vitry (Chardon-Lagache).

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Darier ; interne : M. Froin ; externes : MM. Mettey, Delion.

Ak. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier ; interne, M. Alquier ; externes : MM. Martin (Georges), Caruette, Véry, Harvier, Landry, Ogé.

2. Médecin : M. Jeanselme ; interne : M. Lortat-Jacob ; externes : MM. Moiré, Ferté, Marciteau, Gillet (René), Guérault, Darré.

3. Chirurgien : M. Albarran ; internes : MM. Chastenet de Géry, Lance, Gardner ; externes : MM. Grosset, Boudreaux, Walter, Dibos, Delange, Lemaistre (Pierre).

Al. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard ; internes : MM. Devraigne, Morlet, Tillaye.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Touche.

An. Asile Sainte-Anne. — Médecin : M. le professeur Joffroy ; chef de clinique : M. Castin ; chef de clinique adjoint : M. Manheimer.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations) ; 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements) ; 3° internes titulaires ; 4° internes provisoires ; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Férouelle, C-8 = C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de de M. Walther.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

Achard, J-4.
Audhoui, A-3.
Aviragnet, F-8.
Babinsky, C-4.
Ballet, E-2.
Balzer, O-6.
Barbier, Ak-1.
Barié, K-3.
Barth, F-4.
Béclère, E-8.
Beurmann (de), P-1.
Bezançon (F.), V-2.
Bouchard, D-1.
Bourcy, J-1.
Bourneville, W-3.
Brault, I-6.
Brissaud, A-5.
Brocq, P-2.
Bruhl, H-10.
Caussade, M-4.
Chantemesse, Ah-1.
Charpentier, Ab-5.
Charrin, Z-1.
Chaslin, W-6.
Chauffard, G-1.
Claisse, K-8.
Comby, S-3.
Cornil, A-2.
Cuffer, F-3.
Dalché, J-9.
Danlos, O-5.
Darier, Aj-1.
Debove, H-1.
Déjerine, Ab-2.
Delpeuch, G-2.
Deny, Ab-6.
Dieulafoy, A-1.
Dreyfus-Brisac, I-4.
Du Castel, O-4.
Duflocq, J-6.
Duguet, I-1.
Dupré, K-6.
Faisans, A-6.
Féré, W-4.
Fernet, H-2.
Fournier, O-1.
Galliard, E-6.
Gaucher, E-3.
Gennes (de), N-4.
Gilbert, M-1.
Gilles de la Tourette, E-7.
Giraudeau, C-6.
Gombault (A.), Y-1.
Gouget, C-10.
Gouguenheim, I-2.
Gouraud, D-2.
Grancher, S-1.
Guinon, T-2.
Hallopeau, O-2.
Hayem, E-1.
Hirtz, K-4.
Huchard, F-2.
Hutinel, U-1.
Jaccoud, C-1.
Jacquet, O-7.
Jeanselme, Ak-2.
Joffroy, Am-1.
Josias, X-2.
Klippel, Ag-1.
Labadie - Lagrave, D-3.
Lacombe, H-4.
Lamy, J-14.
Landouzy, K-1.
Landrieux, I-3.
Launois, J-7.
Le Gendre, J-2
Legry, D-10.
Lermoyez, E-5.
Lesage, G-7.
Letulle, N-1.
Lion, B-1.
Macaigne, E-13.
Marfan, S-6.
Marie, W-1.
Martin-Roux, D-6.
Mathieu (Albert), V-1.
Ménétrier, J-5.
Merklen, K-2.
Moizard, S-2.
Morel-Lavallée, J-8.
Mosny, B-2.
Moutard-Martin, D-4.
Muselier, H-4.
Netter, T-1.
Œttinger, M-2.
Oulmont, D-5.
Petit, C-3.
Queyrat, Aa-2.
Raymond, Ab-1.
Renault, A-10.
Renault, Aa-1.
Rendu, F-1.
Richardière, S-5.
Robin, C-2.
Roger, Af-1.
Roques, L-1.
Séglas, W-5.
Sevestre, X-1.
Siredey, E-4.
Soupault, L-4.
Talamon, L-2.
Tapret, I-5.
Tenneson, O-3.
Thibierge, C-5.
Thoinot, E-9.
Touche, Al-1.
Toupet, Ai-1.
Triboulet, I-14.
Troisier, H-3.
Vaquez, R-2.
Variot, S-4.
Voisin (J.), Ab-4.
Widal, R-1.
Würtz, Ae-1.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

Albarran, Ak-3.
Auvray, M-5.
Bazy, H-5.
Berger, H-7.
Beurnier, I-15.
Blum, E-11.
Bouglé, K-7.
Bouilly, G-5.
Broca, J-12.
Brun, S-7.
Campenon, D-8.

Chaput, M-8.
Chevalier, L-5.
Delbet, W-2.
Delens, I-7.
Demoulin, N-5.
Duplay, A-7.
Félizet, X-3.
Gérard-Marchant, N-2.
Guillemain, E-14.
Guinard, R-4.
Guyon, F-6,
Hartmann, I-12.
Humbert, Aa-3.
Jalaguier, V-2.
Kirmisson, T-5.
Lannelongue, S-8.
Launay, D-11.
Le Dentu, F-5.
Legueu, O-12.
Lejars, J-11.
Longuet, J-15.
Lucas - Championnière, A-9.
Lyot, H-11.
Marion, A-11.
Ménard, Al-1.
Michaux, I-11.
Monod, E-10.
Nélaton, O-9.
Panas, A-8.
Peyrot, I-8.
Picqué, L-3.
Poirier, J-10.
Potherat, R-3.
Pozzi, P-3.
Quénu, G-4.
Reclus, K-5.
Reynier, I-10.
Ricard, O-10.
Riche, F-9.
Richelot, O-8.
Rieffel, G-8.
Rochard, Y-2.
Routier, F-7.
Schwartz, G-3.
Segond, Ab-3.
Terrier, B-7.
Thiéry, B-11.
Tillaux, D-7.
Tuffier, H-8.
Walther, B-8.

ACCOUCHEURS

Auvard, O-11.
Bar, E-12.
Boissard, J-13.
Bonnaire, I-13.
Budin, Ac-1.
Champetier de Ribes, B-3.
Doléris, N-3.
Lepage, C-9.
Maygrier, D-9.
Pinard, Ad-1.
Porak, Z-2.
Potocki, Z-2.
Ribemont - Dessaignes, H-9.

SUPPLÉANTS *de consultations.*

MÉDECINE

Bodin, J-14.
Critzmann, N-4.
Dufournier, L-4.
Fournier (Louis), M-4.
Herrenschmidt, H-10.
Lesné, F-8.
Londe, V-2.
Magdelaine, D-10.
Papillon, I-14.
Phulpin, C-10.
Rabé, K-6.
Thomas, G-7.
Vermorel, E-13.

CHIRURGIE

Baraduc, L-5.
Barozzi, D-11.
Batigne (Paul), O-12.
Bois, I-15.
Brodier, F-9.
Cange, G-8.
Collinet, N-5.
Courtilier, K-7.
Herbet, C-11.
Lenoir, Ab-7.
Ombredanne, M-5.
Picou, E-13.
Robineau, A-11.
Savariaud, H-11.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Apert, A-1.
Cestan, Ab-1.
Fournier (Edmond), O-1.
Gandy, A-1.
Hallé, S-1.
Hulot, E-1.
Labbé (M.), H-1.
Mangin-Bocquet, C-1.

Adjoints.

Guillemot (Louis), S-1.
Rosenthal, E-1.
Sainton, H-1.

CHIRURGIE

Delbet (P.), F-1.
Fredet, A-7.
Gosset, C-7.
Michon, F-6.
Terrien, A-8.
Wiart, D-7.

Adjoints.

Pasteau, F-6.
Pley, A-8.
Reymond, C-7.

ACCOUCHEMENTS

Macé, Ac-1.
Paquy, Ad-1.
Rudaux, H-9.

Adjoint.

Perret, Ac-1.

INTERNES

Aguinet, T-2.
Alexandre, G-3.
Alglave, C-7.
Alquier, Ak-1.
Ambard, W-3.
Andrieu, C-3.
Armand-Delille, E-2.
Assicot, A-8.
Aubertin, J-5.
Aubourg, R-4.
Audard, J-12.
Audistère, A-6.
Auffret, H-7.
Babonneix, S-1.
Ball, I-4.
Balthazar, Ah-1.
Bauer, A-3.
Baumgartner, E-10.
Beaujard, R-3.
Beauvy, J-1.
Belgrand, D-7.
Bellin, D-8.
Bender, P-3.
Bergeron, T-1.
Bergouignan, F-2.
Berthier (H.), H-5.
Bertier, M-3.
Bisch, G-4.
Blandin, E-12.
Bloch (M.), X-3.
Bloch (P.), O-5.
Boidin, D-5.
Bonneau, F-3.
Bonnel, E-10.
Bosc, A-4.
Bouchet, F-6.
Bourgeois, I-2.
Bourlot, Ae-1.
Braillon, A-7.
Brécy, A-5.
Bruandet, I-10.
Cahen, J-9.
Calmels, J-10.
Camus, J-7.
Carton, H-3.
Cathala, S-7.
Cathelin, F-6.
Caubet, N-2.
Chapotin, E-11.
Chastenet de Géry, Ak-3.
Chauveau, Ab-1.
Chevassu, A-7.
Chevé, P-3.
Chevrier, G-3.
Chifoliau, H-8.
Civatte, P-2.
Cottu, J-12.
Coudert (E.), J-11.
Courcoux, D-1.
Courtellemont, X-2.
Cresson, H-2.
Croisier, N-2.
Crouzon, O-1.
Dambrin, O-9.
Daniel, B-3.
Degorce, Ab-3.
Delamare, Z-1.
Delaunay (P.), X-3.
Delaunay (V.), J-10.
Delherm, S-3.
Denis, O-11.
Deschamps, I-8.
Desjardins, C-7.
Detot, Af-1.
Devraigne, Al-1.
Diel, Aa-3.
Digne, A-7.
Dreyfus-Rose, D-9.
Duclaux, A-7.
Du Pasquier, C-2.
Dupuy (Paul), W-2.
Durand-Viel, S-5.
Duval, K-5.
Esmonet, Af-1.
Férouelle, C-8.
Ferrand, H-1.
Follet, C-5.
Fouquet, O-2.
Francillon (Mlle), W-4.
Froin, Aj-1.
Gadaud, R-4.
Gardner, Ak-3.
Garrigues, M-3.
Gasne, O-8.
Gauchery, P-3.
Gauckler, Aa-1.
Gaultier, C-1.
Géraud, C-7.
Géraudel, F-1.
Gernez, D-7.
Girard, K-2.
Girod, J-11.
Godineau, F-5.
Gouraud, G-1.
Grégoire, J-10.
Grenet, S-2.
Grivot, E-5.
Grosse, G-5.
Guénard, F-7.
Gueniot, G-5.
Guénot, T-3.
Guibal, O-10.
Guibal, H-4.
Guillain, W-1.
Guisez, F-5.
Hallopeau, S-8.
Heitz (J.), Ab-2.
Heitz (M.), W-3.
Heller, B-1.
Herrenschmidt, O-3.
Herscher, M-1.
Huguier, O-9.
Hulleu, T-3.
Iselin, F-6.
Janot, C-6.
Jarvis, Ag-1.
Jeannin, I-13.
Jomier, J-2.
Joüon, J-12.
Judet, N-2.
Juy, R-3.
Katz, Z-2.
Kendirdjy, K-5.
Labbé, X-1.
Lacapère, E-3.
Lacasse, J-8.
Lafoy, J-13.
Laignel-Lavastine, K-1.
Lamouroux, D-6.
Lance, Ak-3.
Langevin, E-1.
Laubry, J-4.
Laurens, D-7.
Lebreton, I-11.
Lecène, I-8.
Lecornu, O-6.
Lefas, A-2.
Le Gambier, Aa-2.
Legros, I-3.
Legroux, I-5.
Lejonne, Ab-1.
Le Lorier, C-9.
Lemaistre, Y-2.
Lemierre, V-1.
Lenglet, N-1.
Lenormant, H-7.
Léo, G-4.
Lequeux, I-7.
Lereboullet, U-1.
Léri, C-4.
Le Roux, A-8.
Leroy, I-12.
Le Roy des Barres, U-2.
Le Sourd (L.), R-1.
Leuret, U-2.
Levesque, J-11.
Lhermite, Ab-6.
Lippmann, I-1.
Lœper, A-1.
Lortat-Jacob, Ar-2.
Loubet, H-8.
Louste, I-11.
Lutier, G-2.
Mahar, C-8.
Mantoux, E-4.
Marcou-Mutzner, D-2.
Mauban, A-9.
Maubert, Ab-3.
Maury, E-6.
Mauté, E-7.
Menet, L-3.
Mercadé, O-8.
Mettey, I-10.
Meuriot, L-2.
Milhiet, F-7.
Monier, P-1.
Monod (René), U-1.
Monsseaux, Ab-1.
Morlet, Al-1.
Morichau-Beauchant, O-4.
Mouchotte, H-5.
Nau, O-8.
Neveu, S-8.
Nicaise, F-5.
Oelsnitz (d'), T-3.
Oppenheim, N-3.
Pagniez, Ab-2.
Paisseau, X-3,
Paris, O-1.
Pécharmant, D-8.
Percheron, F-4.
Périn, V-1.
Pestemalzoglu, E-10
Petit (Jean), F-6.
Petit (Henri), W-5.
Piquand, K-5.
Poirier de Clisson, I-6.
Poulain, U-1.
Poulard, I-7.
Pouliot, C-8.
Prat, I-12.
Quiserne, R-2.
Rathery, G-1.
Regnard, I-10.
Renon, W-2.
Ribadeau - Dumas, E-8.
Ribierre, E-9.
Roche, G-4.
Roché (J.), D-3.
Rollin, W-6.
Rostaine, Ai-1.
Roy, S-4.
Sabaréanu, Y-1.
Sabatié, L-1.
Salomon, K-4.
Sébilleau, Ab-5.
Sikora, O-10.
Silhol, S-7.
Simon, K-3.
Stanculéanu, A-8.
Tessier, D-4.
Tesson, O-10.
Theuveny, A-9.
Tillaye, Al-1.
Touchard, Ab-4.
Tourlet, M-2.
Trastour, E-11.
Tridon, O-9.
Vinsonneau, L-3.
Vitry, Ai-1.
Vivier, Z-2.
Voisin, J-6.
Wagon, E-11.
Weill (Benjamin), S-6.

INTERNES PROVISOIRES

(Les int. prov. dont les noms ne sont suivis d'aucune indication ne sont pas actuellement pourvus de service.)

Algret, Y-2.
Ambrosi, A-10.
Beaufumé, B-2.
Blondin,
Boisseau,
Bouchot, I-14.
Bourguignon,
Bréchot,
Brocard,
Calvé, I-9.
Camus (Maurice), Y-1.
Cantonnet (André), E-13.
Cauchoix, W-2.
Courtois,
Cerise.
Darcanne, W-5.
Deglas.
Descamps, H-10.
Desmarest, R-3.
Dieu,
Dobrovitch, E-2.
Ertzbischoff,
Ferry, K-8.
Français (Henri).
Français (Raymond) L-4.
François-Dainville, O-4.
Gaudeau.
Genévrier.
Hébert.
Heller, B-1.
Hervoit,
Jacquemin.
Janet (Julien), W-6.
Jouhaud, Ae-1.
Laborde.
Lacombe (de), G-6.
Lebhard,
Le Play, H-6.
Liné,
Méheut,
Mesnil,
Morel, W-3.
Morisetti, W-1.
Papin, W-4.
Philibert, N-4.
Pillet,
Ricou,
Rivet,
Roussy, J-14.
Saison,
Taguet,
Tanon.
Thaon,
Trémolières, O-7.
Vaillant,
Verliac,
Viliandre,
Villaret, O-2.
Viteman, S-4.

EXTERNES

Abbadie (d'), I-7.
Abt, P-1.
Acher-Dubois, I-5.
Adda, I-4.
Agasse-Lafont, C-6.
Aïtoff, C-8.
Alquier, O-9.
Ameuille, H-1.
André, M-1.
Anger, H-7.
Appert, I-4.
Apraillé, J-15.
Apte, A-5.
Artarit, O-8.
Aubin, N-1.
Auburtin, K-2.
Auby, E-6.
Augé, A-9.
Auroux, F-9.
Autefage, E-12.
Aynaud, B-2.
Bacaresse, O-11.
Bachmann, Af-1.
Bailleul, O-9.
Baillon, D-7.
Bailly, F-6.
Baldenweck, K-4.
Barbarin, O-10.
Barbier, J-2.
Barbier, C-4.
Barbier (Pierre), F-2.
Bardon, C-2.
Barnsby, G-5.
Baron (Victor), I-2.
Barré, N-4.
Barrier, J-3.
Barthélemy, Y-1.
Batisse, X-1.
Bauchart, M-3.
Baudoin (Alphonse), G-5.

Baudoin (Émile), C-8.
Baudry, H-11.
Baumann, P-2.
Beauchef, J-12.
Beaufils, O-5.
Béclard, K-5.
Bellegodère, I-6.
Bellemanière, J-10.
Belot, P-2.
Bené, A-7.
Benéteau, C-6.
Benoît, G-3.
Bernheim, I-14.
Berthaux, I-6.
Berthier (Paul), A-2.
Bertrand, O-2.
Besmer, A-1.
Bidel, Ac-1.
Billard, V-2.
Billaudet, E-10.
Billon, J-2.
Binet (Maurice), I-6.
Binet, Ab-6.
Bing, I-4.
Blairon, E-8.
Blanche, L-4.
Blandamour, F-5.
Blatin, I-8.
Blavot, H-6.
Bloch (Edmond), I-11.
Bloch (Louis), C-8.
Bloch (René), K-3.
Bodolec, C-5.
Boiarsky (Mlle), Ad-1.
Bonamy, D-5.
Bondreaux, Ak-3.
Bonhomme, I-1.
Bonnefons, K-5.
Bonnel, I-3.
Bonnin (Mlle), D 4.
Bonniot de Ruisselet, R-2.
Bonta, D-2.
Bordenave (E.), A-6.
Bordenave (Joseph), M-3.
Bornait-Legueule, L-1.
Borne, C-3.
Borst, S-4.
Bosker-Duhamel (de), J-10.
Boucard, O-5.
Boucher, D-9.
Bouchez, X-2.
Bouchot, B-1.
Boudet, D-5.
Boudin, G-4.
Boudinski, O-8.
Bouloneix, E-1.
Bouquet, Af-1.
Boulard, F-5.
Bour, I-12.
Bourcé, F-3.
Bourganel, S-2.
Bourgaud (Victor), D-1.
Bourgeau, I-13.
Bourgeois, O-11.
Bourretere, F-7.
Boutin, P-2.
Bouygues, Aa-2.
Bouysson, A-1.
Bozo, I-1.
Braillon, A-2.
Braun, A-3.
Braunberger, E-13.
Braunschwig, U-1.
Bredier, B-3.
Breitel, S-3.
Brenot, Ad-1.
Bressard, J-4.
Bresselle, Ad-1.
Brissaud, A-5.
Brissy, F-1.
Broc, J-1.
Broca, J-12.
Brondié, Ah-1.
Budin, I-3.
Buisson, J-8.
Buizard, C-7.
Burcker, G-8.
Burgaud, E-10.
Buron, O-4.
Cabanne-Tellé, E-1.
Cabon, J-9.
Cailleton, Af-1.
Cailleux, I-10.
Cailliau, L-2.
Caldaguès, A-2.
Caltier, C-5.
Camus, E-7.
Camus (Paul), F-1.
Candegabe, H-10.
Cantonnet, X-3.
Carel, H-8.
Carlotti, M-2.
Carrayron, K-3
Caruette, Ak-1.
Cazaux, R-1.
Célerier, P-3.
Certes, O-2.
Chadzinski (de), Ad-1.
Chahuet, F-1.
Chaignot, Ab-3.
Chaix, R-4.
Challamel, R-1.
Chanu, J-13.
Chapeyron, L-3.
Chapotin, G-1.
Chapoy, D-7.
Charpentier, D-8.
Chartier, Ab-1.
Chastagnal, M-2.
Chaudron, G-8.
Chauveau, Aa-3.
Chazarain, H-4.
Chevallier, M-3.
Chirey, G-1.
Chirié, K-2.
Chochon-Latouche, R-3.
Chomet, I-2.
Choutet, J-1.
Christescu, A-9.
Ciaudo, S-1.
Cistrier, D-9.
Ciuciu, F-5.
Claeys, L-2.
Claret, I-4.
Claude (Georges), C-5.
Claude (Octave), L-2.
Clément, G-2.
Cléret, G-2.
Clermonthe, C-5.
Clomesnil (de), O-7.
Cochonnet, B-2.
Cocural, D-5.
Coëylas, E-14.
Cointepas, I-15.
Collet, A-8.
Colombet, C-1.
Colombel, P-1.
Conté, F-6.
Cordier, R-3.
Corlieu, N-1.
Cormon, F-7.
Cornélius, B-2.
Corvington, J-12.
Cotard, D-7.
Cousyn, H-11.
Coutard, R-4.
Coutelas, Ab-3.
Cotonnec, X-1.
Cottard (Eugène), O-10.
Cottard (Georges), J-9.
Crémer, P-3.
Crépin, F-1.
Croiset, K-8.
Crosté, E-11.
Croussieu, E-5.
Crouzet, N-5.
Cruet, V-1.
Cubertafon (Michel), H-3.
Cucherousset, S-2.
Dabout, E-4.
Dalimier, N-2.
Damaye, J-11.
Darré, Ak-2.
Da Silva Paranhos, K-7.
Dauchez, F-1.
Daulnoy, A-4.
Daverne, I-9.
Daversin, R-3.
Daviau, S-2.
Davicion, A-2.
David (Charles), J-5.
David (Louis), I-8.
Debanis (Mlle), I-8.
Debidour, E-14.
Decreuté, Ab-6.
Degrais, O-6.
Degris, E-5.
Dehérain, G-1.
Dehergue, O-7.
Delaage (Léopold), I-12.
Delacroix, L-3.
Delamare, Aa-2.
Delange, Ak-3.
Delapchier, R-2.
Delbos, K-4.
Delhommeau, F-7.
Delille, E-6.
Delion, Aj-1.
Delmas, P-3.
Delogé, E-10.
Delor, E-1.
Delporte (Mlle), S-1.
Demanche, V-1.
Demargue, I-14.
Demarque, X-1.
Dénécheau, J-9.
Deniker, J-1.
Dennecé, M-4.
Deshayes, E-2.
Desjeux, S-7.
Desmoulins, J-9.
Desquiens, T-3.
Devaux (Edouard), H-7.
Devé, Ac-1.
Devouassoux, I-13.
Deytieux, I-4.
Dezarnaulds, E-1.
Dibos, Ak-3.
Dieuzaide, S-3.
Dieuzaide (Raymond), J-9.
Dinet (Robert), T-3.
Dionis du Séjour, H-11.
Do-Hüiü, O-6.
Dommartin, R-3.
Donat, C-1.
Door, Ah-1.
Dotses, E-5.
Doury, C-1.
Drain, D-7.
Drain, X-3.
Dramard, N-1.
Dreyfus (H.), I-15.
Dreyfus (Pierre), H-1.
Dromard, Ab-2.
Druais, A-9.
Dubois (Fernand), O-12.
Dubois (Paul), R-1.
Dubos, A-3.
Dubus, A-9.
Duc-Dodon, L-2.
Duchesne, F-7.
Ducœurjoly, S-7.
Ducot, X-3.
Dupinet, E-8.
Duplay, H-1.
Dupouy (Roger), H-4.
Dupré (Jacques), O-8.
Dupret (Antoine), J-13.
Dupuy (Jacques), O-2.
Dupuy (Pierre), F-7.
Durand (Gaston), N-2.
Durand (Léon), K-1.
Durandard, A-1.
Durey, S-4.
Duroisel, P-1.
Durozoy, L-1.
Duval, J-6.
Duvoir, A-7.
Elloy, B-2.
Eltchaninoff, O-7.
Emanuel, H-5.
Erlanger, T-1.
Escande, T-2.
Eschbach, M-3.
Espitallier, D-1.
Estéoule, P-3.
Evrard, N-5.
Eyméoud, A-4.
Fabre (Eugène), Ab-2.
Fabre (Paul), Ac-1.
Fage, E-2.
Faleur, H-5.
Fargin-Fayolle, R-4.
Fatout, O-4.
Faure-Beaullieu, V-1.
Favre, Z-1.
Fay, F-5.
Fayolle, J-10.
Feillard, I-6.
Fernet, N-1.
Ferrand, C-5.
Ferreux, I-1.
Ferté, Ak-2.
Fessard, S-5.
Feuillée, H-8.
Feuillet, L-3.
Fiéhot, Aa-3.
Figuiera, O-10.
Fildermann, O-1.
Fileux, T-2.
Flamand, S-7.
Fleig, O-3.
Flourens, A-3
Foisy, O-11.
Fontanié, E-11.
Forest, N-1.
Foucart, F-5.
Fourmestraux (de), H-7.
Fournier (Pierre), K-8.
Fournier (Maurice), A-1.
Foy, A-2.
Francina, I-3.
Francoy, N-1.
Friedel, J-10.
Froget, D-6.
Frossard, P-1.
Fructier, L-4.
Gabail, J-1.
Gachet, A-8.
Gahinet, C-11.
Gaillard, R-2.
Galezowski, A-8.
Galippe, Aa-2.
Gandemet, H-1.
Gandois, Aa-1.
Gandt (de), K-1.
Garban, U-2.
Gardavot, E-1.
Gargand, H-10.
Garric, V-1.
Gaultry, J-4.
Gauquelin, S-6.
Georget, K-5.
Gérard (Abel), P-2.
Germain, I-4.
Germond, I-5.
Gerst, Ad-1.
Gibert (Léon), C-8.
Giffard, Ac-1.
Gigaut-Lafont, S-5.
Gilbert (Jacques), G-2.
Gilbert (Pierre), M-2.
Gillet (Georges), D-2.
Gillet (René), Ak-2.
Gillot, Ac-1.
Gimbert, C-7.
Giraud (Maurice), G-5.
Girault (Georges), G-4.
Giret, A-4.
Girod (Edouard), I-6.
Giroux, R-1.
Glatard, X-1.
Gomaud X-3.
Goulard, E-14
Gourdon, A-7.
Gourmand, E-14.
Goyard, J-5.
Grabier, E-12.
Grandchamps, A-7.
Grandjean, I-2.
Gras, P-2.
Gratiot, F-2.
Gravelotte, G-4.
Grellet, E-12.
Griffond, A-6.
Gros, A-6.
Gros-Devaud, S-7.
Grosset, Ak-3.
Gruget, F-6.
Guérault, Ak-2.
Guerder, O-3.
Guérin (Alphonse), F-4.
Guérin (Eugène), E-11.
Guérin-Beaupré, N-1.
Guihal, V-1.
Guillaume (Louis), M-4.
Guillet, I-3.
Guilloire, L-3.
Guilloteau, P-3.
Guilly, J 12.
Guy, K-4.
Guyot (Alexandre), C-2.
Guyot (Paul), K-8.
Gy, C-2.
Haas, P-1.
Haas (Roger), A-1.
Handelsmann, O-1.
Harvier, Ak-1.
Hauttant, J-9.
Hayem, B-1.
Hechemann, G-2.
Hédouin, I-8.
Heilly (d'), E-8.
Henry (René), Aa-2.
Henry (Robert), A-4.
Herbinet, G-2.
Hérisson, C-6.
Hermandez, H-5.
Herr, D-1.
Hollande, A-7.
Hornus, D-3.
Horowitz (Mlle), E-7.
Horteloup, A-11.
Houdard, J-11.
Houzel, O-3.
Hubert, N-2.
Huchet, D-2.
Hudelot, C-3.
Hue, Aa 1.
Hugnier, E-8.
Huot de St-Albin, E-10.
Huré, O-3.
Ichard, H-5.
Iscovescu (Mlle), K-1.
Izard, J-8.
Jacob, J-9.
Jacobsohn, E-10.
Jacquot (Alfred), I-5.
Jamet (Robert), Af-1.
Jammes, A-4.
Jansard, O-6.
Janvier, M-5.
Jardry, S-8.
Jean, J-13.
Jeannel, F-7.
Jeannin, J-2.
Joseph, Ab-1.
Josserau, Ab-2.
Jouanne, Ab-2.
Jousseau (Auguste), S-1.
Jousselin, C-2.
Joussemet, D-6.
Jousset, I-1.
Jouve, B-8.
Jouvin, J-6.
Jullich, E-6.
Jullien, I-9.
Junès, C-1.
Juquelier, V-2.
Kahn, C-7.
Keller, P-3.
Kiener, J-2.
Klein (Alfred), O-9.
Klein (Robert), K-8.
Klein (Salomon), I-8.
Krantz, O-9.
Kresser, J-11.
Küss, C-2.
Labadie-Lagrave, H-8.
Labarrière, K-2.
Labenant, F-6.
Labonnette, H-3.
Labouré, I-10.
Labrevoit, D-2.
Labrunie, K-8.
Lacroix, A-7.
Lœderich, G-1.
Lafont, C-6.
Lafosse, C-3.
Lagarde, E-5.
Lagardère, M-2.
Lagleize, K-7.
Lagrange, M-2.
Laguesse, P-2.
Lairé, S-13.
Lamarre, A-10.
Lambert, I-12.
Lamorlette, C-10.
Lamoureux (Louis), O-10.
Lamy, A-10.
Lande de la Vallière (de la), P-1.
Landolt, A-8.
Landowsky, S-6.
Laplace, O-1.
Laprade, D-6.
Larmandière, C-7.
Lastic (de), R-3.
Laurent, F-8.
Laurence, R-3.
Leborgne, M-3.
Lebossé, S-5.

Lebras, O-7.
Lebret, O-9.
Lecerf, S-5.
Le Clech, J-6.
Ledoux, A-1.
Leduc, A-6.
Legan, F-4.
Legrand (Louis), N-5.
Legrand (Lucien), R-3.
Legras, I-10.
Legros (Félix), S-6.
Legros (Jules), D-9.
Legroux, O-1.
Lehmann, O-3.
Le Houx, D-1.
Le Louët, C-9.
Lemarignier, D 2.
Lemaire (Henri), E-4.
Lemaire (Jules), N-2.
Lemaire (Louis), U-1.
Lemaître (Georges), D-7.
Lemaitre (Jules), R-3.
Lemelaud, K-4.
Lemerle, O-12.
Lemercier, C-6.
Lemercier (Maurice), S 1.
Le Meur, J-5.
Lemoine de Névrezé, O-5.
Lemonnier, N-3.
Leenhardt, H-1.
Lépine, A-8.
Lépine, C-1.
Leremboure, K-5.
Leroux, N-2.
Leroy, J-10.
Lesage, N-1.
Lestelle, A-5.
Lesueur, F-2.
Levassort, E-7.
Levesque, J-1.
Lévy (Mlle), C-10.
Lévy (Fernand), E-3.
Lévy (Léon), I-7.
Lévy-Franckel, G-2.
Lièvre (Gaëtan), L-3.
Lièvre (Louis), N-4.
Linard, A-6.
Lobligeois, I-11.
Longin, S-1.
Lorenzo, F-6.
Loubier, O-8.
Louveau, O-7.
Loyer, P-2.
Lucas, J-8.
Lutaud, O-10.
Madelaine, G-8.
Magin, I-12.
Magitot, G-4.
Mahoudeau, D-10.
Maigrot, A-10.
Maillard, Ab-1.
Mamlock, I-3.
Manet, E-9.
Manoussi, O-10.
Marchal, S-8.
Marciteau, Ak-2.
Margouliès, S-3
Mariette, B-1.
Maringer, G-3.
Marre, D-5.
Marsan, F-5.
Martel (de), U-1.
Martin (Mlle), O-6.
Martin (André), H-8.
Martin (Fernand), D-7.
Martin (Georges), Ak.
Mary, M-5.
Masson (Albert), H-5.
Masson (J.), E-11.
Mathé, H-10.
Mathieu, C-7.
Mathieu (Paul-Georges-Albert), R-4.
Matry, J-7.
Maugeret (Mlle), D-9.
Maur, Y-2.
Maurer, Af-1.
Maussire, O-11.
Mauxion, P-3.
Mazuré, L-1.
Menant, Ab-1.
Merle, Ad-1.
Merlin, Ab-1.
Mesnager, G-3.
Mettey, Aj-1.
Mignardot, K-1.
Mignon, O-8.
Mignon (Antoine), S-4.
Millaut, I-14.
Millon, I-11.
Minvielle, D-3.
Miquel, J-5.
Moiré, Ak-2.
Molumar, T-3.
Mollet, H-7.
Monany, D-8.
Monier, E-9.
Monod (Gustave), C-7.
Monod (Octave), H-2.
Morange, A-8.
Morchoisne, K-1.
Moreau (Maurice), L-3.
Moreau (Pierre), L-5.
Morisson, O-2.
Morlat, I-11.
Mortier, L-5.
Mouflier, A-9.
Mougeot, J-4.
Moulu, D-3.
Mouras, C-1.
Mourlhon, J-8.
Mouroux (Mlle), E-4.
Muller, D-10.
Munch, M 1.
Muret, H-1.
Nappa, C-4.
Nathan, M-1.
Nayville (de), H-2.
Nicolas (Charles), C-5.
Nicolas (Michel), A-9.
Niot, I-5.
Nivet, M-3.
Ogé, Ak.
Ollier, E-8.
Omiécinsky, O-7.
Onfray, D-8.
Ortel, A-1.
Ouvry, Ab-7.
Pallegoix, S-3.
Parrot, D-4.
Pascal (Mlle), J-7.
Passier, F 6.
Pastour, C-3.
Pater, Af-1.
Pathault, E-7.
Patry, J-12.
Paugam, S-4.
Pauthès, H-4.
Pautrier, Aa-3.
Pélicier (Albert), J-15.
Pélissier (André), Aa-1.
Pelletier, U-1.
Penel, L-1.
Pépin, K-1.
Péricat, O-1.
Pernot, E-4.
Perpère, C-2.
Perreaux, T-3.
Perrin, I-6.
Petit (Alphonse), I-14.
Petit (André), G-1.
Petit (Emile-Paul), F-5.
Petiteau, O-5.
Peyrond, S-8.
Pfister, B-3.
Philippe, Ac-1.
Philippet (Gustave-Joseph), I-3.
Picard (Georges), I-1.
Pichereau, S-7.
Picot, A-1.
Picquet, R-4.
Piérart de Ribier, C-8.
Pierre, C-10.
Pierrhugues, T-2.
Pillon, Ab-1.
Piot, E-11.
Planson, S-7.
Podevin, C-4.
Poirier, F-3.
Poisot, I-4.
Poissenot, O-4.
Ponroy, F-4.
Portemer de Saint-Paul, D-4.
Portocalis, P-2.
Potelet, G-8.
Poujade, T-1.
Poupardin, G-3.
Poupault, O-5.
Préciado, I-12.
Prieur, R-4.
Privat de Fortunié, S-8.
Proust, O-8.
Prunier de Saint-Mathieu, X-2.
Puyo, N-5.
Quesnot, F-5.
Quillier, Ac-1.
Quilliot, D-11.
Quillon, T-3.
Quinsac, A-7.
Rabant, F-8.
Rabier, T-1.
Rabourdin, Ab-3.
Rabuel, J-10.
Racouchat, G-5.
Radiguer, F-2.
Railliet, C-10.
Rais, S-8.
Rallion, F-4.
Ramet, F-6.
Ramond, A-1.
Raoul, Ab-2.
Reinburg, C-2.
Renaud (Joseph), I-7.
Renaud (Maurice), J-1.
Renaudin, A-11.
Rendu, K-2.
Renoult, E-4.
Reulos (Auguste), J-10.
Reulos (Marcel), F-3.
Richou, J-11.
Ribot, M-1.
Rigaud (Léon), N-3.
Rigollot-Simonnot, G-5.
Rigoulet, K-5.
Rimbert, P-3.
Ripart, T-2.
Rivière, O-9.
Robin, V-1.
Roblès, O-9.
Roblot, J-15.
Roche (Philippe), J-4.
Rodocanachi, S-6.
Rœderer, H-5.
Roger, L-3.
Roger, T-2.
Roland (Edouard), L-1.
Ronneaux, C-1.
Roques, X-2.
Rottenstein, K-2.
Rouet, I-5.
Rouhier, D-1.
Rousseau (Louis), E-10.
Roussel, A-5.
Rousssel (Mlle), X-3.
Roux (Justin), E-3.
Rozier, E-5.
Sagat, N-3.
Saillant, T-3.
Saillant (Augustin), O-12.
Saintive, E-12.
Sanson, E-9.
Sari, A-1.
Sauphar, G-7.
Sautelet, H-7.
Sauvé, K-3.
Savornin, I-15.
Schacher, Aa-3.
Schacher, H-3.
Schœfer, G-1.
Schwarzchild, T-1.
Sée, K-1.
Segré, K-5.
Seguin, S-1.
Séjournet, C-7.
Sélié, S-5.
Sellerin, C-9.
Sempé, F-8.
Semper, O-4.
Sénéchal, E-13.
Sequer, C-8.
Séris, Ab-1.
Setléon, X-3.
Seulecq, C-10.
Sibille, I-11.
Siégel, G-3.
Signoret, I-11.
Simon, J-3.
Sircoulon, O-2.
Soubiès, H-7.
Souilhé, Ab-3.
Soullard, C-3.
Sourdille, I-8.
Stein (Mlle), M-1.
Stetner, B-1.
Stévenin, F-6.
Strœhlin, H-7.
Talon (Jean), C-4.
Tassin, I-2.
Teisseire, F-3.
Testard, X-2.
Thébault, D-3.
Theulet-Luzie, T-2.
Thévenin, S-8.
Thiellement, O-4.
Thomas (Louis), X-1.
Thomin, S-2.
Thorel (Louis), E-3.
Thorel (Raymond), B-3.
Thuilleux, U-2.
Tissot, Ah-1.
Tixier (Léon-Eugène), G-1.
Tixier (Léon-Joseph) E-7.
Toufesco (Mlle), D-7.
Toulzac, F-7.
Toupet, C-2.
Tournay, I-1.
Trannoy, G-3.
Trèves, K-5.
Trocmé, A-2.
Troller, E-3.
Truelle, G-4.
Tupois, J-11.
Tzatcheff, J-12.
Uteau, C-7.
Vacquerie, X-1.
Vais, D-11.
Valatx, J-1.
Valet, A-11.
Valéry, H-1.
Vassor, I-13.
Vaubourdolle, E-9.
Vautier, O-3.
Verbeck, P-1.
Vermeil, K-5.
Verneau, T-1.
Véry, Ak-1.
Vialay, U-2.
Viau (Edmond), L-3.
Vicq, K-3.
Vidal (Denis), N-2.
Vidal (Pierre), K-2.
Villebrun, J-5.
Villepelet, K-3.
Vincent (Clovis), Ab-1.
Vincent (Jules), F-6.
Vincent (Pierre), A-7.
Vincent (Raymond), D-6.
Violle, A-7.
Viollet, H-1.
Vion, C-2.
Vivier, Z-2.
Voirin, Aa-2.
Volck (Mlle), J-8.
Vrain, I-12.
Wagner, G-4.
Walter, Ak-3.
Wapler, H-7.
Weill (Michel), J-11.
Wicart, J-14.
Wickersheimer, H-5.
Yaïch, G-4.
Zeutler, H-8.
Zuigois, T-1.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(27 février 1901)

M. Berger a fait une importante communication sur le **manuel opératoire de l'ablation des cancers du rectum par la voie périnéale.**

C'est le procédé si magistralement décrit par MM. Quénu et Hartmann qu'il discute et auquel il propose d'apporter quelques modifications; c'est au coccyx qu'il faut s'attaquer, selon M. Berger, c'est, à ses yeux, la meilleure voie pour atteindre l'espace décolable postérieur derrière le rectum; on peut ainsi arriver facilement sur la partie supérieure du rectum et placer très haut la ligature élastique. M. Berger insiste sur les grands avantages que présente cette voie nouvelle ouverte à la chirurgie du rectum.

Voilà une nouvelle discussion qui s'engage sur l'**hystérectomie dans la septicémie puerpérale.** M. Picqué a récemment présenté un cas dans lequel il a eu recours à cette intervention; aujourd'hui c'est M. Rochard qui, avec non moins de courage que de sincérité, vient apporter 5 observations malheureusement suivies de mort, mais qui n'en sont peut-être que plus démonstratives au point de vue de la thèse qu'il soutient. En effet ces cinq malades, quand elles ont été opérées, étaient déjà arrivées à un degré d'infection très avancé; dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait accouché depuis vingt jours, elle était dans un état des plus graves, 130 pulsations, température élevée, ventre ballonné, facies grippé, écoulement fétide par le vagin; M. Rochard fit la laparotomie, trouva une péritonite

suppurée; il ne fit pas l'hystérectomie et se contenta d'un drainage abdominal; il se reproche aujourd'hui de n'avoir pas également drainé par le cul-de-sac vaginal; la malade a succombé le lendemain.

Second cas : accouchement datant de vingt-cinq jours, état grave, utérus gros; on pratique l'hystérectomie vaginale; elle fut facile, en ouvrant le cul-de-sac postérieur on donna issue à un flot de pus; mort le lendemain. Dans une troisième observation, il s'agit d'une femme en travail depuis trois jours avec procidence d'un membre fœtal et d'une anse intestinale qui indiquait l'existence d'une perforation utérine. M. Rochard fit l'accouchement et enleva du même coup par la laparotomie l'utérus avec pédicule externe; cette femme succomba également. Quatrième observation : femme atteinte au cours d'une grossesse d'un kyste ovarique, accouchement, septicémie puerpérale; M. Rochard la voit le douzième jour moribonde, fait la laparotomie, l'ablation du kyste enflammé et l'hystérectomie abdominale totale; drainage par le haut et par le bas; terminaison fatale. Il en fut de même dans un cinquième cas analogue.

Après l'énoncé de ces cinq observations malheureuses on pourrait croire, ajoute M. Rochard, que la conclusion à tirer de ces faits est que l'intervention dans ces cas n'est pas à conseiller : telle n'est pas cependant la conclusion de M. Rochard qui fait observer qu'il n'a eu affaire qu'à des malades moribondes, qui lui ont été amenées beaucoup trop tard. Il est plus que probable, ainsi que le prouvent d'ailleurs le fait de M. Picqué et d'autres encore, que, s'il avait pu opérer ses malades plus tôt, il en aurait sauvé plusieurs. Il faut bien que l'on sache que ces malheureuses femmes sont vouées à une mort certaine et que leur seule chance de salut est l'hystérectomie; mais il faut que celle-ci soit pratiquée à temps, c'est-à-dire dès l'apparition des symptômes de septicémie,

Quand il ne s'agit que de légers degrés d'infection dus à la rétention de débris placentaires, un simple curetage suffit; mais dans les cas d'infection grave, il faut agir le plus tôt possible et faire l'hystérectomie avec drainage par le petit bassin. M. Tuffier a proposé l'hystérectomie vaginale; M. Rochard préfère l'hystérectomie abdominale parce que l'on sait mieux ce que l'on fait et qu'ensuite, dans ces cas, l'utérus étant friable, l'hystérectomie vaginale peut présenter les plus grandes difficultés; c'est donc à l'hystérectomie abdominale totale avec large drainage abdomino-vaginal qu'il faut donner la préférence.

M. Bazy étant lui-même blessé a fait faire par son interne, M. Ravanier, une hystérectomie vaginale dans un même cas: l'opération fut très difficile à cause de la friabilité utérine, la malade succomba. Dans un second cas, M. Bazy fit l'hystérectomie abdominale totale, quinze jours après l'accouchement; la température tomba et la malade semblait entrée en voie de guérison, quand elle fut reprise d'accidents et succomba un mois après avec 41°5.

M. Segond fait observer que l'hystérectomie vaginale chez une femme qui vient d'accoucher est une opération horriblement difficile, à cause de la friabilité des tissus, et qu'elle n'est pas à recommander; il ne faut pas hésiter alors à donner la préférence à la voie haute. Un mois après l'accouchement, il en est tout autrement, et l'on peut alors opter entre la voie vaginale et la voie abdominale : affaire d'indications.

M. Terrier rappelle que, dans les services hospitaliers, on observe souvent ces accidents septicémiques graves à la suite de manœuvres d'avortement; on a tout essayé pour combattre ces accidents; on obtient parfois quelques améliorations, puis dix, quinze, trente, quarante jours après les malades succombent. Désolé de ces résultats, M. Terrier a accepté de faire en principe l'hystérectomie immédiate. Une femme ainsi infectée, comme l'a si bien dit M. Rochard, est une femme perdue; sa seule chance de salut est dans l'hystérectomie abdominale immédiate. M. Terrier n'hésite pas à dire que c'est là incontestablement ce qu'il faut faire, mais il faut que les accoucheurs soient bien convaincus qu'il s'agit là d'une opération urgente et qu'ils doivent demander le chirurgien le plus tôt possible.

M. Bocace présente plusieurs **radiographies de calculs chez les enfants.** A ce sujet une petite discussion s'engage avec M. Albarran sur les avantages de la radiographie et du toucher bi-manuel comme moyens de diagnostic dans ces cas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'avortement (1), par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.

L'avortement criminel est de tous les temps et de tous les pays : mais il varie dans ses modes opératoires avec les connaissances médicales, et dans sa fréquence suivant les mœurs et l'état de la civilisation des diverses nations.

Le bien-être de la vie contemporaine n'a pas diminué le nombre des femmes qui veulent faire disparaître leur grossesse. Si le nombre des accusations d'avortement en France est très peu élevé, 18, selon la dernière statistique parue (1897), tous les médecins savent combien sont plus fréquents en réalité les avortements provoqués. C'est que s'ils sont mieux placés que personne pour savoir où, par qui et comment se pratiquent les avortements, ils sont les seuls qui ne peuvent révéler ces crimes, tenus qu'ils sont par le secret professionnel. Mais ce n'est pas la seule cause d'impunité pour les coupables : la preuve médico-légale du crime est difficile à établir.

Les médecins traitants, comme les médecins experts, sauront gré à M. le professeur Brouardel, de préciser dans le nouveau volume qu'il vient de publier les difficultés qu'ils sont appelés à rencontrer.

Voici un aperçu des matières traitées dans ce volume :

L'avortement à travers les âges. — L'avortement à l'étranger. — La poursuite du crime d'avortement en France : inculpées et complices. — Les causes de l'avortement naturel : influences paternelles, influences maternelles, influences dépendant du fœtus. — Procédés de l'avortement criminel : moyens abortifs prémonitoires (saignées, bains, traumatismes, massage); substances abortives (substances inefficaces, substances ayant une action directe sur l'utérus); manœuvres abortives directes (injections, manœuvres sur le col avec ou sans pénétration, manœuvres sur l'utérus, ponction et déchirure à l'aide d'instruments, position de la femme et instruments employés, décollement des membranes, etc.). — Suite des manœuvres abortives. — Accidents consécutifs immédiats et éloignés. — Consultations médico-légales concernant l'avortement; examen de la femme vivante, du produit de l'avortement, de la femme morte. — Exemples des questions posées par les juges d'instruction.

A la suite de l'exposé didactique de ces questions, M. le professeur Brouardel rapporte l'histoire de vingt cas d'avortement, choisis parmi les plus intéressants de sa longue pratique, avec les rapports médicaux auxquels ils ont donné lieu.

Quand Tardieu publia sa célèbre *Étude médico-légale sur*

(1) In-8°, 376 p., 10 fig.. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

l'avortement, quelques auteurs lui reprochèrent d'avoir indiqué les diverses méthodes employées pour provoquer l'expulsion prématurée du fœtus : cette émotion était exagérée. Les méthodes abortives et les agents abortifs sont trop connus, même en dehors du public médical, pour que leur exposé puisse être considéré comme fournissant des armes à ceux qui en font usage.

La rage (1), par M. Auguste Marie, directeur de l'Institut antirabique de Constantinople, ancien interne des hôpitaux de Paris ; avec une préface de M. E. Roux, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Le livre de M. Marie a pour but de présenter au public une étude résumée et claire de la rage, ainsi que des travaux de Pasteur et de ses élèves sur cette maladie.

Si l'histoire clinique de la rage était bien connue, l'anatomie pathologique et la pathogénie en étaient complètement ignorées avant les découvertes pastoriennes. Il était intéressant de rassembler ces résultats scientifiques.

En anatomie pathologique, les travaux de M. van Gehuchten (de Louvain) ont eu, l'année dernière, un grand retentissement. L'auteur en donne un exposé, en les rattachant aux découvertes histologiques des autres savants. Si, à ce point de vue, des faits positifs ont été acquis, ils ne sauraient présenter de caractère spécifique, et les lésions décrites par M. van Gehuchten, non plus que celles de M. Barbès, ne pourraient remplacer le diagnostic expérimental de la rage.

L'étude du virus rabique commence avec Pasteur. L'auteur passe en revue les organes des animaux enragés au point de vue de leur virulence ; il étudie les propriétés du virus, les moyens d'exalter et d'affaiblir sa puissance.

Tout nous prouve que la rage est une maladie parasitaire, mais son microbe nous est encore inconnu.

Enfin, l'étude des différents modes de pénétration du virus rabique dans l'organisme est le point de départ d'expériences curieuses de Helmann, de Roux, de Nocard.

L'immunisation contre la rage fait l'objet de la deuxième partie du volume. L'auteur y retracte l'histoire si palpitante des vaccinations pastoriennes ; leur pratique est exposée pour l'Institut Pasteur de Paris, ainsi que pour les autres instituts antirabiques.

Les statistiques de ces établissements font le sujet d'une étude spéciale : elles montrent au public le succès sans cesse grandissant de la méthode pastorienne.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1901 (2), par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par M. Huchard, médecin des hôpitaux.

L'année 1900 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1901 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : Acétopyrine, Aniodol, Basicine, Berbérine, Cacodylate de gaïacol, Cassaripe, Chlorétone, Élosine, Épicarine, Eumenol, Fluoroforme, Gaïakinol, Globone, Guaïamar, Gujasanol, Gynocardique (acide), Gyrgol, Hédonal, Honthin, Ibit, Igazol, Liantral, Menthophénol, Mercuriol, Persodine, Pétrolan, Pétrosulfol, Résaldol, Saccharate de soude, Saponal, Silbérol, Spléniferrine, Traumatol, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : Airol, Benzacéline, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Formol, Glycérophosphate, Icthyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salypirine, Salophène, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

(1) Petit in-8°, 5 fig. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18, 322 p., cart. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Lyon.* — M. le professeur Lortet vient d'être nommé à nouveau doyen de la Faculté. MM. les professeurs Lacassagne et Hugounencq ont été délégués au Conseil de l'Université.

La lutte contre la malaria en Italie. — La Société des agriculteurs italiens vient de conférer une couronne d'or au fesseur Giambattista Grossi, pour le précieux concours qu'il a apporté à l'agriculture par ses études sur la malaria.

L'Exposition de 1900. — Voici comment se liquident les comptes de l'Exposition de 1900 :

Les dépenses se sont élevées à 116 500 000 francs et les recettes ont seulement atteint 114 456 213 francs, ce qui laisse un déficit de 2 043 787 francs. Celle de 1889 avait donné un excédent de recettes de 8 000 000 ; celle de 1878 avait laissé un déficit de 31 704 809 francs et celle de 1867, également un déficit de 4 millions 160 840 francs.

Après l'Exposition de 1867, rien de permanent ne fut conservé ; celle de 1878 nous légua le Trocadéro et ses jardins ; celle de 1889, la galerie des Machines et la tour Eiffel ; enfin, celle de 1900 nous laisse les deux palais des Champs-Élysées, le pont Alexandre-III et l'aménagement de la perspective superbe ouverte entre les Champs-Élysées et l'Esplanade des Invalides. (*Mém. de la Libr.*)

Balance automatique. — Nous avions déjà, dans la plupart des bureaux de poste de Paris, les distributeurs automatiques de timbres-poste. L'inventeur de cet ingénieux système vient encore d'enrichir l'administration d'un appareil simple et commode pour peser et affranchir les papiers d'affaires et échantillons.

Cette semaine, cette balance automatique sera installée à l'hôtel des postes de la rue du Louvre. Voici comment on opère : on place sur le plateau de la balance le paquet que l'on veut peser, et aussitôt sur un tableau apparaît le poids et le prix correspondant de l'affranchissement.

La balance donne des indications jusqu'à 3 kilos, poids maximum pour les papiers d'affaires. Mais le maximum des échantillons étant de 350 grammes seulement, quand un échantillon d'un poids plus lourd est mis sur le plateau de la balance, l'indicateur répond « trop lourd ». (*Mém. de la Libr.*)

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. le professeur Grancher reprendra son cours de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 20 mars, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

au début du traitement, puis elle s'arrête. La quinine fait enfin l'antisepsie des ulcérations cancéreuses.

Comme inconvénients de ce traitement, M. Jaboulay a vu une fois un délire violent qui a duré six heures, chez un homme atteint de splénomégalie, une fois une éruption rouge après l'administration par la voie rectale : plusieurs fois des bourdonnements d'oreille, de la gastralgie et deux fois la fièvre quinique. Dans ces deux derniers cas, on avait pratiqué des injections sous-cutanées. Il s'agissait de malades atteints l'un de splénomégalie ; l'autre d'un cancer de l'arrière-cavité des fosses nasales avec de gros ganglions carotidiens. Dans les deux cas la rétrocession des tumeurs a été remarquablement rapide.

Il est à noter que les injections sous-cutanées de quinine déterminent souvent des abcès. Il a semblé à M. Jaboulay que lorsque ces collections s'ouvraient, et surtout étaient ouvertes, une poussée se produisait sur les néoplasmes et que le bénéfice thérapeutique était vite perdu. Il se produit une action qui n'est pas sans analogie avec ce qui s'observe pour les abcès de fixation. M. Fochier, en effet, recommande de ne jamais ouvrir ces abcès artificiels.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de neurologie chirurgicale [cinquième année (1)], publiés sous la direction du docteur A. CHIPAULT.

Cette cinquième année des *Travaux de neurologie chirurgicale*, publiée aujourd'hui par M. Chipault et ses distingués collaborateurs, ne le cède en rien aux années précédentes par le puissant intérêt des articles contenus dans ce volume. Nous pouvons dire que cette publication annuelle constitue aujourd'hui une véritable revue de la chirurgie des nerfs, dont l'importance s'accroît sans cesse et que ne peuvent plus ignorer non seulement, et cela va sans dire, le chirurgien spécialiste ou non, mais même le simple praticien soucieux de se tenir au courant des progrès réalisés dans son art, dont les diverses parties réagissent à ce point les unes sur les autres, qu'il est devenu impossible d'en ignorer aucune. Les divers articles publiés cette année, et dont la liste est trop longue pour pouvoir être donnée ici, touchent à toutes les parties de la chirurgie des nerfs : *crâne et cerveau*, *moelle et rachis*, *nerfs*, etc... Ces articles sont illustrés de nombreuses figures et planches dont l'excellente exécution n'ajoute pas peu au mérite et à l'intérêt de cette publication.

Épilepsie, traitement, assistance et médecine légale (2), par le professeur KOVALEVSKY.

Dès le début de ce petit livre, empreint de la meilleure originalité, l'auteur fixe son point de vue personnel par la définition qu'il donne de l'épilepsie, considérée par lui comme une névrose résultant d'une modification particulière chimique ou moléculaire des éléments du système nerveux central et dont la caractéristique consisterait dans la décharge *par accès périodiques* de l'énergie nerveuse amassée par l'organisme malade. Cette affection, suivant l'auteur, se développe sur certains terrains constituant une prédisposition et c'est, selon lui, dans la modification rationnelle de ces terrains que doit être cherché le remède correspondant. C'est cette modification qu'il étudie longuement dans le corps de l'ouvrage, en insistant sur les moyens les plus propres à l'assurer. Il passe en revue, dans un second chapitre, tant au point de vue médical que sous le rapport social, ce qui a été fait à ce sujet en Europe et en Amérique, et termine enfin par des considérations médico-légales du plus haut intérêt. Nous ne pensons pas que sous ces divers points de vue, il ait paru jusqu'ici, en France tout au moins, d'ouvrage d'ensemble dans lequel ils aient été étudiés de façon aussi attrayante et tout à la fois aussi instructive.

(1) In-8°. cav. avec fig. et pl. en couleurs. Prix : 15 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) In-18 avec fig. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 11 AU 16 MARS 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 11 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Broca (Aug.), Lejars et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Segond, Poirier et Varnier ; — (ancien régime) : MM. Jalaguier, Rémy et Lepage ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Mauclaire et Legueu ; — (2e série) : MM. Reclus, Reynier et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 12 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Le Dentu, Schwartz et Faure.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Grancher, Hanriot et Roger.

2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Retterer, Desgrez et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Quénu, Bonnaire et Thiéry.

3e (1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Richelot, Ricard et Wallich ; — (2e série) : MM. Maygrier, Poirier et Albarran.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Gilbert et André ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Campenon et Ricard ; — (2e partie, 1re série) : MM. Chauffard, Ménétrier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Raymond, Hallopeau et Marfan ; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 13 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Segond, Poirier et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Pinard, Walther et Lejars ; — *Faculté* (2e série) : MM. Reclus, Varnier et Legueu.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Delens, Broca (Aug.) et Lepage ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Netter, Gaucher et Gilles de la Tourette.

4e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Pouchet, Joffroy et Wurtz; — M. Widal, suppléant.

VENDREDI 15 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Walther, Delens et Poirier.

1er (oral), *Faculté* : MM. Rémy, Retterer et Sébileau.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Reynier, Mauclaire et Legueu ; — MM. Reclus, Jalaguier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Teissier; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 16 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Quénu, Ricard et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Widal.

4e (ancien régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pouchet, Vaquez et Dupré.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Hallopeau,

Roger et Ménétrier; — (ancien régime) : MM. Gilbert, Achard et Marfan; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Richelot et et Albarran; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Troisier; — Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Le jury du concours d'agrégation, qui s'ouvrira le 11 mars, est ainsi composé :

Juges titulaires de Paris : MM. Duplay, Tillaux, Terrier, Berger et Budin.

Juges titulaires de province : MM. Demons (Bordeaux), Fochier (Lyon), Folet (Lille) et Forgue (Montpellier),

Juges suppléants : MM. Le Dentu, Lejars, Delbet et Varnier.

Sont admis à prendre part à ce concours :

Aix : M. Delanglade. — Bordeaux : MM. Andérodias, Bégouin, Vitrac. — Lille : MM. Lambret, Lefort, Potel, Vanverts. — Lyon : MM. Commandeur, Delore, Fabre, Gayet, Thévenot, Tixier, Villard. — Montpellier : M. Jeanbrau. — Nancy : MM. Michel, Pillon. — Paris : MM. Auvray, Baudet, Bouchacourt, Bouglé, Brindeau, Chéron, Delbet, Demelin, Dubrisay, Gosset, Govin, Keim, Launay, Longuet, Macé, Marion, Morestin, Potocki, Savariaud, Souligoux, Terrien, Thoyer,

Écoles de médecine navale. — Le *Journal officiel* du 2 mars contient les instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1901, les renseignements sur le fonctionnement de l'école du service de santé de la marine à Bordeaux et le programme du concours d'admission à l'école de Bordeaux en 1901.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 8e semaine de l'année, 1 248 décès, chiffre qui dépasse celui de la semaine précédente (1 017) et la moyenne ordinaire de la saison (1 076). L'augmentation de la mortalité est due principalement aux maladies de l'appareil respiratoire; on peut donc l'attribuer au froid qui a régné pendant ces derniers temps et l'on peut espérer que, grâce à la température tempérée qui lui a succédé, elle ne persistera pas.

La fièvre typhoïde, qui présente des chiffres modérés depuis le début de l'année, n'a causé que 3 décès (la moyenne est 8). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est également très faible (19).

La variole n'a causé que 3 décès; cest le chiffre le plus faible que l'on ait observé depuis cinq mois. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à être en diminution (51 cas nouveaux).

La rougeole continue à être rare (10 décès au lieu de moyenne 21).

La scarlatine a causé 3 décès (chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 66, dont 5 dans le quartier Notre-Dame-des-Champs et de Clignancourt, 4 dans le quartier Rochechourt.

La coqueluche a causé 8 décès (la moyenne est 6).

La diphtérie, en augmentation légère depuis quelques semaines, a causé 17 décès (la moyenne est 9).

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an, chiffre voisin de la moyenne 25.

En outre, 46 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 276 décès au lieu de 192 pendant la semaine précédente et au lieu de 242, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 46 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 64 (au lieu de la moyenne 56); autres maladies de l'appareil respiratoire 148 (au lieu de la moyenne 130). Parmi eux, 71 sont dus à la congestion pulmonaire et 61 à la broncho-pneumonie. En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 248 décès (au lieu de la moyenne 200); la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 25 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 42 décès; les maladies organiques du cœur, 90 (au lieu de la moyenne 56); le cancer a fait périr 59 personnes; les hernies et obstructions intestinales ont causé 4 décès; la cirrhose du foie 13; la néphrite, 27; enfin 55 vieillards sont morts de débilité sénile.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Proust commencera son cours d'hygiène dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 7 mars, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à quatre heures.

M. le professeur G. Pouchet reprendra ses conférences pratiques de pharmacologie et matière médicale à l'amphithéâtre de pharmacologie le jeudi 7 mars, et le continuera tous les jeudis à cinq heures.

M. Achard, en remplacement de M. le professeur Bouchard, commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales au petit amphithéâtre de la Faculté, le samedi 9 mars et le continuera les mardis, jeudis et samedis à cinq heures.

Faculté des sciences. — M. le professeur H. de Lacaze-Duthiers a ouvert son cours de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparées le samedi 2 mars et le continuera les mardis et samedis, à trois heures et demie. Il traitera des organes et fonctions de la relation dans les principaux groupes du règne animal et surtout chez les vertébrés dans ce qu'ils présentent de plus important. — Les manipulations auront lieu les jeudis, de midi et demi à trois heures, dans le laboratoire, sur les sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie.

M. le professeur Dastre ouvrira son cours de physiologie le lundi 4 mars et le continuera les lundis à cinq heures, et les mercredis à dix heures et quart. Il traitera des fonctions de nutrition.

Cours public et gratuit d'anatomie. — M. le docteur J.-A. Fort commencera ce cours le lundi 11 mars à quatre heures dans l'amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté. Il le continuera les mardis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — La première leçon sera « Le plastron chondro-sternal et ses rapports, au point de vue médical et chirurgical ».

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Antoine Coizeau, le doyen des médecins de l'état civil de Paris. La *Gazette des hôpitaux* adresse à son beau-frère, le docteur Albert Brochin, et à toute sa famille l'assurance de sa bien affectueuse sympathie; — et celles de MM. les docteurs Guérard de la Quesneraie (de Dax), Juppé (de Bruges), Gabriel Philippart (de Roubaix), Zémet (de la Varenne Saint-Hilaire), Graciette (de Toulouse).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vaisseaux sanguins et lymphatiques avec le sang et la lymphe, par le docteur J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie. (Extrait de la 6e édit. de son *Anatomie et dissection.*) In-8°, 95 pages et 72 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

Comment on se défend contre les maladies du foie, la lutte contre l'ictère, la colique hépatique et les cirrhoses, par le docteur H. Labonne, licencié ès sciences, officier de l'Instruction publique. 1 broch. in-8° avec 4 fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions, 4, rue Antoine Dubois.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

Nº 28. — JEUDI 7 MARS 1901. 74e ANNÉE JEUDI 7 MARS 1901. — Nº 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE POUR OBSTRUCTION LITHIASIQUE; EXTRACTION DE CENT QUARANTE ET UN CALCULS VÉSICULAIRES; CHOLÉDOQUE INABORDABLE; GUÉRISON OPÉRATOIRE AVEC FISTULE BILIAIRE (*3 fig.*), par M. Ch. FOURNEL (de Paris). — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Bacille diphtérique dans la gorge de sujets sains; — A propos du traitement de l'obésité; — *Chirurgie :* Symptômes et traitement du cancer de l'œsophage. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHOLÉCYSTOSTOMIE POUR OBSTRUCTION LITHIASIQUE

EXTRACTION DE CENT QUARANTE ET UN CALCULS VÉSICULAIRES
CHOLÉDOQUE INABORDABLE
GUÉRISON OPÉRATOIRE AVEC FISTULE BILIAIRE

Par M. Ch. FOURNEL (de Paris).

Mme G..., soixante-trois ans, veuve, sans profession, demeurant à Saint-Maurice (Seine).

Père mort à soixante ans d'une maladie de cœur. Mère morte à une trentaine d'années, probablement de la poitrine (?).

Personnellement cette malade a été atteinte, dans sa jeunesse, d'oreillons et de rougeole.

Réglée à douze ans, perdait abondamment pendant quatre ou cinq jours.

Vers les quinze ans, en s'amusant à sauter un fossé, douleur brusque dans le ventre, puis resta souffrante, avait perdu ses forces.

Se maria à dix-huit ans et fut examinée vers vingt ans pour la première fois. On aurait diagnostiqué alors une déviation utérine. Ni enfants, ni fausses-couches.

A trente-quatre ans, pelvi-péritonite qui dura sept mois; fut traitée par repos absolu.

Aurait eu dans le ventre des grosseurs qui ont disparu à la suite d'une perte : la malade avait alors quarante-neuf ans. A cessé d'être menstruée depuis cette époque.

Maladie actuelle. — Début, il y a quinze ans, par accès type de colique hépatique après déjeuner (douleurs abdominales violentes, vomissements). Durée de l'accès cinq ou six heures.

Puis eut plusieurs petits accès, et un grand à trois ans d'intervalle. Malgré ces accès n'eut jamais d'ictère pendant ces quinze ans.

C'est en septembre 1900 que l'ictère apparut à la suite d'un violent accès. Le 9 septembre 1900 commença une fièvre avec des douleurs horribles, cet accès dura trois jours avec des frissons, et le matin du quatrième jour la malade s'aperçut pour la première fois que la couleur jaune de l'ictère avait envahi ses téguments. Dès longtemps, cependant, la malade avait remarqué une décoloration momentanée de ses selles; à plusieurs reprises ce phénomène s'était reproduit, assez accentué pour l'inquiéter. Enfin, depuis un mois avant l'apparition de la teinte jaune des téguments, c'est-à-dire depuis le commencement d'août 1900, la décoloration des selles était absolue. Les urines ne sont devenues rouges que depuis la crise (septembre); la malade remarqua alors une couleur d'urine qu'elle compara à celle qu'aurait un *jaune d'œuf délayé dans du café.* Démangeaisons, brouillard sur la vue.

La malade se rendit alors dans un petit hôpital privé (Saint-François) où elle resta un mois. Elle fut traitée, dit-elle, par l'iodure de potassium, des purgatifs, des onctions sur la région hépatique avec une pommade cocaïnée.

Signes physiques. — Je vois la malade pour la première fois le 18 novembre 1900.

Les téguments sont d'une coloration ictérique si accentuée que la teinte est plutôt bronzée que jaune. Les sclérotiques sont entièrement jaunes; il n'y a plus de « blanc de l'œil ».

Selles « stéariques » et parfaitement incolores, ressemblant à de la terre glaise moulée; urines couleur acajou foncé.

Peau sèche, chaude, état fébrile, avec accès irréguliers qui nous paraissent devoir être rattachés à l'infection des voies biliaires.

L'amaigrissement est considérable; à la face et aux membres la peau est collée sur les os; quant à la peau de l'abdomen et de la poitrine, elle forme des replis flasques et pendants. La malade estime que depuis trois ou quatre mois « elle a fondu de moitié » (?). Si l'on ne peut s'en rapporter à cette appréciation, il n'en est pas moins vrai que la cachexie est telle qu'elle donne à la malade l'aspect d'une cancéreuse et j'ai une certaine peine à écarter le diagnostic de « néoplasme » que voudrait me suggérer l'entourage.

Le poids total du corps avec les vêtements est de 63 kilos 500 grammes.

La langue est sèche, fendillée; il semble y avoir absence de salive; la malade ne parle qu'en s'interrompant pour faire ces fréquents et pénibles claquements de la langue sur le palais qu'occasionnent habituellement la soif et la sécheresse de la bouche.

Anorexie, bouche pâteuse, tous les aliments quels qu'ils soient paraissent amers et de mauvaise qualité.

Il y a de l'agitation, de l'insomnie presque absolue, rapportées par le sujet au prurit qui le dévore. Pendant tout notre interrogatoire, la malade se gratte avec ardeur.

L'examen de la région hépatique donne les résultats suivants :

A la palpation, endolorissement général de la région, augmentation de volume du foie, qui est d'une consistance plus dure que la normale. On ne perçoit pas la vésicule.

La percussion donne, pour les dimensions verticales du foie : sur la ligne mamillaire, 12 centimètres ; sur la ligne axillaire, 20 centimètres.

Les urines, examinées par M. Girardot, pharmacien, ne renferment ni sucre ni albumine, mais bien des pigments biliaires en abondance. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est de 1 200 grammes, contenant 22 grammes d'urée.

Cette histoire hépatique et biliaire étant élucidée, je fais grâce au lecteur de l'état des autres organes qui sont sains. Cependant, pour mémoire et comme épisode se rattachant au chapitre utérin des antécédents, nous devons mentionner une fois pour n'en plus parler, que la malade porte dans le côté gauche du pelvis une tumeur. Le toucher vaginal révèle que cette tumeur est de la grosseur d'une orange. Elle fait corps avec l'utérus, dont le col est rejeté du côté droit ; elle n'est pas mobilisable, nous ne pouvons ni la soulever ni la déplacer latéralement.

Nous portons le diagnostic de : angiocholécystite calculeuse avec obstruction mécanique du cholédoque et un certain degré de cirrhose biliaire. Réserves faites au sujet de la possibilité d'angiocholite suppurée ; car il nous est impossible alors de savoir si les accès fébriles intermittents se rattachent à la purulence des voies biliaires ou s'ils ne sont que des accès bilio-septiques résultant des altérations du liquide biliaire en rétention et dont Charcot parla déjà autrefois. M. Marc Jousset, qui voit la malade après nous, porte de son côté un diagnostic analogue.

L'intervention s'impose, elle est urgente, la malade n'a que trop tardé à la réclamer. Il faut aller à l'obstruction calculeuse et la lever. On aura sans doute à faire une cholédocotomie, pense-t-on. On peut encore conserver quelque espoir que les lésions du foie et des voies biliaires ne seront pas devenues irrémédiables. Pour ce qui est du foie, les 22 grammes d'urée par jour indiquent un fonctionnement encore suffisant. Or, on va le voir, ce furent les lésions de périhépatite qui nous créèrent des obstacles et nous forcèrent de modifier notre plan opératoire.

Le 29 novembre 1900, l'opération est faite par M. Fournel, en présence de MM. Marc Jousset et Marato, de MM. Caillerol et Ponty, internes des hôpitaux, et de M. Jousset, externe des hôpitaux.

Anesthésie au chloroforme très facile. Incision sur le bord externe du muscle grand droit, commençant au niveau du ligament qui relie la dixième côte à la neuvième, descendant verticalement en bas et se terminant à la hauteur de l'ombilic, après un trajet de 10 à 12 centimètres. Les tissus sont extrêmement saignants, ainsi qu'il arrive d'ordinaire chez les ictériques.

Au moment de l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide ascitique. Lorsqu'elle est terminée, on voit dans le fond de l'incision : en haut le bord tranchant du foie ; il est d'une coloration violacée ; au-dessous de ce bord un magma d'organes adhérents entre eux et adhérents au foie. Dans ce magma, la vue associée au toucher permet de reconnaître le côlon transverse, une portion du grand épiploon, une portion de paroi vésiculaire. Toute la face inférieure et une partie du fond de la vésicule sont absolument inabordables, à cause des adhérences intestinales et épiploïques.

La figure 1 donne une idée de la disposition et des rapports des organes au fond de la plaie opératoire. Cependant, cette figure est trop schématique, l'intestin adhérent recouvrait presque entièrement le fond de la vésicule, c'est ce que la figure ne fait pas voir. Le même reproche doit être adressé aux trois figures de cette observation, toutes trois sont plus belles que nature.

Le palper renseigne sur le volume de la vésicule ; à travers l'intestin qui lui adhère on la sent grosse, tendue, de consistance fibreuse. Sur la partie accessible de cette vésicule, c'est-à-dire tout près de l'échancrure du foie, ponction aspiratrice avec la grosse aiguille de l'appareil Dieulafoy ; on aspire, en plusieurs fois, environ 150 à 200 grammes d'un liquide, légèrement jaunâtre, parfaitement translucide, qui n'est point de la bile, il y a donc hydropisie vésiculaire. La canule étant retirée, une pince à kyste oblitérant l'orifice de la vésicule, nous cherchons à profiter de la diminution de volume de cet organe pour explorer par le palper son contenu et pour explorer plus profondément le reste des voies d'excrétion de la bile et en particulier le cholédoque.

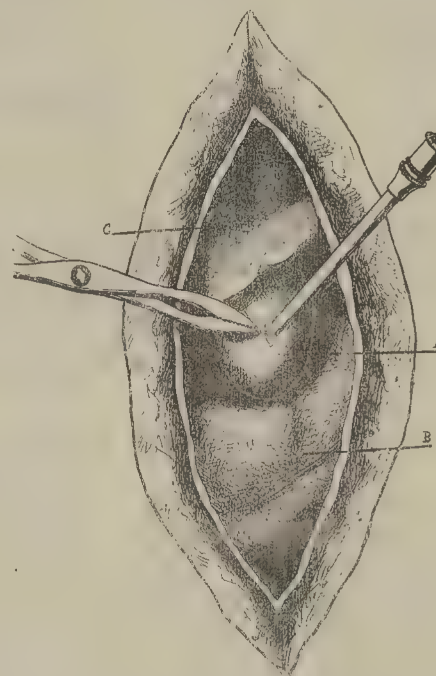


FIG. 1. — *Rapports des viscères au fond de la plaie opératoire ; la vésicule est saisie par une pince et ponctionnée.* — A, vésicule ; B, côlon transverse ; C, foie.

L'exploration extérieure de la vésicule, presque partout médiate à cause des organes adhérents, nous donne des renseignements incomplets, tels que dureté fibreuse de toute la vésicule, sans bosselures, dureté plus grande au niveau du col et du canal cystique, qui nous font craindre l'oblitération de celui-ci, sans qu'il nous soit permis de dire de quelle nature est cette oblitération.

Nous cherchons alors à palper le cholédoque ; un écarteur de Farabeuf relève le bord tranchant du foie, deux écarteurs fenêtrés élargissent la plaie. Mais les adhérences s'étendent sous la face inférieure du foie ; on ne peut arriver à l'hiatus de Winslow ; il en résulte que l'exploration classique du cholédoque est impossible. Quant aux sensations que peut nous fournir la palpation médiate à travers le paquet intestinal, déprimé vers la profondeur et dans la direction du point où devait se trouver placé le canal cholédoque, ce furent des sensations beaucoup trop vagues et trop peu précises pour que nous nous permettions d'en parler.

Sans doute on nous dira que nous aurions pu poursuivre le détachement, la dissection de ces adhérences. Nous répondrons que l'état de la malade, son excessive émaciation et son affaiblissement, son âge même (soixante-trois ans) ne pouvaient nous laisser espérer qu'elle aurait assez de force pour résister à une opération aussi longue que l'aurait été la sienne si nous avions voulu nous engager dans ces pénibles et laborieuses dissections. Indépendamment, en outre, de la question de la durée de l'opération, nous estimons que c'eût été une imprudence majeure de vouloir disséquer des organes dès longtemps enflammés ; l'angiocho-

lite, la cholécystite et la péritonite adhésive ayant modifié et détruit la résistance normale et l'élasticité des tuniques musculaires. On ne pouvait pas s'exposer à avoir besoin de poser des sutures sur des organes devenus trop friables pour les supporter. Ce n'est pas là une vue de l'esprit; on va voir plus loin que nos craintes relatives à une anormale friabilité des organes furent pleinement réalisées.

Arrivés à ce moment de l'opération, nous jugeâmes qu'il fallait renoncer à agir sur le cholédoque et que le seul espoir de salut pour la malade résidait dans une opération sur la vésicule, c'est-à-dire dans l'évacuation aussi complète que possible des calculs vésiculaires et la cholécystostomie ou établissement d'une fistule biliaire opératoire.

Enlevant notre pince à kyste et repérant de notre mieux les bords de l'incision avec des pinces de Kocher à mesure que nous l'ouvrons, nous faisons à la vésicule un orifice de 3 centimètres environ. Le tissu des parois de la vésicule est friable, il se déchire sous les pinces, on est obligé de prendre les plus grandes précautions pour maintenir cet organe sans en arracher des lambeaux. L'index introduit par l'ouverture donne d'importants renseignements sur le contenant et sur le contenu : ces parois cystiques ont 1 centimètre et demi d'épaisseur, dans ce réservoir une quantité de calculs de petit et de moyen volume, on en sent un très gros, libre

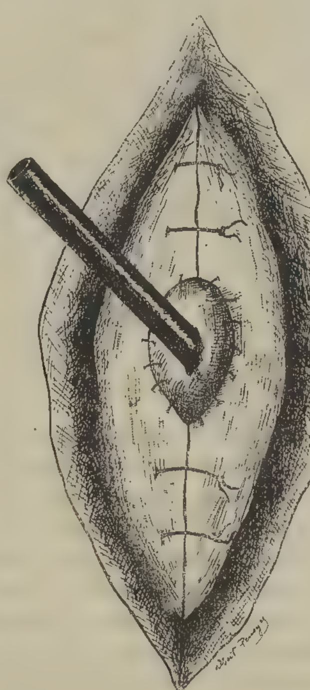


Fig. 2. — *Premier étage de sutures, ou sutures séreuses.* — On voit, au fond de la plaie, le péritoine suturé à lui-même. Au centre la vésicule, ouverte; dans l'ouverture, le dessinateur a figuré un drain. Tout autour de la vésicule, suture séro-séreuse.

dans la cavité. Avec une curette et des pinces, nous extrayons ces calculs, ils sont au nombre de 140. Après cette extraction, la vésicule étant vide, le toucher nous permet de reconnaître au niveau du col, enchatonné dans le canal cystique, un 141e calcul de forte dimension. Après plusieurs tentatives, en nous servant d'une pince à griffe guidée par l'index, nous arrivons à désenchatonner puis à extraire ce calcul; il est de la grosseur d'une noix.

A peine le désenchatonnement effectué, tel l'eau qui s'écoulerait d'une carafe qu'on renverse et qu'on débouche, un flot de liquide hyalin, transparent, incolore, visqueux, envahit la vésicule en passant par le canal cystique désobstrué, puis coule au dehors inondant nos compresses et le champ opératoire. Nous n'arrivons à l'assèchement qu'à grand renfort de tampons et au moyen d'aspirations avec l'appareil Dieulafoy armé d'une sonde urétrale en caoutchouc qui plonge dans la vésicule. Ce liquide était manifestement différent du liquide retiré de la vésicule par la ponction initiale ; il était plus épais, plus onctueux, incolore au lieu d'être jaunâtre.

Un nouveau toucher intra-cystique ne fait plus sentir de calcul. Quant au cathétérisme des voies biliaires par la vésicule, nous le tentons sans grande conviction et avec une sonde molle en caoutchouc, avec une sonde cannelée; il ne nous donne pas de renseignements et nous estimons qu'on n'arrive guère à cathétériser suffisamment les cholédoques ni le canal hépatique en passant par l'intérieur de la vésicule ; la conformation du col et du canal cystique ne laissent point le passage libre à un cathéter, même si les voies biliaires sont perméables. Insister serait exposer la malade à des saignements qui sont signalés déjà dans les observations et se sont produits à cette occasion entre les mains de plusieurs opérateurs, ces fausses routes ne peuvent qu'être préjudiciables à l'opéré.

Nous plaçons un gros drain dans la vésicule, la suturons tant bien que mal, plutôt mal que bien à cause des difficultés créées par la friabilité de ses parois, avec les différentes couches de la paroi abdominale. Fermeture du reste de la plaie, pansement. Les sutures de la muqueuse vésiculaire avec la peau, que représente notre figure 3, n'ont pas été exécutées.

Suites. — Les suites opératoires ont été simples. La température s'est abaissée à la normale le dixième jour ; quant aux températures de 38 degrés et 38°5, qui ont pu être observées le soir pendant ces dix premiers jours, ces températures doivent être attribuées non pas à l'opération, mais à l'infection biliaire, à la cholécystite préexistantes.

La bile coule abondamment dans le pansement, mais les selles sont toujours restées argileuses. Le cholédoque n'a donc pas retrouvé sa perméabilité.

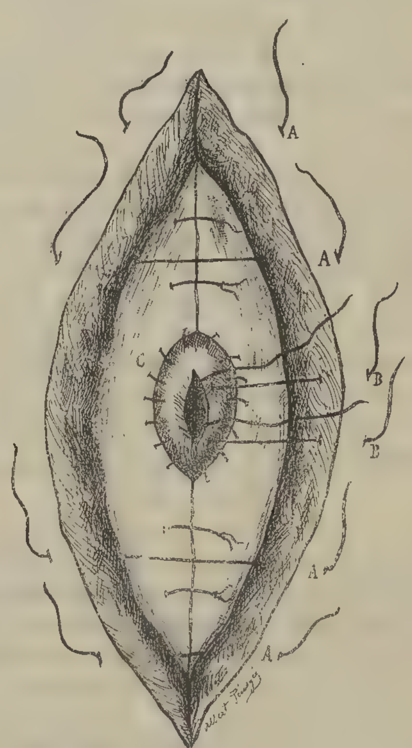


Fig. 3. — *Les fils en place vus avant d'être liés.* — AAA, crins passés dans la couche musculo-cutanée; BB, deux des fils qui sutureront la vésicule à la peau; C. péritoine et suture séro-séreuse.

Le 10 janvier, la bile, examinée par M. Latteux, contient encore du coli-bacille. Elle cultive abondamment; la préparation microscopique montre les bâtonnets mélangés à quel-

ques formes plus allongées qui sont caractéristiques du colibacille. La préparation contient en outre quelques microcoques.

Cependant les forces sont revenues, la malade s'alimente bien, ses téguments sont de couleur à peu près normale ; la convalescente va et vient toute la journée, monte et descend des escaliers, sort. Elle a notablement engraissé. Et malgré tout cela le résultat est incomplet. Certes, l'établissement de la fistule biliaire n'a pas été sans avantages : c'est grâce à la fistule que l'état infectieux des voies biliaires a diminué, que les accès bilioseptiques ont disparu et que la température est tombée à la normale au dixième jour après l'opération et cela définitivement. L'état général est excellent, il est vrai, la malade n'est plus empoisonnée par la rétention des éléments de la bile dans le sang, le foie ne court plus ces risques de désorganisation qui peuvent mener à l'ictère grave. Mais la bile ne coule pas dans l'intestin, elle est perdue pour la digestion et nous ne savons pas si cette situation peut, sans inconvénient, se prolonger indéfiniment.

Nous n'ignorons nullement l'influence de désinfection et de décongestionnement que peut avoir la cholécystostomie sur l'arbre entier des voies biliaires. Il arrive fréquemment que la désobstruction d'un cholédoque, sur lequel on n'avait pas pu agir pendant l'opération, s'est effectuée secondairement ; cette désobstruction secondaire peut se faire fort longtemps après l'ouverture de la vésicule (cas de Routier, trente-cinq jours) et c'est avec juste raison que M. le professeur Terrier a insisté sur « ce rétablissement tardif mais spontané de la perméabilité des voies biliaires » (1).

Au cours de l'opération que nous venons de relater, nous n'éprouvâmes que la demi-satisfaction que pourrait ressentir un chirurgien obligé de laisser en place un cancer rectal inopérable en se contentant de pratiquer l'anus contre nature. Mais les paroles de M. Terrier, sa haute expérience nous donnaient quelque espoir; nous pouvions, faute de mieux, escompter cette chance d'une désobstruction secondaire possible; notre espoir ne s'est pas réalisé, et le temps écoulé depuis l'opération permet de croire qu'il ne se réalisera pas.

Que convient-il de faire? Une cholécystostomie secondaire ; cette opération permettrait à la bile de passer dans l'intestin. La chose est possible et nous l'avons proposée à la malade, tout en convenant que cette opération nouvelle est loin d'être urgente, et cela parce que notre malade supporte admirablement sa fistule biliaire, la privation de bile ne paraît nullement l'éprouver, nullement l'empêcher de digérer, d'engraisser et de prendre des forces.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(5 mars 1901)

La séance a été très chargée : on y a abordé bien des questions; la lèpre, la variole, l'hystéro-catalepsie, la thérapeutique des affections cardio-vasculaires, le lavage de l'estomac dans les cas d'hématémèse, le traitement chirurgical des arthrites tuberculeuses, suppurées, y ont été successivement traités.

C'est tout d'abord du **traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra en injections sous-cutanées** qu'il a été question. M. Hallopeau a présenté plusieurs lépreux traités par cette méthode et a fait suivre cette présentation de quelques réflexions que l'on peut ainsi résumer :

Les lépreux soumis à un traitement intensif par l'huile de chaulmoogra peuvent présenter une amélioration telle qu'elle équivaut presque à la guérison ; plus souvent, ils continuent à présenter des manifestations, mais celles-ci peuvent revêtir un caractère remarquable de bénignité ; dans certains cas cependant des poussées intenses, locales et générales, se renouvellent malgré ce traitement; il est probable que ce médicament exerce une influence favorable sur la lèpre ; cette influence si elle existe est presque constamment insuffisante pour enrayer les progrès de la maladie, elle ne peut en aucune mesure être comparée à celle du mercure dans la syphilis ou de l'iodure dans la syphilis non plus que de la quinine dans la malaria; l'introduction intra-musculaire est préférable chez les malades qui la supportent; elle est souvent douloureuse; elle peut donner lieu à de la fièvre et à des embolies; il y aura lieu d'expérimenter la voie rectale; on devra étudier comparativement les produits divers que l'on vend dans le commerce sous le nom d'huile de chaulmoogra.

M. Du Castel a pris la parole sur le même sujet. Il étudie comparativement l'administration de l'huile de chaulmoogra à l'intérieur et son administration par la voie sous-cutanée. C'est au docteur Tourtoulis bey (du Caire), que l'on doit cette dernière méthode. M. Du Castel lui reconnait de sérieux avantages sur la voie stomacale. Il est, en effet, bien des malades qui ne peuvent supporter longtemps de médicament par cette voie. D'autre part, la méthode par injections sous-cutanées n'est pas sans inconvénients ni même sans dangers. Ces injections sont très douloureuses ; dans quelques cas elles ont même donné lieu à des accidents assez graves de dyspnée, de syncopes par embolie graisseuse pulmonaire. M. Du Castel pense que les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra donnent surtout de bons résultats dans la lèpre tuberculeuse, tandis que le même médicament administré par la voie stomacale conviendrait mieux à la lèpre nerveuse.

M. Linossier revient sur la question du **lavage de l'estomac dans les cas d'hématémèses**. Il partage, à ce point de vue, l'opinion de M. Lucas-Championnière et il estime que le lavage de l'estomac est indiqué dans les cas d'hématémèse. Il cite plusieurs observations d'hématémèses symptomatiques d'ulcères ou de cancers de l'estomac dans lesquels le lavage stomacal lui a donné les meilleurs résultats. M. Linossier cherche à expliquer pour quelles raisons le lavage de l'estomac peut être utile dans les cas d'hémorragies. Il reconnaît lui-même qu'il ne peut être question que de vues purement théoriques. Quoi qu'il en soit, les faits avancés par MM. Lucas-Championnière, Linossier, Bourget, etc., semblent prouver l'efficacité de ce moyen.

M. Hervieux communique à l'Académie un travail sur les **dangers de la variolisation** à l'occasion d'une brochure de M. le docteur Trolard, directeur de l'Institut d'Alger, sur le même sujet. M. Hervieux passe en revue les diverses espèces de dangers auxquels exposent les inoculations varioliques : dangers pour les inoculés, éruptions, cécité, mort possible ; dangers pour les populations : endémies et épidémies varioliques, aggravation de la mortalité générale, dépopulation ; atteinte plus ou moins grave portée aux relations commerciales et à la prospérité de nos colonies. Conclusion : nécessité de supprimer, sous peine d'amende, la variolisation dans les colonies françaises.

Ce vœu est mis aux voix et adopté après quelques observations de MM. Gautier et Chauvel. L'Académie émet donc

(1) Terrier. Séance de la Soc. de chir., 18 juillet 1894.

le vœu que les pouvoirs publics prennent les mesures nécessaires pour s'opposer à la variolisation.

Hystérie, catalepsie, phénomènes d'auto-suggestion, de double vue et de télépathie, tel est le titre d'une observation présentée par M. Fournier (d'Angoulême) et au sujet de laquelle M. Lancereaux a fait un rapport.

M. Huchard entretient l'Académie d'un médicament nouveau (le **tétranitrate d'érythrol**, qu'il appelle **tétranitrol**, par abréviation) et d'une médication : la **médication vaso-dilatatrice et hypotensive**.

Cette médication a une haute importance, puisqu'elle est destinée à abaisser la tension artérielle dans un grand nombre de maladies : dans la présclérose, l'artério-sclérose confirmée, l'angine de poitrine coronarienne, les douleurs cardiaques, les cardiopathies artérielles, l'uricémie, dans la goutte, le tabagisme, à la suite d'une alimentation carnée intensive (cause fréquente d'artério-sclérose), la néphrite interstitielle, la syncope locale des extrémités, la maladie de Stokes-Adams, dans les anévrysmes.

On obtient l'abaissement de la tension artérielle par les inhalations de nitrite d'amyle, dont l'action est rapide et fugace, par l'emploi de la trinitrine (ou nitroglycérine) dont l'action, moins rapide, se prolonge pendant deux heures au plus. Mais, avec ces divers médicaments, déjà bien connus, on ne parvient pas à abaisser la tension artérielle d'une façon presque continue. Or, les expériences et nombreuses observations de M. Huchard, en accord avec celles de Bradbury et Marshall, démontrent que le tétranitrate d'érythrol (tétranitrol) prolonge son action vaso-dilatatrice et hypotensive pendant quatre ou cinq heures, de sorte que six comprimés d'un centigramme, prescrits chacun à quatre heures d'intervalle réussissent souvent à maintenir ces bons effets d'une façon presque continue pendant vingt-quatre heures. A ces doses, le médicament n'expose à aucun accident, et on ne peut l'employer que sous forme de comprimés, l'insolubilité presque absolue de cette substance étant un obstacle presque insurmontable à sa mise en solution.

Cette médication est très efficace dans un grand nombre de maladies, surtout dans les affections du cœur où il suffit, parfois, de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Elle remplace avantageusement et plus sûrement la saignée, qui ne parvient à abaisser la tension artérielle que d'une façon tout à fait transitoire et presque inappréciable.

Signalons, enfin, un travail de M. Delagenière (du Mans), sur le **traitement des arthrites tuberculeuses suppurées par l'excision de tous les os malades**. Ce travail devant être l'objet d'un rapport de M. Lucas-Championnière, nous attendrons ce rapport pour l'analyser.

L'Académie a procédé à l'élection des commissions de prix pour l'année 1901. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Magnan, Lancereaux et François-Franck.
Prix Alvarenga. — MM. Berger, Chatin et Sevestre.
Prix Barbier. — MM. Hutinel, Hayem et Terrier.
Prix Bourceret. — MM. Cornil, Duval et Richet.
Prix Buignet. — MM. Pouchet, d'Arsonval, Prunier, Yvon, Bucquoy et Tillaux.
Prix Buisson. — MM. Pozzi, Hallopeau et Du Castel.
Prix Capuron. — MM. Guéniot, Porak et Champetier de Ribes.
Prix Chevillon. — MM. Besnier, Ch. Monod et Fernet.
Prix Civrieux. — MM. Rendu, Dieulafoy et Laborde.
Prix Clarens. — MM. Napias, Proust et L. Colin.
Prix Daudet. — MM. Labbé, Pozzi et Richelot.
Prix Desportes. — Section de thérapeutique.
Prix Godard. — MM. Lannelongue, Duplay et Reclus.
Prix Herpin (de Genève). — MM. Motet, Raymond et Richer.
Prix Hugo. — MM. Landouzy, Empis et Lereboullet.
Prix Huguier. — MM. Polaillon, Le Dentu et Peyrot.
Prix Jacquemier. — MM. Pinard, Budin et Ribemont-Dessaignes.
Prix Laborie. — Section de chirurgie.
Prix du baron Larrey. — MM. Chauveau, Fournier et Laveran.
Prix Laval. — MM. Farabeuf, Gautier et Brouardel.
Prix Lorquet. — MM. Motet, Magnan et Laborde.
Prix Louis. — MM. Roux, Kelsch et François-Franck.
Prix Mège. — MM. Huchard, Duguet et Grancher.
Prix Meynot. — MM. Chauvel, Panas et Sée.
Prix Monbinne. — MM. Robin, Raillet et Blanchard
Prix Nativelle. — MM. Caventou, Marty et Bourquelot.
Prix Portal. — MM. Nocard, Duclaux et Bouchard.
Prix Pourat. — MM. Marey, Malassez et Richet.
Prix Ricord. — MM. Fournier, Guyon et Kelsch.
Prix Vernois. — MM. Perier, H. Monod et Vallin.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Bacille diphtérique dans la gorge de sujets sains. — La présence de bacilles diphtériques dans la gorge d'individus sains pourrait donner lieu à des erreurs d'interprétation et faire douter, dans certains cas, de la valeur de l'examen bactériologique. Dans l'espace d'une année, M. DENNY a fait examiner des cultures provenant de la gorge de 285 individus bien portants. Le bacille ne fut trouvé que dans 7 cas. Les circonstances n'ont pas permis de déterminer dans quelle mesure ces individus avaient pu se trouver exposés à la contagion diphtérique.

D'autre part, des cultures furent prélevées chez cinquante personnes qui s'étaient trouvées plus ou moins en rapport avec deux cas de diphtérie. L'examen des cultures fut positif dans six cas. L'auteur conclut que le bacille diphtérique est très rare dans la gorge des personnes qui n'ont pas été en contact avec des malades atteints de diphtérie, on le trouve dans le pharynx de ceux qui se sont trouvés en rapport avec des sujets diphtériques et qui vivent dans des quartiers où la population est condensée et l'hygiène défectueuse. Les sujets sains porteurs de bacilles de Lœffler pourraient alors disséminer la maladie au même titre que s'ils étaient atteints d'une diphtérie peu intense, et lorsqu'on a pu faire le diagnostic, il faudrait donc pratiquer l'isolement de ces individus. (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 nov. 1900.)

A. B.

A propos du traitement de l'obésité. — M. STREBEL passe en revue, dans la *Deuts. med. Zeitung* (21, 24, 28 janvier 1901), toutes les médications qui ont été jusqu'ici préconisées contre l'obésité.

Retenons-en seulement quelques faits intéressants.

La cure végétarienne convient aux obèses à tendances goutteuses, présentant de la stase abdominale, car les fonctions intestinales se trouvent excitées par l'apport de grandes quantités d'aliments de valeur nutritive peu marquée. On obtient souvent des résultats remarquables, à condition que les fonctions digestives soient intactes.

L'emploi de bains de vapeur ou d'air chaud constituerait une médication idéale de l'obésité, si l'on n'observait trop souvent chez ces malades, à la suite de ce traitement, de l'angoisse précordiale, des syncopes, des vomissements, etc.

On remplacera, avec avantage, ces pratiques, par les bains de lumière électrique, provoquant une transpiration facile à obtenir et à contrôler, et ne donnant lieu à aucun accident cardiaque, ce qui démontre l'efficacité de ces bains même chez les sujets atteints de maladies de cœur.

Le traitement par les enveloppements humides ou sec, combinés à l'ingestion de tisanes chaudes, n'a pas donné de résultats probants à l'auteur.

Parmi les exercices gymnastiques à recommander, l'auteur cite celui-ci : le sujet s'étend sur le dos et cherche à s'asseoir sans le secours des mains. Cette manœuvre exécutée avec persévérance quotidiennement et plusieurs fois de suite, provoque une diminution progressive de la surcharge graisseuse abdominale. Il ne faut pas oublier non plus de prescrire à l'obèse une gymnastique respiratoire énergique.

Chez les obèses à pression sanguine faible, on relèvera avec avantage cette pression au moyen d'injections sous-cutanées quotidiennes d'huile camphrée à 1-2 p 100.

Le bain froid prolongé avec massage et friction dans le bain favorise grandement les échanges intra-organiques : on termine par une douche froide, une friction sèche et une promenade. L'auteur fait passer, pendant le bain, un fort courant faradique à travers le corps, ce qui augmente dans de grandes proportions l'excitation musculo-cutanée.

En dehors du bain, on peut aussi obtenir l'électrisation en faisant asseoir le sujet sur une plaque d'étain recouverte de papier et reliée à un des pôles d'un appareil à induction (2 à 3 centimètres de longueur d'étincelle). L'auteur promène ensuite un doigt recouvert d'un dé sur la surface cutanée et obtient ainsi une électrisation qui n'a rien de désagréable.

L'auteur revient en terminant sur la technique du bain de lumière électrique ; il utilise dans ce but des lampes à arc (46 à 48 degrés centigrades, durée vingt à vingt-cinq minutes). Au bout de quinze minutes, il est bon d'envelopper le cou du sujet de compresses froides. Après la séance, bain ordinaire de 28 à 30 degrés centigrades, ramené au bout de cinq minutes à 20 et 18 degrés, avec friction au gant de crin, puis douche, massage et repos d'une demi-heure dans une couverture. Deux séances par semaine sont suffisantes. (*Rev. de thér. méd.-chir.*, 1er mars 1901.)

CHIRURGIE

Symptômes et traitement du cancer de l'œsophage. — M. Albu attire l'attention sur un symptôme peu connu du cancer de l'œsophage, notamment les névralgies intercostales. Ces névralgies, généralement gauches, siègent à la partie inférieure du thorax, et ne présentent aucun caractère qui les différencierait des névralgies idiopathiques ; mais elles résistent aux révulsifs. Aussi, l'existence d'une névralgie intercostale gauche, rebelle et persistante, doit-elle faire songer à la possibilité d'un cancer de l'œsophage, surtout s'il s'y joint une anémie prononcée, et cela même en l'absence de tout autre symptôme. L'auteur a en effet observé des cas où la névralgie était très précoce. Dans un cas, le diagnostic porté par l'auteur fut confirmé au cours d'une laparotomie faite par un autre médecin, lequel avait songé, en l'absence d'acide chlorhydrique libre, à un cancer de l'estomac. Cette observation est intéressante encore à un autre point de vue : l'examen histologique d'un fragment de tissu ramené par la sonde avait donné des résultats négatifs.

En ce qui concerne le traitement, M. Albu est contre le cathétérisme systématique : par les traumatismes fréquents et l'irritation continue, ce dernier ne peut que hâter la marche destructive du processus. Il préfère recourir aux aliments liquides, qui peuvent prolonger très longtemps la vie des malades. Il en est de même de l'alimentation rectale. La gastrostomie n'est qu'un *ultimum refugium*. (*Wratch*, 1900, n° 36.)

S. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux. — *Médecine.* — Question donnée : « Syphilis rénale. » — Questions restées dans l'urne : « Complications des cardiopathies. — Péricardites chroniques ».

Chirurgie. — Le jury de ce concours est provisoirement composé de MM. Richelot, Panas, Gérard-Marchant, Polaillon, Poirier, Duplay, d'Heilly.

Écoles de médecine. — *Reims.* — Par arrêté ministériel, en date du 4 mars 1901, un concours s'ouvrira le 28 octobre 1901 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux chimiques à ladite école. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marine. — M. le médecin principal Gazeau, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller servir à la prévôté du 5e dépôt des équipages de la flotte à Toulon, en remplacement de M. le docteur Infernet.

M. le médecin principal Le Franc, du cadre de Brest, est désigné pour servir au 6e d'infanterie coloniale dans ce port, en remplacement de M. le docteur Gouzer.

M. le médecin de deuxième classe Bérard, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur la *Melpomène* (école des gabiers), en remplacement de M. le docteur Gassien.

M. le médecin principal Hervé est désigné pour embarquer sur le *Charlemagne*, en remplacement de M. le docteur Bourat.

MM. les médecins de première classe Bonnescuelle de Lespinois, du cadre de Toulon, et Castagné, du cadre de Brest, sont désignés pour aller servir aux troupes en Indo-Chine, en remplacement de MM. les docteurs Préboist et Marestang, médecins-majors, le premier au 10e régiment, le second au 11e régiment d'infanterie coloniale.

École de médecine indigène à Tananarive. — En 1896, peu de temps après la colonisation française à Madagascar, une école de médecine indigène fut créée à Tananarive. Cette école, où les cours sont professés par des médecins français, est aujourd'hui très prospère et les jeunes gens qui ont suivi pendant quatre ans les cours viennent d'obtenir leur diplôme de docteur après un examen de sortie subi par tous d'une façon brillante. Ces jeunes médecins malgaches vont faire partie du corps des médecins de colonisation, créé en octobre dernier, en vue de doter chaque circonscription de l'île d'un praticien indigène capable de donner à ses compatriotes des soins médicaux en vulgarisant les principes d'hygiène.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hartmann commencera son cours de médecine opératoire au grand amphithéâtre de l'École pratique, le vendredi 8 mars, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures. — Objet du cours : Médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale des maladies de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

M. Langlois commencera ses conférences de physiologie au petit amphithéâtre de la Faculté, le vendredi 8 mars, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

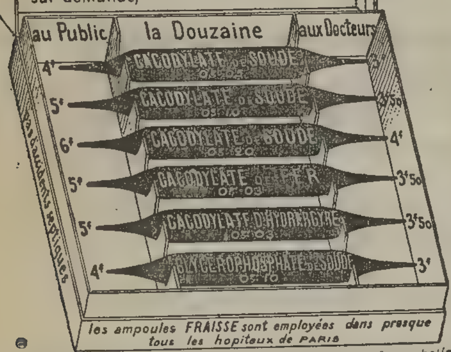
M. Thiéry commencera ses conférences d'anatomie au grand amphithéâtre de l'École pratique, le vendredi 8 mars, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à trois heures.

M. Varnier commencera son cours complémentaire d'accouchements au grand amphithéâtre de l'École pratique, le samedi 9 mars, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à six heures.

M. Broca (André) commencera ses conferences de physique médicale à l'amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté, le lundi 11 mars, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


au Public
la Douzaine
aux Docteurs
CACODYLATE DE SOUDE
CACODYLATE DE FER
GLYCÉROPHOSPHATE DE SOUDE
les ampoules FRAISSE sont employées dans presque tous les hopitaux de PARIS



N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 9 MARS 1901. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le syndrome addisonien; ses formes cliniques; son traitement, par M. E. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDICAMENTS NOUVEAUX. Le dormiol. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Le syndrome addisonien; ses formes cliniques; son traitement.

Par M. E. GUIHAL, interne des hôpitaux.

Caractérisée, dans sa forme classique, par des signes très spéciaux et une évolution particulière, la maladie d'Addison semble occuper dans la nosologie une place absolument à part, surtout si l'on veut bien la considérer comme un syndrome, dont la pathogénie et les lésions anatomiques correspondantes ne sont pas suffisamment éclairées pour l'élever au rang de maladie. Ce syndrome présente cependant une très grande variabilité clinique, mise en lumière par la plupart des travaux récents. Nous avons pensé qu'il était utile de réunir les documents épars et d'en présenter un résumé succinct. Sans nous occuper des théories pathogéniques ni des faits anatomo-pathologiques, nous essaierons de montrer, au point de vue clinique, les variations symptomatiques que peut subir le syndrome addisonien ; puis dans la seconde partie de cette étude, nous étudierons la thérapeutique de cette affection qui ne pardonne guère, et en particulier le traitement opothérapique.

I

FORMES CLINIQUES. — Peu de syndromes sont aussi bien caractérisés que celui d'Addison, si l'on se reporte aux premières observations publiées, consignées dans les thèses de Martineau (1863) et de Guermonprez (1875). Il est facile d'en tracer un tableau pour ainsi dire schématique. Nous exposerons d'abord cet aspect classique de la maladie, ce qui nous permettra de mieux faire ressortir ensuite les difficultés d'interprétation que soulèvent certaines observations publiées depuis. Puis nous étudierons les variantes purement symptomatiques relevant, soit de la prédominance d'un symptôme, soit de la présence de signes anormaux. Dans un troisième chapitre nous passerons en revue les anomalies d'évolution et de terminaison du syndrome. Enfin nous essaierons de montrer dans quelles limites le terrain peut modifier le processus clinique.

Nous occupant exclusivement des variantes symptomatiques, nous laisserons de côté les questions de diagnostic.

I. La maladie d'Addison classique débute lentement, insidieusement, par de la fatigue, de la douleur, des phénomènes gastro-intestinaux. Peu caractérisés d'abord, ces signes s'affirment peu à peu, et, par transition insensible, deviennent des éléments importants du syndrome complet. La fatigue, l'affaiblissement progressif, une lassitude extrême qui ne cède pas au repos, la pâleur de la face, le manque d'appétit et même l'amaigrissement conduisent peu à peu le malade à l'état asthénique. En même temps ou avant ces signes apparaissent des douleurs de siège variable ; épigastre, parois thoraciques, membres, flancs, lombes, puis les vomissements matutinaux qui auront plus tard une si grande valeur diagnostique. Il est de règle, dans la forme classique, que la pigmentation cutanée survienne tardivement, plus ou moins longtemps après l'apparition des autres signes. Disons dès maintenant, pour ne plus y revenir, que ce début est d'allure très variable : dans une observation de Martineau, la mélanodermie se montra quinze mois avant les autres symptômes.

Constitué au bout d'un temps variable, le syndrome classique comprend quatre éléments primordiaux : l'asthénie, les troubles gastro-intestinaux, les douleurs et la mélanodermie.

L'asthénie présente un aspect caractéristique. Brault la décrit en quelques lignes, d'une manière saisissante : « Bien que conscient de tout ce qui se passe autour de lui, le malade reste dans son lit, enfoui sous ses couvertures, tantôt allongé, quelquefois replié sur lui-même dans un état d'apathie très caractéristique. Il semble craindre la fatigue; aussi évite-t-il tout mouvement, ne répond aux questions qui lui sont adressées que s'il y est provoqué à plusieurs reprises ; les paroles sont lentement prononcées, chaque mot nécessitant un effort. De temps en temps, soit après un mouvement plus étendu ou plus soutenu que d'habitude, soit sans cause apparente, les malades restent affaissés, comme plongés dans un demi-sommeil. On arrive difficilement à les alimenter, tellement ils ont l'appréhension du moindre effort, bientôt suivi d'une lassitude que rien ne peut leur faire surmonter. » L'asthénie, sous cette forme, représente le signe le plus constant de la maladie. Martineau insiste sur ce fait, d'une très grande valeur, que la paralysie n'existe jamais ou presque jamais ; c'est purement et simplement de l'asthénie.

L'affaiblissement général auquel conduit l'asthénie est en core augmenté par la présence des troubles gastro-intestinaux. Ces troubles consistent essentiellement en vomissements matutinaux, incolores, ou rarement colorés par la bile, et qui deviennent, dans la suite, opiniâtres et incessants. Ils coïncident avec l'anorexie, qui devient insurmontable, et avec la constipation, qui est la règle.

Les douleurs, quoique fréquentes, ont moins d'importance que les signes précédents. Le siège le plus fréquent de ces douleurs est la région lombaire; on les trouve aussi au niveau de l'épigastre, et dans l'hypocondre en un point que Martineau localise à l'extrémité antérieure de la douzième côte; mais elles peuvent siéger en tout autre point du corps. Exaspérées par le mouvement, mais non par la pression, non irradiées, très irrégulières, elles possèdent peu de caractères spéciaux, si ce n'est peut-être une grande irrégularité d'apparition.

La mélanodermie, qui d'ordinaire emporte le diagnostic, est constituée par une teinte brunâtre à peu près uniforme, surtout marquée aux points où la peau est plus délicate (face interne des membres, face antérieure du tronc et de l'abdomen), dans les régions le plus souvent exposées à la lumière (cou, face dorsale des mains), et enfin là où normalement il existe déjà beaucoup de pigment (mamelon, région inguino-pubienne). Ces caractères sont communs à toutes les pigmentations. Plus intéressantes sont l'aspect et l'évolution du symptôme. Dans sa forme classique, la mélanodermie se présente sous formes de plaques diffuses, de coloration à peu près uniforme, de contours indistincts; sur le fond coloré se remarque une sorte de pointillé plus foncé dû à des papilles minuscules de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. La peau, dit Guermonprez qui a spécialement étudié la pigmentation, est parcheminée, sèche, moins souple et comme atteinte d'une vieillesse hâtive. La coloration respecte d'ordinaire les ongles, les paupières et les cheveux qui peuvent cependant participer à l'hyperchromie. Les muqueuses ne sont pas indemnes, ce qui a une grosse valeur diagnostique : les gencives, puis les lèvres, les joues et enfin la langue présentent une coloration rappelant celle de certains chiens de race; la conjonctive n'est pas colorée dans les cas classiques. L'évolution du symptôme a été très étudiée par Guermonprez, qui la compare à celle de la pigmentation chez le nègre. C'est par la face que commence le dépôt de pigment, qui s'étend ensuite au reste du corps.

Sans insister sur les autres signes très divers qui peuvent se surajouter au syndrome, et que nous écartons hors de notre cadre, nous dirons un mot de l'évolution de la forme classique. Cette forme marche lentement et progressivement en un temps qui varie de un à trois ans. L'asthénie, les troubles digestifs, l'intoxication générale de l'organisme aboutissent à un véritable état de cachexie, et à la mort au milieu de phénomènes comateux ou ataxo-adynamiques. Nous verrons combien cette évolution est variable.

II. Nous devons maintenant étudier les variantes purement symptomatiques, qui sont pour ainsi dire infinies, et, dans le même ordre d'idées, les symptômes anormaux qui parfois ont été assez marqués pour dérouter le diagnostic.

Chacun des principaux éléments du syndrome peut prendre de l'importance au détriment des autres. Chez un grand nombre de malades l'asthénie est prédominante au point de justifier l'épithète de forme asthénique de la maladie d'Addison; dans ces cas la pigmentation ne s'installe que très tardivement, à la période même de cachexie (voir th. Martineau). A cette forme asthénique peuvent s'opposer une forme mélanodermique, une forme douloureuse; la prédominance des phénomènes gastro-intestinaux est beaucoup moins fréquente (sauf chez l'enfant, comme nous le verrons plus loin). Nous n'insisterons pas sur ces classifications tout artificielles.

De même chacun de ces signes, pris en particulier, peut présenter des aspects très divers. Les variétés de mélanodermie sont fort intéressantes. Addison a insisté sur la présence de plaques dépigmentées d'un blanc mat, alternant avec les plaques foncées, ce qui simulait le vitiligo; cette forme est assez rare. D'autres ont noté, au lieu de l'apparence classique, des plaques diffuses de coloration uniforme, sans le pointillé habituel. Gromier, cité par Martineau, a observé une coloration foncée des dents, fait qui reste isolé. Une anomalie de pigmentation très curieuse a été signalée par Trebitsch (1897), qui en a réuni 18 exemples. Il existait de petites taches noirâtres, arrondies, qui se multipliaient sans tendance à la confluence. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic différentiel avec le sarcome idiopathique multiple, le xeroderma pigmentosum et les syphilides maculeuses. Des observations de Trebitsch on peut rapprocher celle de Renner : son addisonien présentait deux signes anormaux. Très pigmentée la peau était couverte de petites saillies verruqueuses, et en outre était le siège d'un prurit intolérable, atroce. Councell (1880) a signalé un fait d'impuissance génitale, au cours d'une forme aiguë très éloignée de la forme classique.

Une foule d'autres signes, moins intéressants, peuvent venir surcharger le tableau clinique de la maladie. N'ayant pas la prétention d'être complet, et voulant seulement donner des exemples, nous terminerons ce chapitre en relatant l'observation de Vollbracht (1899) qui nous semble un exemple très frappant de la variabilité du syndrome. Une fillette de quinze ans rentre à l'hôpital pour des signes très vagues : accès de douleurs abdominales avec localisations péri-ombilicales, vertiges, bourdonnements d'oreilles. Comme éléments addisoniens, il n'existe à ce moment qu'un abattement sensible et une tache brune allongée dans la région lombaire. Au bout de quinze jours, la scène change; il survient des douleurs lombaires, de l'albuminurie, de l'hématurie, et une éruption de purpura; on fait le diagnostic de néphrite aiguë d'allure hémorragique. Un mois plus tard la malade quitte l'hôpital; après quinze mois d'absence, elle y rentre de nouveau, mais présentant cette fois le tableau classique de la maladie d'Addison; coloration bronzée de la peau, amaigrissement, douleurs. Au dire de l'enfant, tous ces signes graves se sont développés en cinq semaines. La mort survint par cachexie; il y eut contrôle nécropsique. Cette observation présente d'ailleurs des difficultés d'interprétation; il est difficile de dire si le syndrome néphritique a été le résultat d'une infection à localisation rénale surajoutée à une maladie d'Addison au début; ou bien si ces signes spéciaux font réellement partie intégrante de la maladie qui devait plus tard emporter la malade.

III. Ces difficultés d'interprétation se retrouvent, mais beaucoup plus grandes, lorsque l'on étudie attentivement les observations qui peuvent rentrer dans le cadre des anomalies d'évolution : formes aiguës d'une part, formes latentes et frustes d'autre part; et la tâche devient dès lors très difficile pour qui veut faire œuvre de classification. Si l'on se

place au point de vue purement clinique, comme nous nous le sommes imposé, il devient nécessaire d'écarter, comme n'ayant aucun rapport avec le syndrome addisonien, tout processus symptomatique qui ne présente pas au moins l'un des éléments du syndrome classique, avec ses caractéristiques spéciales. Il est en effet démontré maintenant que la tuberculose surrénale peut être une trouvaille d'autopsie chez un sujet qui a succombé à une affection aiguë (voir entre autres le cas d'Ewald); et que des lésions surrénales peuvent devenir le point de départ d'un syndrome clinique non addisonien (cas de Sergent et Bernard, de Castaigne). La constatation de lésions des capsules à l'autopsie d'un malade n'est donc pas suffisante pour affirmer que ce malade a été atteint d'une maladie d'Addison plus ou moins étrange dans ses symptômes et dans ses allures; il suffit, par contre, que le malade ait présenté nettement, de son vivant, un élément addisonien cliniquement défini, pour qu'il rentre dans notre cadre.

Sergent et Bernard tranchent la difficulté de la manière suivante. Ils distinguent deux ordres de faits. Dans le premier rentre la maladie d'Addison telle qu'elle a été décrite par les premiers auteurs, et dont la mélanodermie est un élément essentiel; cette maladie, entité clinique bien définie, peut évoluer en dehors de toute lésion surrénale. Il existe d'autre part un syndrome d'insuffisance capsulaire qui correspond à la presque totalité des faits décrits sous le nom de formes fustes de la maladie d'Addison, et qui joue d'ailleurs un rôle important dans la symptomatologie habituelle de cette maladie.

Il nous semble qu'il y a avantage, au point de vue clinique, à réunir ces deux catégories sous le nom de syndrome addisonien, en attendant qu'une étude plus approfondie de la pathogénie et de la physiologie pathologique ait élucidé tous les points obscurs. Jusqu'ici nous avons vu que chacun des éléments addisoniens peut varier, presque à l'infini; il importe de dire maintenant que chacun d'eux, et notamment la mélanodermie, peut disparaître complètement; ainsi sont constituées les formes frustes de la maladie d'Addison; il s'agit bien là d'un syndrome clinique addisonien, mais il est incomplet, il est fruste. Les malades de Senhouses Kirkes (1857), de Gull (1863), de Carpentier (1896) ont tous présenté une asthénie, plus ou moins profonde, mais caractéristique, des douleurs lombaires, des phénomènes gastro-intestinaux; ils n'étaient pas pigmentés. Les observations de Dieulafoy (1898) et de Bressy (1898) donnent deux exemples précis de ces syndromes frustes.

Le tuberculeux de Dieulafoy arrive à l'hôpital en proie à une lassitude extrême, une somnolence invincible, sans trace de paralysie; pâle, immobile, il reste blotti dans son lit; cette asthénie est tout ce qui subsiste du syndrome addisonien. Le malade de Bressy présente des douleurs lombaires, sans irradiations, très irrégulières; ce sont bien des douleurs addisoniennes; et cependant l'asthénie est peu marquée, il y a plutôt une sorte d'état neurasthénique; les vomissements, espacés, n'attirent pas l'attention. Ces deux sujets étaient atteints de tuberculose surrénale et, cliniquement, de formes frustes de maladie d'Addison. Chez un vieux paludéen, Letulle a observé (1894) une asthénie marquée, des sommets douteux, et une coloration bronzée que l'on mit sur le compte du paludisme; les capsules étaient fibro-caséeuses. Le malade de Achard (1900) n'avait guère que de l'asthénie, jointe à une démarche titubante et à des douleurs fulgurantes; on avait pensé à de la polynévrite ou à une lésion cérébelleuse. Dans toutes ces observations se retrouve au moins l'un des éléments addisoniens.

Par contre le malade de Ewald (1893) qui eut une appendicite, celui de Councell (1890) qui présenta le tableau d'un étranglement interne, celui de Netter et Nattan-Larrier (forme simulant une péritonite) étaient atteints de tuberculose surrénale. Ces observations prouvent soit que la lésion surrénale peut évoluer silencieusement jusqu'à ce qu'une infection aiguë intercurrente emporte le malade, ou bien que la tuberculose surrénale est susceptible de déterminer des processus aigus non addisoniens. Mais rien ne justifie dans ces cas l'épithète de forme latente ou de forme aiguë de maladie d'Addison, si l'on veut conserver à cette expression un sens clinique défini, et si l'on songe que les rapports du syndrome addisonien avec les lésions capsulaires ne sont pas éclaircis. Il est infiniment probable que ces lésions peuvent donner naissance à un certain nombre de processus cliniques, qui, à l'heure actuelle, ne sont pas suffisamment différenciés les uns des autres. Dans ces conditions, il semble préférable de réserver le nom de syndrome addisonien aux faits délimités plus haut.

Avant de parler des divers modes de terminaison de la maladie, il importe de signaler une particularité curieuse de l'évolution addisonienne. Cette évolution, très variable de durée, est d'ordinaire lente; en dehors des cas discutés plus haut, et qui ne rentrent pas dans notre cadre, il n'existe pas de maladie d'Addison aiguë. La marche de cette affection, lente d'allure, peut être coupée de rémissions plus ou moins longues, qui peuvent rendre difficiles les inductions thérapeutiques. A ce propos nous citerons le cas très intéressant publié par Cervellini (1896). La maladie avait débuté par une débilité générale et des douleurs à l'épigastre; quelque temps après, surviennent de la mélanodermie et des phénomènes gastro-entériques qui imposèrent le diagnostic à l'entrée. Au cours du séjour à l'hôpital, l'ablation d'un testicule tuberculeux amena une régresssion progressive de tous les symptômes, qui semble avoir persisté depuis. S'agit-il vraiment d'une guérison, comme dans le cas de Béclère (cité plus loin), ou bien d'une longue rémission?

Il existe trois modes de terminaison principaux du syndrome addisonien. La mort arrive le plus habituellement au milieu d'une cachexie complexe, qui relève à la fois de l'asthénie addisonienne devenue menaçante, de l'intensité des troubles digestifs, et de la tuberculose pulmonaire concomitante : c'est la terminaison classique. Dans d'autres circonstances, c'est une infection aiguë qui vient surprendre un organisme dont les moyens de défense se trouvent affaiblis par une maladie d'Addison. Dans l'observation de Ménétrier (1900) la maladie avait marché lentement jusqu'au jour où une angine enleva le malade. La terminaison par mort subite est plus intéressante. La mort subite a lieu le plus souvent par syncope; elle peut cependant se produire au milieu des convulsions (nous reviendrons sur ces convulsions à propos de la forme infantile), ou bien encore dans le coma.

Addison (1855 et 1858), Thompson (1856), Bennett (1856), Fresne (1857), Martineau (1864, convulsions), Binot (1893, convulsions), Knowsley-Sibbley (1896) ont publié des cas de mort subite venant brusquement terminer une forme classique de maladie d'Addison. Mais en ces dernières années, ce mode de terminaison a surtout été signalé dans les formes frustes, dans celles qui constituent le syndrome d'insuffi-

sance capsulaire de Sergent et Bernard. Pour ces auteurs, la mort subite relèverait toujours d'une insuffisance capsulaire. Quoi qu'il en soit, les malades de Letulle (1894) de Shar (1895, coma), de Haussmann (1896), ceux déjà cités de Dieulafoy, de Bressy et de Achard moururent tous subitement; or toutes les formes frustes que nous avons pu réunir se sont ainsi terminées brusquement, ce qui tend à les différencier de la forme classique, où la mort subite est l'exception.

IV. On connaît peu de choses précises sur les variations que le terrain peut imprimer à la marche et à l'aspect de la maladie. Nous avons souvent parlé, chemin faisant, de l'importance de la tuberculose pulmonaire concomitante; d'autres affections, telles que la syphilis, la lèpre, survenant au cours d'une maladie bronzée, peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic. Nous parlerons seulement ici de la maladie d'Addison chez l'enfant. Ce sujet a été traité dans la thèse de Dézirot (1897-1898).

Sur les 48 cas réunis par Dézirot, la plupart ont trait à des adolescents : c'est dire que la maladie est rare dans le premier âge (un cas dans la première année, un cas à trois ans, un cas à huit ans). Dans l'ensemble, le syndrome addisonien ne s'est trouvé que peu modifié. Rappelons cependant que l'observation de Vollbracht étudiée plus haut est celle d'une fillette de quinze ans.

Comme débuts exceptionnels, on a observé la chorée, la chlorose, les cardiopathies, les convulsions. Le syndrome constitué présente quelques particularités. La grande importance des signes gastro-intestinaux est remarquable : bien souvent ils dominent la scène. La diarrhée (nous avons vu que la constipation est plus fréquente chez l'adulte), les vomissements, peuvent, au moment des recrudescences, s'associer à de la fièvre et à des convulsions; nous voici bien près de la forme péritonitique de Netter et Nattan-Larrier. Les douleurs sont moins fréquentes. Au point de vue de la pigmentation, on peut noter la coloration des ongles, non signalée chez l'adulte; les ongles étaient noirs dans le cas de Cowan et Fernie, jaunâtres chez un malade d'Erio Castoldi et chez un de Darier (quatorze ans), cités par Dézirot.

Des signes très spéciaux viennent quelquefois se surajouter au syndrome. Dans un cas de Dézirot, il y avait eu de l'incontinence d'urine trois mois avant tout autre symptôme; elle est relatée aussi dans une observation d'Aldès et une de Sturges. La fréquence des convulsions est intéressante; elles peuvent survenir, soit au début, soit au cours de la maladie, soit dans les dernières heures; on n'a pas observé de lésions encéphaliques. Les convulsions ont été également notées chez l'adulte, dans plusieurs observations; mais il est permis de se demander si, au moins en dehors de l'enfance, ces phénomènes convulsifs, si remarquables au cours d'une maladie asthénisante, ne sont pas la conséquence d'un tubercule cérébral.

Enfin la mort subite est très fréquente chez l'enfant. Dézirot la note 10 fois sur 48.

Telles sont, esquissées à grand trait, les principales variantes du syndrome addisonien. On le voit, ainsi que nous le disons au début de cette étude, ce syndrome, très caractérisé dans ses formes complètes, comporte une telle variabilité d'aspect clinique que certaines observations deviennent très difficiles à interpréter et à classer. La lumière se fera le jour seulement où l'on aura élucidé ce qui, dans les complexus morbides observés, revient aux lésions capsulaires, aux lésions nerveuses, et enfin aux infections concomitantes.

II

Traitement. — Il serait inexact de dire que le thérapeute se trouve complètement désarmé vis-à-vis de la maladie d'Addison. Si l'on met à part l'opothérapie que nous étudierons en dernier lieu, il existe un traitement symptomatique qui se trouvera d'autant plus éclairé que l'on connaîtra mieux la pathogénie des signes cardinaux du syndrome addisonien. Nous diviserons donc ce chapitre en deux parties principales : dans la première nous dirons quelques mots du traitement symptomatique; dans la seconde nous étudierons l'opothérapie.

I. Le régime alimentaire, tout d'abord, présente une grosse importance. La présence habituelle d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, la déchéance générale de l'organisme semblent fortement indiquer la suralimentation. Mais il importe d'autre part de diminuer autant que possible la formation des toxines d'origine intestinale, de surveiller de près la perméabilité rénale et enfin de tenir compte de l'état gastro-intestinal, tous éléments peu favorables à la suralimentation. La prescription d'un régime alimentaire pour un cas donné devra s'appuyer sur une interprétation judicieuse de ces divers facteurs. Le régime lacté rendra de grands services dans les périodes d'intolérance; mais il se prête peu à la suralimentation; aussi devra-t-il bientôt s'associer, si cela devient possible, à la viande crue, aux poudres de viandes récemment préparées, puis aux œufs, aux viandes blanches. Tout aliment capable d'augmenter les fermentations intestinales sera rigoureusement écarté. Trop souvent ces essais de suralimentation ne peuvent être que de courte durée; et de nouveaux phénomènes d'intolérance commandent le régime lacté.

L'emploi des toniques médicamenteux est subordonné, comme le régime, à la perméabilité rénale et surtout au degré de tolérance stomacale. Robin a prescrit avec succès chez un addisonien cachectique avancé des injections sous-cutanées de glycérophostate de soude (0gr20 au début). Le quinquina, l'arsenic et l'huile de foie de morue ne possèdent pas ici d'indications spéciales.

Contre les douleurs les meilleures pratiques sont les moyens externes, tels que le stypage au chlorure de méthyle, les pulvérisations d'éther, les pointes de feu dans la région épigastrique. L'antipyrine, le salicylate, la morphine doivent être prescrits avec beaucoup de réserve, chez des malades qui sont presque toujours en imminence d'urémie. Enfin les vomissements réclament l'emploi des moyens habituels : potion de Rivière, boissons gazeuses et glacées, eau chloroformée. On a vanté aussi les inhalations d'oxygène et la faradisation (Jaccoud); les bains sulfureux ont été conseillés par Peter : ces pratiques n'ont pas donné de résultats assez constants pour pouvoir être conseillées (1).

II. L'opothérapie surrénale a suscité un nombre considérable de travaux qui se trouvent résumés dans les thèses de Langlois, de Dupaigne, de Hemet, et dans le mémoire de Gilbert et Carnot. Renvoyant à ces thèses pour le détail des observations, nous nous bornerons à donner un exposé succinct de la question. On le verra, il n'existe qu'un seul cas, celui de Béclère, où la guérison ait été obtenue.

(1) Voir Plicque. *Presse méd.*, 1899, p. 7.

En 1856, Brown-Séquard constatait que l'ablation totale des capsules surrénales entraîne rapidement la mort de l'animal en expérience; et en 1858, il observait que la transfusion du sang d'un animal sain à un animal décapsulé à l'agonie peut le rappeler à la vie. A la suite de nombreux travaux dont on trouvera le détail dans la thèse de Langlois, la plupart des physiologistes admirent que la glande surrénale possède une sécrétion interne inconnue dans sa nature et dont la suppression entraîne rapidement la mort. Comme, d'autre part, il est démontré que, dans un grand nombre de cas, le syndrome addisonien est bien lié à une destruction pathologique des surrénales, il a semblé que les données précédentes pouvaient devenir le point de départ d'une thérapeutique vraiment pathogénique : s'opposer à l'évolution addisonienne en restituant à l'organisme le produit antitoxique qu'il a perdu. L'opothérapie se propose d'arriver à ce but en faisant absorber au malade soit de l'extrait capsulaire, soit des glandes surrénales en nature : elle n'est donc justifiée que si cet extrait, cette glande séparée de l'organisme, conservent les propriétés antitoxiques de la glande vivante (Gilbert et Carnot), ce qui est encore loin d'être démontré. Telles sont les principales difficultés que soulève le problème thérapeutique.

Que sait-on de précis, au point de vue expérimental, sur l'extrait capsulaire, sur les phénomènes qui suivent son absorption? Les auteurs ne s'accordant complètement sur aucun point, nous suivrons, autant que possible l'ordre historique. En 1892, Langlois et Abelous injectèrent de l'extrait aqueux à des cobayes décapsulés; ils obtinrent une survie égale au double de celle des animaux témoins, ce qui est bien peu de chose ; néanmoins les secousses convulsives furent supprimées. La même année, Brown-Séquard obtint de même une survie de trois à sept heures et la disparition des convulsions. Abelous et Langlois, avec des greffes, ont noté, chez la grenouille, des survies de cinq à dix jours. Gilbert et Carnot font remarquer que, les greffes ne prenant pas, cette méthode équivaut à une injection prolongée d'extrait. La se bornent les essais d'opothérapie expérimentale, les autres auteurs ont surtout cherché à élucider l'action de l'extrait sur des animaux non plus décapsulés, mais sains, et à déterminer sa toxicité.

Dès 1879, Foa et Pellacani reconnaissent les premiers que les solutions aqueuses de parenchyme surrénal frais sont extrêmement toxiques. plus toxiques que tous les autres parenchymes qu'ils ont étudiés. Malgré les objections de di Mattéi (1886), qui met les accidents sur le compte d'une septicémie rapide, Foa et Pellacani maintiennent leurs premières conclusions et affirment que l'extrait surrénal possède une action toxique particulière, dont la principale caractéristique anatomo-pathologique est de produire une coagulation sanguine intra-cardiaque.

Alezais et Arnaud (1889), reprenant les objections de Mattéi, affirment que, si l'on a soin de filtrer l'extrait avec une asepsie rigoureuse, cet extrait ne se montre pas toxique. Les accidents graves obtenus par les autres auteurs s'expliqueraient par le développement très rapide de ptomaïnes dans une substance organique très altérable. Dès lors la plupart des auteurs, en face de ces résultats contradictoires, se préoccupent moins de déterminer la toxicité du poison que d'étudier son action physiologique. Cependant, Gluzinski, en 1895, affirme de nouveau que l'extrait surrénal est plus toxique que celui des autres organes. Au moyen d'injections intraveineuses d'extrait glycériné, il provoque la mort qui survient au milieu d'une dyspnée progressive et d'une paralysie généralisée; quand on emploie la voie sous-cutanée, les animaux résistent plusieurs jours. Swalle (1897) déclare, d'après un grand nombre d'expériences, qu'il est impossible de fixer la dose toxique pour le lapin.

Si l'accord n'est pas fait sur la toxicité de l'extrait, par contre il semble bien démontré que cet extrait possède une action vaso-constrictive marquée.

Oliver et Schaffer (1894) les premiers, puis Cybulski en 1895 étudièrent cette action vaso-constrictive. Après l'acapsulation, les animaux ont une tension sanguine très faible; or une injection d'extrait aqueux relève la pression pendant quatre ou cinq minutes ; chez des animaux sains il y a également élévation passagère de la tension.

Cybulski pense que la substance agit sur les centres nerveux; en effet, si l'on coupe la moelle cervicale avant l'injection, l'effet tonique vasculaire ne se produit plus. Au point de vue de la toxicité, Cybulski admet qu'il faut de fortes doses pour tuer un lapin. Velich (1896) confirme les résultats précédents; mais il affirme que l'effet vaso-constricteur persiste après la section du bulbe, des nerfs splanchniques, et même après une destruction complète de la moelle. Aussi Gottlieb (1896) pense-t-il que l'extrait agit sur les ganglions du cœur et des vaisseaux. C'est également l'avis de Barraud (1897).

D'autres auteurs ont essayé de dissocier l'ensemble complexe de l'extrait organique et d'en extraire un certain nombre de substances mieux définies dans leur nature et dans leur mode d'action. Gourfeim (1895) reconnaît dans l'extrait surrénal deux groupes de substances : les unes, précipitables par l'alcool fort, et inactives; les autres solubles dans ce véhicule, et très toxiques. Dubois, en 1896, reprend la question dans un long travail; il cherche les causes de la variabilité d'action des extraits et pense que cette variabilité dépend :

1° De l'animal injecté. Un animal fatigué présente une résistance bien moins grande; il y a des susceptibilités individuelles très variables.

2° De l'animal qui a fourni les capsules. La toxicité est plus forte chez un sujet jeune, dans les espèces sauvages, chez un animal surmené ou nourri de substances avariées.

3° Du mode d'extraction des extraits. La région médullaire semble plus active que la corticale. De plus l'alcool à 90 degrés dissout une substance qui produit la paralysie progressive, l'affaiblissement des pulsations cardiaques, la mort par asphyxie. Il précipite au contraire, dans les solutions aqueuses ou glycérinées, une substance vaso-motrice qui n'est pas toxique et pourrait être utilisée dans les essais thérapeutiques.

Enfin Caussade (1896), en faisant pendant plusieurs mois des injections d'extrait à des cobayes, a obtenu une hypertrophie des capsules qui a persisté plusieurs mois après la cessation des injections. Ces faits intéressants tendraient à prouver que l'opothérapie peut rendre des services en favorisant l'hypertrophie compensatrice des portions de glandes restées saines, mais qu'elle ne saurait rendre à l'organisme acapsulé le produit de sécrétion des glandes détruites.

Tel est l'état actuel de la question au point de vue expérimental. Si l'on entre dans le domaine de la clinique, les résultats obtenus sont peut-être encore moins nets. En effet nous avons dit plus haut que, pour justifier l'emploi général de l'opothérapie surrénale, il faudrait démontrer d'abord

que les propriétés antitoxiques de la glande vivante sont transmissibles à l'extrait. Il convient de dire maintenant que, pour justifier l'emploi de la méthode au cours de la maladie d'Addison, il faudrait admettre d'abord que le syndrome addisonien est et ne peut-être que l'expression clinique de l'insuffisance capsulaire. Or cela n'est pas absolument démontré, puisque expérimentalement on n'a pu reproduire qu'un seul symptôme, l'asthénie. Cette double obscurité qui règne d'une part sur la nature et la valeur physiologique de l'extrait proposé et d'autre part sur la pathogénie même de la maladie à soigner permet de prévoir combien les effets thérapeutiques seront variables. Enfin d'autre faits augmentent encore les difficultés d'interprétation. La maladie d'Addison, nous l'avons vu, présente souvent une évolution fort capricieuse, pendant un temps plus ou moins long, il peut exister des rémissions capables même de simuler une guérison. On a vu ces rémissions survenir après l'emploi de l'arsenic (Bouchard), de l'extrait thyroïdien (de Cerenville), et même après le repos pur et simple.

Un simple exposé rapide des principales observations publiées suffit à montrer la variabilité considérable des résultats obtenus. A l'exemple de Gilbert et Carnot, nous diviserons les faits en quatre catégories : ceux où le traitement a paru nocif, ceux dans lesquels il n'a donné aucun résultat, ceux où l'un des symptômes s'est amélioré, et enfin le cas de guérison de Béclère.

Dans la première catégorie rentrent les cas de Foa et Pellacani, dont les malades succombèrent rapidement après les injections d'extrait aqueux. Pitres (1895) rapporte l'observation de deux hommes chez lesquels les injections ont déterminé, outre une irritation très douloureuse, une aggravation de l'état général.

Les cas où le traitement n'a donné aucun résultat sont plus nombreux, En 1892, Abelous, Langlois et Charrin, pour la première fois, pratiquèrent des injections d'extrait à un addisonien : c'était un tuberculeux avancé, qui succomba rapidement; on constata seulement une abondante diurèse comme dans le traitement thyroïdien du myxœdème. Deux ans plus tard, Chauffard pratique sans succès des injections glycérinées d'extrait capsulaire. La même année Langlois (Th. Mahé, 1894) n'obtint aucun résultat chez un malade qui refusa le traitement à cause des douleurs très intenses que provoquaient les piqûres (injections tous les deux jours) ; un autre cas de Langlois, plus encourageant, rentre dans le cadre des observations favorables. L'observation de Grainger Steward (1894) est négative. En 1895 Darier traite un jeune homme de dix-sept ans, chez qui la pigmentation avait débuté plusieurs années auparavant, avec des injections glycérinées pratiquées tous les deux jours. L'amélioration fut extrêmement douteuse, et le quinzième jour survint un phlegmon de la fesse qui interrompit le traitement. Enfin Murrel (1896) publie une observation également négative. Les autres observations de ce groupe ont trait à des malades traités non plus par l'injection d'extrait, mais par l'ingestion de glandes fraîches. Des trois cas de Marie (Th. Epelbaum, 1895, et Dupaigne, 1896) l'un est absolument négatif. En 1897, Galliard traite par l'ingestion de capsules surrénales une addisonienne sans obtenir non plus de résultat notable.

Le troisième groupe comprend les cas assez nombreux où fut notée l'amélioration plus ou moins durable d'un symptôme. Dans l'une des observations publiées dans la thèse de Mahé (1894), les injections, pratiquées tous les deux jours, furent bien supportées; au bout d'un mois l'asthénie était très améliorée malgré le mauvais état pulmonaire ; mais le malade est parti sans laisser de nouvelles. La même année, Moragliano constate une diminution considérable de l'asthénie, dès la deuxième injection. Rolleston (1895) fit boire l'extrait à un malade chez qui les vomissements disparurent. Faisans (communic. orale, th. Dupaigne) dit avoir obtenu la disparition de la mélanodermie malgré la persistance des autres symptômes. Son observation reste isolée; en effet dans tous les autres cas favorables publiés (sauf celui de Béclère), c'est la diminution de l'asthénie qui a été notée, ce qui tend à faire supposer que cette asthénie est plus directement sous la dépendance de l'insufisance capsulaire que les autres éléments du syndrome addisonien.

Les deux cas publiés par Marie dans la thèse d'Epelbaum (1895) enregistrent une forte amélioration de l'asthénie ; et cependant en tête de ces observations l'auteur indique qu' « elles ont trait à des individus sans valeur morale, et dont toutes les affirmations doivent être tenues pour suspectes ». En février 1896, Dieulafoy présenta à son cours une malade chez qui le traitement amena une sédation générale de tous les signes fonctionnels et particulièrement de l'asthénie; cette amélioration cessait dès que la malade, reprenant son travail, abandonnait le traitement. Osler et Dupaigne publient en 1896 deux cas favorables ; chez le malade de Dupaigne une résistance plus considérable à la fatigue fut prouvée à l'aide de l'ergographe, mais peu après le malade mourait subitement. Spillmann, la même année, obtient une amélioration passagère avec réapparition des forces; mais après une altercation l'asthénie se manifeste de nouveau. Schilling (1897) publie le cas d'un jeune garçon pris au début, amélioré par l'opothérapie et considéré même comme guéri; puis emporté rapidement par un syndrome toxique relevant d'une pneumonie. En 1898, Widal, Hayem observent une disparition passagère de l'asthénie, mais leurs malades succombent peu de temps après le début de la maladie. Enfin Vollbracht (1899) a fait prendre des tablettes de capsules surrénales à une addisonienne, dont l'observation est d'ailleurs très intéressante au point de vue clinique; il y eut une amélioration très passagère.

Béclère a publié le seul cas connu de guérison. Il s'agit d'un malade chez qui le syndrome addisonien, très net, semblait devoir être fatal à brève échéance. Du 18 octobre au 15 novembre 1894, il ingère quotidiennement des capsules surrénales crues et hachées de mouton, de bœuf, de veau, en moyenne deux capsules par jour ; du 16 novembre au 4 mars 1894, Béclère substitue à l'injection des injections d'extrait hydro-glycériné, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes par jour. Ce n'est que deux mois après le début du traitement, en janvier 1895 que commence l'amélioration progressive de tous les symptômes, qui aboutit à la guérison complète. Cette guérison s'est maintenue depuis et le malade, devenu fonctionnaire subalterne de l'Assistance publique, s'acquitte facilement de fonctions assez fatigantes. Au lieu des améliorations rapides mais passagères observées par les autres auteurs, il s'agit ici d'une guérison lente, mais durable. Le cas reste isolé.

Sans essayer de tirer de conclusions de ce qui précède, nous terminerons cette étude par quelques mots relatifs à la pharmacologie des extraits. Nous donnerons seulement la formule de l'extrait hydro-glycériné d'Arsonval. Il prescrit :

Capsules surrénales fragmentées, 10 grammes, à ma-

cérer vingt-quatre heures dans : glycérine à 30 degrés, 10 grammes.

Eau bouillie contenant 25 grammes de sel marin par litre, 10 grammes. Filtrer sur papier et stériliser au moyen de l'acide carbonique sous pression. Pour les injections, diluer d'une quantité égale d'eau bouillie.

Béclère, nous l'avons dit, a employé des capsules fraîches de mouton et surtout de veau. La capsule décortiquée et hachée menue forme une sorte de bouillie que l'on additionne de viande crue hachée. Béclère prescrivait 20 ou 30 grammes de capsule par jour; mais Hayem n'a pu dépasser 15 grammes et Marie 1 ou 2 grammes.

Dieulafoy s'est servi de la glande desséchée dans le vide (à une température de 20 ou 25 degrés) puis enfermée dans des tubes de gélose. Enfin Maurange (cité par G. Lyon) prescrit de la pulpe peptonisée incorporée à un élixir ou à du vin.

Aucune règle générale ne peut donc être proposée; tout ce que l'on peut dire c'est que l'ingestion de capsules très fraîches a paru donner de meilleurs résultats que les injections d'extrait, et que les doses doivent varier suivant les susceptibilités individuelles.

BIBLIOGRAPHIE (ORDRE ALPHABÉTIQUE)

ABELOUS et LANGLOIS. (Pour les nombreux travaux de ces auteurs, voir les thèses de Langlois, de Dupaigne et de Hemet.) — ACHARD. Soc. méd. des hôpit., 27 avril 1900. — ADDISON. *On the constitutional and local effects of diseases of the suprarenales capsules*, London 1855; — *Med. Times and Gaz.*, 1858. — ALBANÈSE. La fatigue chez les animaux privés de capsules surrénales, *Arch. ital. de biol.*, Turin 1892, XVII, p. 238; — Recherches sur fonctions des capsules surrénales, *Ibid.*, 1893, XVIII, p. 49. — ALEZAIS et ARNAUD. Recherches expérimentales et critiques sur la toxicité de la substance des capsules surrénales, *Marseille méd.*, XXVI, 1889, p. 637; — Recherches sur capsules surrénales, XXVIII, 1891, p. 11, 94, 131, 195. — ALEXANDER. Th. de Fribourg, 1891. — ARRENS. Th. de Paris, 1894. — AUGAGNEUR. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1892. — AULD. *Brit. med. Journ.*, 1894. — BALL. Art. BRONZÉ, *Dict. des sc. méd.* — BARDIER. Historique général du rôle antitoxique des organes, *Presse méd.*, 1896, p. 309. — BARRAUD. Th. de Lyon, 1897. — BARTHÉLÉMY. Deux cas de mélanodermie de symptômes semblables de causes différentes, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1895, p. 351. — BEAVEN-RAKE. Maladie d'Addison associée à la syphilis et à la lèpre, *The Lancet*, 1889, p. 214. — BÉCLÈRE. Soc. méd. des hôpit., fév. 1898. — BENNETT. *Med. Times*, 1856. — BINOT. Soc. anat., 1893. — BOINET. Expériences sur les capsules surrénales, Cong. de Lyon, 27 oct. 1894; — Résultats éloignés de l'ablation des capsules surrénales, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1895, p. 162; — Résistance à la fatigue des rats depuis longtemps décapsulés, *Id.*, p. 273 et 325; — Recherches expérimentales, *Id.*, p. 498, 646, Cong. de Bordeaux, 1895, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 130, 270, 364, Cong. de Montpellier, avril 1898. — BOUNDON. Th. de Bordeaux, 1893. — BRAULT. Art. in *Traité* Charcot-Bouchard, t. V. — BRAULT et PERRUCHET. *Semaine méd.*, 1892, p. 23. — BRESSY. Th. de Paris, 1898-99. — BROWN-SÉQUARD. Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales, *Arch. gén. de méd.*, 1856, VIII, p. 385, 372; — *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1856, p. 412, 425; — Recherches expérimentales sur la physiologie des capsules surrénales, *Moniteur des hôpitaux de Paris*, 1856, t. V, p. 857; — Nouvelles recherches, *Ibid.*, t. V, p. 139, 147; — Nouvelles recherches, *Journ. de physiol. de l'homme*, 1858, p. 160, 173. — BUREAU. *Gaz. méd. de Nantes*, 1893, 4, XII, 33. — CANNES. Soc. de biol., 1897. — CARBONE. Neurine et capsules surrénales, 2e cong. int. de méd., Rome 1894. — CARPENTIER. Th. de Paris, 1896-97. — CAUSSADE. Considérations sur la pathologie de la maladie d'Addison, *Union méd.*, 1895, p. 301, et *Bull. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 67. — DE CÉRENVILLE. Cong. de Montpellier, avril 1898. — CERVELLINI. *Riforma med.*, 1896, n° 154, p. 38. — CHATELIN. Th. de Strasbourg, 1859. — CHAUFFARD. L'intoxication addisonienne, *Semaine méd.*, 1894, p. 74. — COUNCELL. *The Lancet*, 3 mai 1890. — CYBULSKI. Recherches expérimentales sur fonctions des capsules surrénales, *Le Karska*, 23 mars 1897. — D'ARSONVAL. Recherches sur les extraits liquides retirés des glandes et d'autres parties des organes, *Arch. de phys.*, 1891, p. 491; — Influence de l'extrait aqueux des capsules surrénales sur les cobayes acapsulés presque mourants, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 410; — Nouvelles recherches sur les injections sous-cutanées et intraveineuses d'extrait d'organe, *Arch. de phys.*, 1893, p. 200; — Influence heureuse de la transfusion de sang normal après l'extirpation des capsules surrénales chez le cobaye, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 46. — DASTRE et FLORESCO. *Arch. de phys.*, 1897, p. 459. — DE DOMINICIS. Causes de la mort après extraction des capsules surrénales, *Arch. de phys.*, 1894, p. 810. — DÉZIROT. Th. de Paris, 1897-98. — DIEULAFOY. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897-98. — DI MATTÉI. Influence sur organisme d'extrait de capsule surrénale, *Ann. della Soc. di scienze nat.*, Palermo 1886. — DONKIN. *The Lancet*, 1895. — DUBOIS. Note préliminaire sur action des extraits surrénaux, Soc. de biol., 1896, p. 14; — Variation de toxicité des extraits surrénaux, *Arch. de phys.*, 1886, p. 412. — DUFOUR. Th. de Paris, 1894. — DUPAIGNE. Th. de Paris, 1896. — ENGELHARDT. Soc. de Cologne, in *Munch. med. Wochens.*, 11 sept. 1900. — EPELBAUM. Th. de Paris, 1895. — EWALD. *Berl. klin. Wochens.*, 20 nov. 1893. — FAURE. Th. de Paris, 1897-98. — FOA et PELLACANI. *Arch. scienze med.*, 1879, III, p. 24, et 1883, VII, p. 9. — FRAENKEL. Conf. à soc. imp. de Vienne, 13 mars 1896. — FRESNE. *Gaz. des hôpit.*, 1857. — GALLIARD. Soc. méd. des hôpit., fév. 98, et *Gaz. hebd.*, 1897, 6 juin. — GILBERT et CARNOT. *L'opothérapie*, Masson, 1898. — GLUZINSKY. Toxicité de l'extrait surrénal, *Wien. klin. Wochens.*, 1895, n° 14. — GOTTLIEB. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1896, p. 99. — GOURFEIM. Recherches physiologiques sur capsules surrénales, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1893, p. 116; — Sur une substance toxique extraite des capsules surrénales, Ac. des sc., 5 août 1895. — GRATIOLET. Note sur les effets qui suivent l'ablation des capsules surrénales, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1856, p. 468-70. — GRISEL. Th. de Lyon, 1892. — GUAY. Th. de Paris, 1896. — GULL. *Med. Times and Gaz.*, 1863. — GUERMONPREZ. Th. de Paris, 1875. — HAYEM. Soc. méd. des hôpit., fév. 1898. — HALLOT. Th. de Paris, 1897-98. — HEMET. Th. de Paris, 1897-98. — HANSEMANN. *Berl. klin. Wochens.*, 1896. — IHLER. Th. de Paris, 1896. — JACCOUD. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1866. — KALINDERO et BABÈS. Ac. de méd., fév. 1889. — KNOWSLEY-SIBBLEY. *The Lancet*, 1895-96. — LANDOIS. Th. de Paris, 1866. — LANDOUZY. *Presse méd.*, 1895, et *L'opothérapie*, 1898. — LANGLOIS. Th. de la Faculté des sciences, 1897. — LECOMTE. Th. de Paris, 1896-97. — LEFÈVRE. Th. de Paris, 1890. — LETULLE. *Presse méd.*, 1894. — LEVA. *Arch. de Virchow*, Bd. 125, H I, p. 35. — LYON. Thérapeutique de la maladie d'Addison, *Revue de thérap. méd.-chir.*, 1895. — MAHÉ. Th. de Paris, 1894. — MANQUAT. *Thérapeutique*, t. II. — MARAGLIANO. Maladie d'Addison, *Riforma med.*, 4 déc. 1895, n° 55. — MARTINEAU. Th. de Paris, 1863. — MÉNÉTRIER. Soc. méd. des hôpit., 30 mai 1900. — MURRELL. Cas de maladie d'Addison traité par l'extrait surrénal, *The Lancet*, 1896, p. 1289. — NETTER et NATTAN-LARRIER. Soc. méd. des hôpit., 27 avril 1900. — OLIVER et SCHAFER. Action physiologique de l'extrait surrénal, *Journ. of Physiol.*, 1895. — OSLER. Six cas de maladie d'Addison, *Internat. med. Mag. Philad.*, 1896, V, p. 3-11. — PETTIT. Th. de la Faculté des sciences, 1896. — PITRES. Cong. de Bordeaux, août 1895. — PLICQUE. Traitement de la maladie d'Addison,

Presse méd., 1899, p. 7. — PORTIER. Th. de Paris, 1897-98. — RAYMOND. Pigmentation de la maladie d'Addison, *Arch. de phys.*, 1892, p. 429; — Soc. méd. des hôpit., 11 mars 1892. — RENNER. *Ver. Bl. f. Pflæg. Aertze*, vol. XII, n° 3, p. 53.— ROGER. Lésions des capsules surrénales dans infections pneumo-bacille, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1894, p. 52. — ROLLESTON. *Brit. med. Journ.*, 23 et 30 mars, 6 avril 1895. — ROUQUÈS. Th. de Paris, 1895. — SACAZE. Syphilis avec syndrome addisonien, *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 58. — SCHILLING. *Münch. med. Wochens.*, 16 fév. 1897, p. 170. — SENHOUSES KIRKES. *Med. Times and Gaz.*, 1857. — SERGENT et BERNARD. Cong. int., Paris 1900. — SHAR. *The Lancet*, 1895. — SPILLMANN. *Revue méd. de l'Est*, janv. 1896. — STILLING. Hypertension compensatrice des capsules surrénales, *Revue de méd.*, 1888, p. 459. — SWALLE. *Journ. of Physiol.*, 1897. — THOMPSON. *Med. Times*, 1856. — TREBITSCH. *Zeits. f. Klin. med.*, 1897, vol. XXXII, supp., p. 163. — VELICH. *Wien. med. Blæt.*, 1896, n°s 15 à 21. — VOLLBRACHT. *Wien. klin. Wochens.*, 1899, n° 28, p. 737. — WIDAL. Soc. méd. des hôpit., fév. 1898. — WURTZ. *Manuel de médecine*, t. VI. — WEUDLIN. Th. de Paris, 1896-1897.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(6 MARS 1901)

On a continué la discussion sur **le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie**. M. Terrier relate l'observation suivante qui est due à M. Gosset. Une femme de trente-six ans entre à la Pitié le 30 novembre, avec des accidents puerpéraux remontant à onze jours. Le 25, elle a eu un frisson, depuis elle perd des caillots fétides, le pouls est à 168, la température à 39°1, elle a de l'agitation, de la dyspnée. Le col est mou, entr'ouvert; le corps utérin est augmenté de volume; il y a un écoulement fétide.

M. Gosset pratique aussitôt l'hystérectomie abdominale totale. Pas de drainage vaginal, gros drain abdominal. L'opération a duré quarante-cinq minutes. Injections de sérum. Le soir même, la température tombe à 37 degrés; mais elle remonte encore pendant quelques jours à 39 pour tomber définitivement à la normale. La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 13 décembre.

Il faut retenir que dans ce cas, malgré l'intervention, la température n'est tout à fait tombée qu'après quinze jours. La courbe du pouls a suivi celle de la température. Cette malade a reçu jusqu'à 2 litres de sérum par jour.

L'examen bactériologique a montré que le sang ne contenait pas de colonies microbiennes. La sérosité utérine contenait des streptocoques et des microbes anaérobies.

M. Terrier approuve M. Gosset : 1° d'avoir choisi la voie abdominale; 2° d'avoir fait l'hystérectomie totale; 3° de n'avoir pas fait le drainage vaginal.

M. Tuffier rappelle ses premières communications sur ce sujet; il s'applique à poser les indications de l'hystérectomie dans ces cas d'accidents puerpéraux. C'est là la vraie difficulté dans cette question. Pour M. Tuffier, ce sont surtout la métrite aiguë post-partum, la rétention placentaire intra-utérine avec col fermé, la métrite aiguë puerpérale compliquée de fibrome ou de cancer qui sont justiciables de l'opération. Toutefois les indications bien nettes de l'hystérectomie sont très difficiles à poser. Il y a des cas où un simple curetage suffit, il en est d'autres où celui-ci reste absolument sans effets. L'examen du sang des malades a ici une grande importance; lorsqu'on y trouve des staphylocoques on peut considérer ces malades comme vouées à une mort certaine, quand le sang est indemne de microbes, elles peuvent guérir.

M. Tuffier discute le choix de l'opération. Dans ses premiers cas, il a eu recours à l'hystérectomie vaginale, mais il a rencontré de grandes difficultés à cause de la friabilité de l'utérus. Il n'hésite pas aujourd'hui à donner la préférence à la voie abdominale.

M. Tuffier donne une statistique, dont nous n'avons malheureusement pas retenu les chiffres, mais ils sont vraiment encourageants. Il est probable que M. Tuffier a eu la bonne fortune d'intervenir de bonne heure ou d'avoir affaire à des infections modérées pour avoir une statistique aussi différente de celles de ses collègues.

Il faut reconnaître, en effet, avec M. Chaput, que l'hystérectomie abdominale totale, pratiquée dans ces conditions, est une opération extrêmement grave et qui donne le plus habituellement des résultats déplorables. Aussi M. Chaput a-t-il adopté cette conduite : quand il y a des phénomènes d'infection avec empâtement dans les fosses iliaques, il fait un curetage et une ponction des ligaments larges.

Quand cette intervention est restée insuffisante, ou dans les cas plus graves, il fait la laparotomie et le drainage abdomino-utéro-vaginal. Ce drainage a donné à M. Chaput, comme à M. Poirier, de bons résultats. Il a pensé volontiers à cette pratique des bains froids également vantés par M. Quénu. Quant à l'ablation de l'utérus, M. Chaput la considère comme trop grave.

M. Rochard reconnaît que c'est évidemment très grave d'enlever l'utérus chez une femme atteinte d'infection puerpérale. Mais c'est pourtant la seule chance de salut qui reste à ces femmes, quand l'infection atteint un certain degré.

M. Quénu, au cours de la discussion, avait demandé sur quels signes on pouvait se baser pour fixer les indications de l'hystérectomie, ces signes, suivant lui, n'étant pas très nets. A cela, M. Rochard répond qu'indépendamment du pouls et de la température, il y a l'absence de régression utérine qui, à ses yeux, est un signe important d'infection grave. M. Quénu n'accorde, dans l'espèce, aucune valeur au pouls ni à la température; ce qu'il demande, c'est un signe permettant de reconnaître que la cavité utérine est infectée ou qu'il y a eu insuffisance de désinfection du parenchyme utérin.

M. Faure a lu un travail sur le traitement des infections puerpérales par l'hystérectomie vaginale. Il préfère cette voie à la voie abdominale comme moins grave et il se sert de grandes pinces plates à kystes, pour saisir les fragments utérins.

M. Hartmann a fait un rapport sur une observation de M. Auvray, relative à un cas de **rupture de la rate**. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui, à la suite d'une chute grave, présenta tous les signes d'une hémorragie interne. M. Auvray fait la laparotomie, reconnaît que l'hémorragie venait d'une rupture de la rate et pratique aussitôt la splénectomie. C'est le troisième cas de guérison de splénectomie pour rupture traumatique de la rate.

Faut-il intervenir dans les cas de rupture traumatique de la rate? La question peut se poser, car il y a eu des cas de guérison spontanée. On a fait 19 fois la splénectomie, dans ces cas, il y a eu 12 guérisons et 7 morts. Voici comment M. Hartmann tranche la question : dans les cas de rupture de rate saine et non adhérente, il faut faire la splénectomie;

dans les cas de grosse rate adhérente, il vaut mieux se contenter de la suture.

M. Lejars apporte un fait dans lequel, trois semaines après une chute grave sur le côté gauche, apparurent des phénomènes péritonéaux qui nécessitèrent la laparotomie; on découvrit un énorme hématome occupant la loge splénique; on vida la poche, on la draina. Le malade a guéri très rapidement.

M. Terrier a vu une rupture de la rate déterminée par une douche donnée un peu trop fortement. L'incision et le drainage ont amené la guérison.

M. Moty a fait l'autopsie d'un soldat de Langson, mort de choléra, et qui avait eu une rupture traumatique de la rate, sans hémorragie importante.

M. Hartmann revient sur l'importance de la **contracture** dans les cas de traumatismes abdominaux comme signe de lésion grave et comme indication de l'intervention. Les faits de plusieurs de ses collègues et de ses élèves n'ont fait que confirmer cette manière de voir. Il a relevé 27 cas sur lesquels on a constaté 10 fois la contracture et 9 fois on est intervenu avec succès; 17 fois la contracture a manqué et les malades ont guéri sans intervention.

M. Hartmann croit donc pouvoir poser comme principe que, chaque fois qu'il y a de la contracture, il existe une lésion péritonéale et il faut intervenir.

M. Walther présente une jeune femme qui s'était tiré une **balle de revolver dans le ventre**. La balle avait traversé le foie, le petit épiploon et était venue se loger dans la paroi de l'estomac. M. Walther a fait, quelques heures après, la laparotomie, a lié l'artère coronaire stomachique et a retiré la balle. La blessée a parfaitement guéri.

M. Tuffier présente un malade qui était atteint d'un **cancer de l'estomac**. Il a fait, il y a trois ans, la gastrectomie et le malade reste parfaitement guéri.

M. Loison présente des **radiographies de calculs vésicaux** chez l'adulte.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le dormiol.

On sait, et Krafft-Ebing dans son *Traité clinique de psychiatrie* y insiste, que l'hydrate de chloral employé longtemps est un poison du cœur, même à doses médicales (3 grammes). Aussi, dans tous les cas où le cœur est touché, même légèrement, cœur gras, athérome, lésions valvulaires, est-il absolument contre-indiqué.

Ces inconvénients ont amené M. A. Claus, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Mortsel (Anvers) à essayer les divers dérivés du chloral.

L'un d'eux, le *dormiol*, ou dyméthyl-éthyl-carbinol-chloral, a retenu plus particulièrement son attention (1).

Le dormiol est un liquide clair, d'un poids spécifique de 1,24 à 15 degrés centigrades. On le mélange aisément à l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol et les huiles. Il se comporte d'une façon très singulière vis-à-vis de l'eau. Si l'on réunit des parties égales d'eau et de dormiol, même après les avoir secouées, le mélange ne se produit pas. Les deux substances se déposent d'après leur poids spécifique. Après quelques heures, le mélange se fait très intimement. Cette solution par parties égales peut servir à faire les solutions qu'on désire. Il suffit d'y ajouter la quantité d'eau qu'on désire à 50 ou 60 degrés.

(1) Cf. *C. R. de la Soc. mentale de Belgique*, 1900.

Les expériences de M. Claus lui ont montré que dans les diverses formes de neurasthénie, chez les aliénés dont l'agitation n'est pas trop forte, les mélancoliques simples surtout, le dormiol est un médicament de choix. Il donne un sommeil réparateur. Dans aucun cas nous n'avons eu d'inconvénient sérieux après son administration. Un neurasthénique avec une lésion valvulaire a pris à différentes reprises le dormiol à la dose de 0g50. Il a bien dormi et la circulation n'a pas été influencée.

Les fonctions digestives ne subissent pas d'influence mauvaise du médicament. Dans deux cas de mélancolie elles se sont beaucoup relevées.

Un léger inconvénient chez les aliénés réside dans le goût peu agréable du médicament. Il y a quelquefois une certaine répugnance chez les malades à le prendre. En ce cas il vaudrait mieux administrer les capsules, mais on n'y parvient pas toujours. Il faut donc souvent user de patience, ajouter un peu de sirop ou employer un subterfuge quelconque (par exemple l'administrer par le nez).

La dose varie entre 0g50 et 2 grammes.

Certains auteurs ont essayé, sans succès, les injections sous-cutanées. Le dormiol ne s'y prête pas pour M. Claus

Ces expériences corroborent bien les idées théoriques de Fuchs et de Koch (1), les recherches cliniques de Meltzer de Coldiz, Schultze (2), Pollitz et Peters.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine légale des aliénés, 2e partie : *Partie civile* (3), par M. V. Krafft-Ebing, traduction française par M. Rémond (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse.

Cette deuxième partie termine l'ouvrage du savant aliéniste autrichien, qui se trouve complété par un travail important de l'auteur paru en 1899, sur la situation des aliénés devant le nouveau code civil allemand, et par des observations du traducteur sur la loi française du 30 juin 1838 et sur le projet de réforme de cette loi, soumis à la Chambre des députés par M. Dubief, rapporteur.

Affections chirurgicales du tronc. *Mamelles. Organes génitaux de la femme. Statistique et observations* (4), par M. Polaillon, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Ce volume forme le 5e fascicule de l'ouvrage : *Statistique et observations de chirurgie hospitalière*, et le 1er fascicule du tome II des *Affections chirurgicales du tronc*. Il a été tiré à part un certain nombre d'exemplaires sous couverture spéciale, sans indication de tome et sous le titre de *Maladies des femmes*, pour les acheteurs qui ne prendront que ce volume.

La pratique de la médecine mentale (5), par M. Kéraval, médecin-directeur de l'asile d'Armentières.

Cet ouvrage condense les conférences élémentaires de pathologie mentale que l'auteur, avec l'autorisation du conseil de l'Université, fait depuis plusieurs années à la Faculté de médecine de Lille.

Elles sont publiées aujourd'hui à la demande même des

(1) *Munch. méd. Woch.*, n° 37, 1898.

(2) *Neurol Centr.*, 15 mars 1900.

(3) In-8° raisin. Prix : 20 francs. — A Paris, chez O. Doin et Librairie du Recueil général des lois et arrêts, 15, rue Soufflot; à Toulouse, chez Gimet-Pisseau, édit., 66, rue Gambetta.

(4) In-8°, 750 p., 71 fig. dans le texte. Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

(5) Gr. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

praticiens et des étudiants qui ont suivi ces leçons et c'est là, déjà, nous semble-t-il, une première garantie de leur intérêt didactique autant que scientifique que vient pleinement justifier, d'ailleurs, la lecture attrayante et instructive de ce livre. Nous ne saurions recommander de guide plus sûr dans le dédale si enchevêtré de la pathologie mentale et nous croyons qu'on ne pourrait trouver une meilleure introduction aux savants et volumineux traités publiés sur ce sujet et dont l'abord est parfois assez difficile au débutant spécialiste et au praticien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décision ministérielle du 23 février 1901, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1901, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. Dubrulle, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort, médecin chef. — M. Lauza, médecin-major de première classe, hôpital militaire de Saint-Martin. — M. Sibille, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Épinal. — M. Cordier, médecin aide-major de première classe, 35e d'infanterie.

Hôpital militaire de Vichy. — M. Carayon, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Rennes, médecin chef — M. Lambert, medecin-major de première classe, hospice mixte de Clermont-Ferrand. — M. Bergounioux, médecin-major de première classe, hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé. — M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, 23e d'artillerie. — M. Idrac, médecin aide-major de première classe, 80e d'infanterie.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — M. Le Rouvillois, médecin-major de première classe, hôpital militaire de Versailles, médecin chef. — M. Rabuson, médecin aide-major de première classe, 138e régiment d'infanterie.

Hôpital thermal de Barèges. — M. Gorsse, médecin principal de deuxième classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne, médecin chef. — M. Cluzant, médecin-major de première classe, hôpital militaire de Toulouse. — M. Vignol, médecin-major de première classe, hospice mixte de Tarbes. — M. Humbert, médecin aide-major de première classe, 18e d'infanterie.

Marine. — M. le médecin de première classe Glérant est désigné pour embarquer sur l'*Isly*, à Lorient, en qualité de médecin de division.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 9e semaine de l'année, 1231 décès, chiffre un peu plus faible que celui de la semaine précédente (1248), mais qui dépasse assez sensiblement la moyenne ordinaire de la saison (1076). Les maladies de l'appareil respiratoire sont la principale cause de cette augmentation. La grippe est assez souvent mentionnée. Il est à craindre qu'elle ne le soit davantage à l'avenir. On remarquera l'élévation, depuis deux semaines déjà, du nombre des décès par phtisie et par maladies organiques du cœur.

La fièvre typhoïde continue à être rare; elle n'a causé que 4 décès, chiffre analogue à ceux des quatre semaines précédentes (la moyenne ordinaire de la saison est 8).

La variole a causé 9 décès; chiffre analogue à ceux que l'on observe depuis six mois; le chiffre exceptionnellement favorable de la semaine précédente (3) pouvait faire espérer une amélioration plus complète. Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins s'élève à 63. On nous prie de rappeler à nos lecteurs que, dans sa séance du 12 février, l'Académie de médecine a émis le vœu suivant :

« Vu la persistance de la variole à Paris et dans la banlieue, l'Académie de médecine estime que les mesures recommandées par M. le Préfet de police conservent tout leur caractère d'utilité, et qu'il importe à la population de continuer à profiter des ressources mises à sa disposition pour la pratique des revaccinations. »

La rougeole continue à être rare; elle n'a causé que 9 décès (la moyenne de la saison est 21). La scarlatine 5; la coqueluche 9; la diphtérie 13, présentent des chiffres voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile, toujours rare en hiver, a causé 24 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 25).

En outre, 42 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 269 décès, au lieu de 276 pendant la semaine précédente et au lieu de 242, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 42 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 66 (au lieu de la moyenne 56); autres maladies de l'appareil respiratoire, 139 (au lieu de la moyenne 130), dont 52 sont dus à la congestion pulmonaire et 70 à la bronchopneumonie. En outre, 28 décès ont été attribués à la grippe (au lieu de 8 pendant la semaine précédente et chiffres analogues pendant les semaines antérieures).

La phtisie pulmonaire a causé 256 décès (au lieu de la moyenne 200); la méningite tuberculeuse, 30 décès; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 65 décès; les maladies organiques du cœur, 87 (au lieu de la moyenne 56), le chiffre de la semaine précédente avait déjà été fort élevé (90); le cancer a fait périr 62 personnes; enfin 66 vieillards sont morts de débilité sénile (au lieu de la moyenne 43).

Faculté des sciences. — M. Le Dantec, chargé de cours, continuera son cours d'embryologie générale le lundi 15 avril, et le continuera les lundis et jeudis, à dix heures et demie. Il traitera de la vie cellulaire et de la formation des espèces.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie gynécologique, par le docteur Paul Petit, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, membre correspondant de la Société anatomique. Préface par Pierre Sébileau, professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8° raisin de 207 p., avec 32 fig. originales, cart. à l'anglaise. — Prix : 16 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par G. Pouchet, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Deuxième série : *Hypnotiques* (sulfonal, trional, hydrate d'amyline, paraldéhyde, uréthane). *Modificateurs intellectuels* (alcool, opium, chanvre indien). Un vol. gr. in-8° de 900 p., avec 56 fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Comment on défend les mères, la lutte contre les accidents de la maternité, par le docteur Georges Petit. Une br. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française, 29, rue de Seine.

Comment on défend sa virilité, la lutte contre l'impuissance et l'anaphrodisie, par le docteur E. Monin, chevalier de la Légion d'honneur. Une broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française, 29, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 30. — MARDI 12 MARS 1901. 74e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1901. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — LA CONTAGION DE LA PNEUMONIE, d'après M. A. JOSSU. — ACCIDENTS PROVOQUÉS CHEZ LE NOURRISSON AU SEIN PAR L'ALCOOL QU'ABSORBE SA NOURRICE; RÉGIME DE LA NOURRICE POUR LES BOISSONS, par M. Ét. GUÉNOT, inspecteur du premier âge, médecin des Enfants assistés de la Seine, etc. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la variole; — Action apéritive du persulfate et du métavanadate de soude. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 11 mars 1901.

A la fin de l'année scolaire 1899-1900, le nombre des étudiants en médecine à la Faculté de Paris était de 4315. A la rentrée des cours au 1er octobre il était de 4166, en diminution de 149 sur l'année précédente. Cette diminution doit, selon toute probabilité, être attribuée au nouveau régime d'études et aux dispositions prises à l'égard des étrangers, pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Le rapport au Conseil de l'Université fait remarquer que chaque nouveau régime d'études, a été constamment marqué à son début par un abaissement du nombre des élèves nouveaux astreints à ce régime. D'autre part, les étrangers se sont montrés jusqu'à présent peu empressés à conquérir le diplôme universitaire qui ne confère pas le droit à l'exercice. Ce qui prouve que la réforme était urgente et que la plupart des étrangers inscrits à la Faculté étaient moins attirés par le bon renom de nos professeurs que par leur désir de s'installer et de vivre dans un pays où on les dispensait des études classiques préalables, et où ils étaient indemnes du service militaire.

Il est à noter toutefois que 60 étrangers ont obtenu ou la dispense complète ou l'équivalence des titres universitaires exigés pour l'inscription à la Faculté de médecine. C'est encore trop. Il faut accuser de cet excès de faveur le ministère de l'Instruction publique, qui cède trop facilement aux sollicitations des ambassades étrangères, au lieu de se retrancher purement et simplement derrière les règlements universitaires.

Sur ce nombre, il y a 14 Russes, 9 sujets de l'empire ottoman, 7 Roumains et 5 Grecs. Les 25 autres sont constitués par des unités, de nationalités les plus diverses.

Le nombre des élèves nouveaux entrés à la Faculté de Paris comme élèves docteurs est de 754, sur lesquels il y a 694 Français et 60 étrangers. La proportion de ceux-ci a, comme on le voit, fort diminué.

379 élèves ont pris directement à Paris leur première inscription; 350 sont venus des Facultés ou Écoles de province.

137 élèves sont venus des Facultés de :

Bordeaux	33
Toulouse	29
Montpellier	23
Lille (libre)	19
— (État)	16
Lyon	14
Nancy	3

81 des Écoles de plein exercice de :

Rennes	43
Nantes	28
Marseille	8
Alger	2

132 des Écoles préparatoires de :

Rouen	22
Poitiers	21
Limoges	15
Caen	14
Clermont	12
Reims	12
Angers	10
Tours	9
Dijon	9
Besançon	5
Amiens	2
Grenoble	1

Enfin, la Faculté, en 1899-1900, a délivré 658 diplômes de docteur : 572 à des Français, dont 7 femmes, et 86 à des étrangers, dont 59 hommes et 27 femmes. Bien que ce rapport au Conseil de l'Université n'en fasse pas mention, il est probable que les 86 docteurs étrangers étaient en cours d'études avant l'apparition des nouveaux règlements, et que, par conséquent, leur diplôme leur confère le droit entier à l'exercice de la profession.

LA CONTAGION DE LA PNEUMONIE

D'APRÈS M. A. JOSSU (1)

Après avoir été longtemps discutée, la nature contagieuse de la pneumonie est aujourd'hui admise par la plupart des auteurs. Déjà l'histoire des épidémies anciennes [épidémies

(1) Th. de Paris, 1901.

de 1348 (Shekins), de 1585 à 1621 (Jean Calle d'Urbino), de Brisgau (Voërster, 1688), de Rome (Lancisi, 1708), de Languedoc (Sauvage, 1710), de Berne (Haller, 1762), etc.] avait montré la fréquence de la contagion pneumonique; mais c'est surtout au XIXe siècle que la théorie de la pneumonie maladie contagieuse a trouvé dans une série d'observations indiscutables et d'importants mémoires son plus sérieux appui.

C'est à Touchet (1838) que revient l'honneur d'avoir le premier dans sa célèbre relation de l'épidémie de Noyers, indiqué avec quelque précision le rôle de la contagion dans la pneumonie. Depuis, les observations se multiplient, et aussi les études d'ensemble sur le sujet. En 1878, Lagout fait paraître un article sur la nature infectieuse de la pneumonie, Hallopeau étudie la doctrine de la fièvre pneumonique. En 1882, Demmler consacre sa thèse à l'étude des pneumonies infectieuses, l'*Union médicale* publie le très important article de Germain Sée, sur le même sujet. L'année d'après, Mendelsohn, dans un travail souvent cité, insiste sur le caractère épidémique que revêt la pneumonie dans certaines conditions, rappelle les cas précédemment cités par les auteurs, et termine en concluant que tous les faits concordent à démontrer, sinon la fréquence de la contagion, du moins la possibilité de cette contagion.

L'année 1884, paraissent deux articles d'ensemble sur la question : l'un de M. Barth, dans la *Revue des sciences médicales*, intitulé : « La pneumonie est-elle infectieuse? » un autre de M. Chaumier sur la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. La thèse de M. Ganivet, sur les pneumonies épidémiques, celle de M. Helme, sur les pneumonies infectieuses, permettent de résoudre affirmativement la question posée par M. Barth. La même année, G. Sée revient, dans son *Traité des maladies spécifiques du poumon*, sur la contagion de la pneumonie : il décrit minutieusement les épidémies locales qu'il divise en quatre catégories : épidémies de prison et de caserne, épidémies de village, épidémies de maison ou de famille, épidémies de ville, et conclut que toutes les observations prouvent que la pneumonie peut, dans certaines conditions, se comporter comme les maladies infectieuses les plus indiscutables, la diphtérie ou la fièvre typhoïde.

L'année 1889 est marquée par la publication d'un mémoire qui fait véritablement époque dans l'histoire des pneumonies contagieuses, du mémoire de M. Netter. Après avoir relaté un très grand nombre d'observations de pneumonies transmises par la contagion, cet auteur étudie les différents modes de contagion, signale la persistance du contage pneumonique, et conclut finalement à la nécessité de mesures prophylactiques. L'article de M. Barbier sur la contagiosité de la pneumonie, la thèse de M. Carlotti sur la contagion de la pneumonie (1893), le mémoire de Lindström viennent confirmer les conclusions de M. Netter. La contagion de la pneumonie devient un dogme classique enseigné dans les traités les plus récents. Enfin, l'année dernière, M. le professeur Grancher a appelé l'attention du monde savant sur la nécessité de mesures de désinfection *pendant* et *après* la pneumonie, et proposé à l'Académie de médecine d'inscrire la pneumonie au nombre des maladies à déclaration obligatoire.

L'*étiologie* de la contagion de la pneumonie a largement bénéficié des progrès de la bactériologie. Pour qu'il y ait contagion, il *faut de toute nécessité que le pneumocoque arrive, par une voie quelconque, de la personne malade au poumon de la personne saine*. Toutes les pneumococcies sont capables de causer la pneumonie, aussi bien une otite ou un abcès à pneumocoques qu'une pneumonie, et Landouzy a justement dit que la contagion n'est pas forcément similaire, qu'elle peut prendre sa source ailleurs que dans la pneumonie et émaner d'une lésion quelconque à pneumocoques, au même titre qu'un érysipèle de la face peut se prendre au contact d'un phlegmon du bras ou d'une septicémie puerpérale.

La contagion de la pneumonie peut être *directe* ou *indirecte*. Lorsqu'il y a *contagion directe*, le véhicule est presque toujours l'expectoration qui, tant que dure la pneumonie, contient des pneumocoques actifs : les autres humeurs de l'organisme sont certainement moins dangereuses, bien qu'elles puissent également contenir ces micro-organismes. Dans d'autres circonstances, ce n'est plus par contagion directe que se propage la maladie, mais bien par *contagion indirecte*. Les vêtements, draps, objets divers ayant été en contact avec le malade, suffisent à propager la pneumonie. Une personne saine peut également servir de véhicule au germe. La contagion directe peut se faire — et c'est là le cas le plus fréquent — au cours de l'affection pneumococcique primitive, mais elle peut se faire plus tardivement, trente, trente-neuf jours, un mois, trois mois et même plus dans certains cas. Aussi, M. Netter a-t-il pu conclure qu'après un intervalle de deux années, mais seulement alors, on pourra se flatter d'être à l'abri de la contagion à longue échéance.

Il est encore un autre mode de contagion intéressant : c'est la *transmission de la pneumonie de la mère au fœtus*. La pathologie expérimentale avait déjà prouvé la possibilité de cette transmission : les observations de Thorner, de Strachan, de Marchand, de Netter, etc., en ont prouvé la réalité au point de vue clinique. La pneumonie peut enfin se transmettre de la mère à l'enfant par l'allaitement : il s'agit là de faits rares, mais cependant parfaitement établis par les cas relatés dans la communication de Bozzolo à l'Académie de Turin et la thèse inaugurale de Aymard.

Que la contagion se produise par voie directe ou par voie indirecte, elle est loin d'être constante : elle est même rare relativement aux cas de pneumonie observés. C'est que deux causes principales jouent encore un rôle primordial dans la contagion de la pneumonie : l'*augmentation de virulence de l'agent infectieux* et la *diminution de résistance du terrain*. Autrement dit le passage du pneumocoque de l'individu malade au poumon de l'individu sain, pour être la cause nécessaire, n'est pas toujours la cause suffisante de la contagion : pour qu'il y ait contagion, il faut encore certaines modifications du côté du germe ou du terrain, modifications que nous devons étudier maintenant.

Diverses, et encore assez mal connues, sont les causes qui font varier la virulence du pneumocoque : suivant les mois, suivant les années (Bauti), on observe de sensibles variations dans la virulence des germes. L'abaissement de la température, les changements de la pression atmosphérique, l'état hygrométrique de l'air jouent un rôle considérable dans les modifications de virulence du pneumocoque et expliquent sans doute l'augmentation de son pouvoir contagieux dans certaines circonstances.

La diminution de résistance du terrain peut être congénitale, comme l'ont montré les études de M. Marchoux. Cet auteur a, en effet, constaté la sensibilité extrême du nègre vis-à-vis de la pneumonie et la diffusibilité rapide de la pneumonie parmi les noirs, comme si le sang de la race nègre était

un milieu de choix pour la culture du pneumocoque. Mais, le plus souvent la diminution de résistance du terrain est acquise, et favorisée tantôt par un état pathologique antérieur (syphilis, grippe), tantôt par la misère physiologique, tantôt encore par l'existence d'une condition locale telle que l'aspiration de poussières métalliques, l'asthme, etc. En somme, le transport du pneumocoque de l'individu malade à l'individu sain est loin de déterminer constamment une pneumonie : il n'est suivi de pneumonie que s'il y a en même temps augmentation de la virulence du germe ou diminution dans la résistance du terrain.

On peut se demander maintenant si les pneumonies transmises par contagion présentent, au point de vue *clinique*, des caractères spéciaux.

La première question qui se pose est celle de la durée de l'*incubation*. Il faut bien savoir que cette durée est éminemment variable, et qu'elle peut s'étendre de vingt-quatre heures, de deux, de trois jours à huit et même onze jours. Netter, qui a pris un chiffre moyen des observations où la durée de l'incubation a pu être déterminée d'une façon précise, a fixé à *cinq jours* la durée moyenne de l'incubation et conclu que c'est ordinairement le *deuxième jour* que le pneumonique était contagieux. Il a enfin fait remarquer que la contagiosité pendant la période d'incubation, prouvée par les fièvres éruptives par des observations concluantes, paraît également démontrée pour la pneumonie par quelques observations.

Après une période d'incubation absolument silencieuse, la pneumonie se développe. Le début est ordinairement celui de la pneumonie banale : cependant, dans quelques cas, l'affection semble être annoncée par une série de petits frissons multiples. Les symptômes généraux sont ceux des grandes intoxications ; enfin, la défervescence est tardive, ne survenant guère que du quinzième au vingtième jour; la convalescence est lente et traînante. Mais il s'agit là d'une terminaison exceptionnelle; dans la plupart des cas la terminaison fatale est observée. Celle-ci survient à des époques variables : au deuxième jour de l'affection, au troisième, au septième ou au huitième; au douzième, au dix-septième, au vingt-troisième. Les complications ne sont pas rares. Tous les auteurs ont noté la fréquence de l'hépatisation grise, l'altération profonde du système nerveux; quelques-uns même ont signalé le passage du pneumocoque dans les vaisseaux sanguins et le développement d'une pneumococcie généralisée consécutive.

Le *pronostic* est donc extrêmement grave, et c'est une vérité qu'il faut bien mettre en lumière que la pneumonie contagieuse est infiniment plus sérieuse que la pneumonie franche; qu'elle tend à suppurer, à faire des complications multiples. Son pronostic est donc, dans la majorité des cas, un pronostic funeste.

D'où la nécessité d'un *traitement prophylactique* soigné. Il est possible d'empêcher la dissémination du contage pneumonique. Il ne s'agit que de faire pénétrer dans l'esprit des médecins et du public la notion de la contagiosité de la pneumonie, et de faire connaître les mesures propres à éviter la contagion.

Les crachats étant le véhicule le plus important du contage pneumonique, il faudra les désinfecter par la chaleur ou les antiseptiques. Le sublimé n'est pas à recommander, parce qu'il forme un coagulum avec les substances albuminoïdes des crachats; le formol à 5 p. 100, les solutions alcalines bouillantes donneront, au contraire, les meilleurs résultats.

Mais là ne se borneront pas les mesures de désinfection : il faut encore badigeonner les murs avec un lait de chaux, laver le plancher avec une solution antiseptique forte, désinfecter les tentures, les meubles (formol, étuve sous pression). Il faut enfin pratiquer l'antisepsie rigoureuse de la bouche du malade, et ce, non seulement pendant la pneumonie, mais encore quelque temps après la guérison, afin d'éviter soit la répétition de la pneumonie chez le même sujet, soit le transport possible du contage au poumon d'un autre individu.

Telles sont les précautions qui regardent plus particulièrement le *malade*. Quant aux personnes de l'*entourage*, elles devront se laver les mains chaque fois qu'elles auront touché un objet souillé : il leur sera soigneusement recommandé de mettre une blouse chaque fois qu'elles s'approcheront du malade, de ne pas prendre de repas dans la chambre du malade, de veiller à une antisepsie rigoureuse de leur cavité bucco-pharyngée. Et si quelqu'un s'étonnait de si rigoureuses mesures de désinfection, on pourrait, avec M. Grancher, lui faire remarquer que la pneumonie (et la broncho-pneumonie) tuant des milliers d'individus chaque année dans la seule ville de Paris, c'est un devoir impérieux pour tous de chercher à en diminuer la mortalité, et à « faire beaucoup de bien avec un petit effort ».

ACCIDENTS PROVOQUÉS CHEZ LE NOURRISSON AU SEIN PAR L'ALCOOL QU'ABSORBE SA NOURRICE

RÉGIME DE LA NOURRICE POUR LES BOISSONS

Par M. Ét. Guénot (de La Roche-en-Brenil), inspecteur du premier âge, médecin des Enfants assistés de la Seine, etc.

On connait les liens étroits qui unissent le nourrisson à sa nourrice. Si, pour une cause quelconque, la santé de la nourrice vient à être altérée, son lait subit des modifications, et il se produit une répercussion sur la santé de l'enfant.

La santé de la nourrice n'a même pas besoin d'être altérée, *tout au moins d'une façon sensible*, pour que le nourrisson éprouve des accidents ; ainsi, qu'une nourrice absorbe chaque jour ou une fois par hasard une certaine quantité d'alcool sous forme de vin, bière, liqueur, etc., sa santé peut n'être point altérée, et cependant il peut survenir des accidents chez le nourrisson. Ces accidents sont connus mais on n'y prête qu'une attention insuffisante, je veux en dire quelques mots.

Aux débuts de ma carrière médicale, je fus appelé en toute hâte, au milieu de la nuit, auprès d'un superbe enfant de trois mois qui venait d'être pris subitement de convulsions.

Cet enfant, que j'avais admiré en passant quelques jours auparavant, avait tété comme d'habitude quand la nourrice allait se coucher; mais, au lieu de s'endormir d'un bon sommeil, il s'était mis à grogner, à s'agiter, à pousser des petits cris, à se tordre en renversant la tête en arrière, etc.; cela dura une demi-heure. Je le trouvai endormi, poussant de gros soupirs à intervalles inégaux, avec un peu de raideur de la nuque; pas de fièvre, rien d'anormal dans aucun organe ; l'enfant ne se réveilla pas, même par l'examen de la gorge; quant à la nourrice, elle se portait très bien, absolument comme d'habitude. Je ne sus quel diagnostic faire, n'ordonnai rien et revins dans la matinée; à part un petit air triste, l'enfant allait bien, tout avait disparu.

Moins d'un mois après je fus de nouveau appelé encore dans la nuit auprès du même nourrisson atteint des mêmes accidents survenus brusquement sans cause connue; santé toujours excellente chez la nourrice. D'où pouvaient donc venir ces accidents? Je vis sur la table les reliefs du repas; c'était un repas de *cochon*; quand on tue *son habillé de soie* on invite quelques voisins ou amis et *on fait Saint-Boudin* en arrosant largement la cochonnade. Je demandai à la nourrice ce qu'elle avait mangé et bu; elle me dit ne pas avoir mangé plus que d'habitude, même moins que d'habitude par crainte de ne pas très bien digérer boudin et viande de porc, mais elle avoua avoir bu plus que de coutume, trois ou quatre verres de vin au lieu d'un demi-verre, puis avoir bu aussi la goutte, c'est-à-dire de l'eau-de-vie de marc. La cause des accidents convulsifs chez l'enfant était trouvée, c'était l'alcool absorbé par la nourrice qui les avait causés.

Revenant sur les premiers accidents survenus un mois auparavant, la nourrice se rappela que, dans la veillée de ces accidents, elle était allée dans une maison voisine chercher son mari; et, comme il faisait très froid, on lui avait offert une bonne tasse de vin chaud et ensuite la goutte... Plus de doute, les premiers accidents, comme les seconds, tenaient à un écart du régime, à l'alcool absorbé. Le lendemain l'enfant était guéri sans médication aucune; la nourrice bien prévenue ne fit plus d'écart de régime, du moins, je ne fus pas rappelé pour d'autres indispositions semblables.

J'avais été mis en garde contre de semblables accidents par mon excellent maître Peter, qui nous faisait si largement profiter des cas pratiques de sa clientèle.

Peter avait été consulté pour un magnifique enfant de deux mois, allaité par une nourrice irréprochable, qui avait fait ses preuves en nourrissant déjà un enfant dans la famille, une famille princière. Depuis quelques jours cet enfant était devenu grognon, prenait moins bien le sein, était agité, dormait mal; et cependant pas de fièvre, pas de toux, garde-robes très bonnes, aucun organe malade; rien, absolument rien non plus du côté de la nourrice. Cet état persistant, s'aggravant même, car la courbe des pesées, au lieu de continuer sa marche ascendante, était restée stationnaire et commençait même à baisser, M. Roger fut appelé en consultation; impossible de rien trouver ni chez l'enfant, ni chez la nourrice. L'enfant dépérissait et son état devenait alarmant quand un jour Peter sentit à l'haleine révélatrice de la nourrice une odeur d'alcool; le diagnostic était fait! La nourrice finit par avouer que le maître d'hôtel lui donnait du bon vin et des liqueurs; on découvrit en effet, dissimulée au fond d'un placard dans une chambre de débarras, une bouteille de porto qui venait d'être entamée. Le généreux maître d'hôtel fut congédié, tout rentra dans l'ordre et la santé du nourrisson fut désormais parfaite.

Je pourrais encore citer plusieurs observations inédites ou éparses dans les journaux de médecine, mais c'est inutile, ces accidents ne sont pas niés.

Ce sont des accidents nerveux dus au passage de l'alcool ou de certains éléments de l'alcool dans le lait de la nourrice, c'est un empoisonnement plus ou moins aigu se traduisant par de l'agitation, un appétit capricieux, de l'amaigrissement, des mouvements convulsifs, même de véritables convulsions, et pouvant se terminer par la mort.

Que conclure? La conclusion est forcée. *Puisque l'alcool absorbé par une nourrice au sein peut causer des accidents chez son nourrisson, l'alcool doit être supprimé dans le régime des nourrices.*

Comment? dira-t-on; vous voulez supprimer vin, bière, cidre aux nourrices? mais on n'en trouvera plus! D'ailleurs il y a alcool et alcool; et, s'il est vrai qu'une trop grande quantité d'alcool amène des accidents, une quantité raisonnable ne peut que fortifier la nourrice sans être nuisible à l'enfant.

Il est en effet reconnu que l'alcool contenu dans un vin naturel léger est moins nuisible que l'alcool pur ou l'alcool contenu dans les liqueurs (vermouth, anisette, chartreuse, etc.); et il peut être vrai qu'une petite quantité d'alcool sous forme de vin naturel, de bière ou de cidre (pour ne parler que des boissons de notre pays) n'amène pas de modifications sensibles dans le lait de la nourrice et ne cause pas d'accidents chez le nourrisson; mais, *c'est une question de dose* qui variera avec chaque nourrice et peut-être avec chaque nourrisson; telle dose qui passera inapercue chez une nourrice, sera suivie d'accidents chez une autre; *quelle est donc la dose de démarcation entre l'usage et l'abus*? Dans le doute il vaut mieux s'abstenir.

D'ailleurs on sait, il est surabondamment prouvé que l'alcool, loin d'être nécessaire à la vie, est un poison nuisible à la vie; soyons donc logique et maintenons notre conclusion : *pas d'alcool aux nourrices au sein.*

Si dans la pratique, en raison de vieux préjugés, d'habitudes invétérées, il faut quelquefois, trop souvent même, transiger, on ne permettra que le moins possible de boissons alcooliques, au plus une demi-bouteille de vin léger par jour, ou une bouteille de bière ou de cidre; en dépassant cette dose on s'expose à des accidents; et si la nourrice a soif, comme il arrive souvent, on lui donnera à boire de l'eau pure ou légèrement sucrée ou aromatisée, du bouillon et surtout du lait.

Imitons pour les nourrices ce qui se passe à la Maternité de Grenoble : depuis quatre ans, nous apprend M. Flandin (in *Dauphiné médical*), la règle absolue est : *pas de vin, pas d'alcool ; l'eau et le lait sont les seules boissons permises.* Et à ce régime il n'y a que des avantages et des avantages indéniables; c'est tout à la fois une bonne mesure pour la santé de la nourrice et pour protéger l'enfant dans le présent et peut-être aussi dans l'avenir.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(8 MARS 1901)

M. Soupault apporte sa contribution à l'**étude de l'aérophagie**. Pour lui, on doit distinguer l'aérophagie involontaire, propre aux hystériques, véritable tic nerveux comparable à la toux et au hoquet hystérique, et l'aérophagie volontaire, qu'on observe chez les névropathes dyspeptiques et qui répond au syndrome habituellement décrit sous le nom de dyspepsie flatulente. Or, à force de se répéter, l'aérophagie volontaire devient inconsciente. La moindre circonstance suffit à la provoquer. C'est ainsi que des influences morales, des fatigues physiques, la pression de différents points du corps suffisent à provoquer des crises de flatulence interminables. C'est ce que M. Mathieu appelle le rot à déclanchement. Les troubles dyspeptiques accompagnent toujours l'aérophagie. Même, d'après M. Soupault, ils ont plus de tendance à la provoquer qu'à la suivre. Les gaz éructés sont formés, en grande partie, par de l'air atmosphérique, mélangé en proportions variables, mais toujours en petite quantité, de gaz contenus dans l'estomac.

M. Teissier (de Lyon) fait une intéressante communication sur les **variations de volume de l'oreillette droite**, appré-

ciées par la percussion dorsale (matité paravertébrale droite).

Il est constant que l'oreillette droite se développe en arrière dans un plan sensiblement postérieur à celui du ventricule droit, et notablement inférieur à celui de l'oreillette gauche, et cela sans laisser entre la paroi cardiaque et le squelette thoracique un sinus pulmonaire; de telle façon que, pour peu que la cavité auriculaire droite présente un certain degré de dilatation, la percussion permettra très aisément d'apprécier le changement de volume de l'oreillette. M. Teissier appelle cette percussion, la **percussion paravertébrale droite**. Elle doit se faire à l'aide du doigt appliqué parallèlement à la colonne vertébrale, au niveau des sixième, septième et huitième espaces intercostaux, c'est-à-dire au niveau de la sixième à la neuvième côte. La zone ainsi déterminée répond exactement à l'oreillette droite dilatée. Or, ce qui ressort de cette notion c'est que, en se dilatant, l'oreillette droite comprime d'une manière évidente les veines pulmonaires émanant du poumon droit, qu'elle peut donc les écraser très aisément sur le squelette, de façon à y ralentir considérablement la vitesse du courant sanguin, et c'est sans doute à cette disposition qu'il faut attribuer la cause de cette anomalie apparente, qui fixe certaine congestion hypostatique chez les cardiaques, de préférence à la base du poumon droit et quelquefois même au sommet droit suivant le vaisseau plus spécialement comprimé.

MM. Vaquez et Ribierre rapportent une observation de **méningite cérébro-spinale, consécutive à une otite**, qui démontre qu'à côté de la méningite cérébrale plus ou moins localisée, complication depuis longtemps connue et décrite des otites, il faut faire une place aux infections diffuses du liquide céphalo-rachidien et des méninges cérébrales et spinales d'origine auriculaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la variole.

L'épidémie actuelle de variole attire à nouveau l'attention des médecins sur la thérapeutique de cette maladie. L'an dernier, M. Courtois-Suffit a eu l'occasion de traiter ici même (1) cette question. Il y a peu de jours M. LEGRAND est venu apporter un nouvel appoint à la thérapeutique de la variole (2).

Il donne à ses malades, tous les deux jours, un bain de sublimé, et il recouvre les pustules d'emplâtre de Vigo chauffé au point de devenir liquide. Il applique ensuite un morceau de papier de soie.

Ce procédé lui a permis de faire disparaître les papules et les vésicules.

Action apéritive du persulfate et du métavanadate de soude.

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique (3), M. Albert ROBIN a insisté sur la valeur apéritive de ces deux médicaments.

L'action du persulfate est certain, sans que M. Robin puisse en préciser le mécanisme.

Il l'emploie de la façon suivante :

Il donne, une demi-heure avant chacun des deux principaux repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Persulfate de soude......... 2 grammes.
Eau....................... 300 —

Si, au bout de six jours, on n'a rien obtenu, il est inutile d'insister; on n'obtiendra rien en continuant davantage. Même dans les cas où l'appétit s'est réveillé, il est utile d'interrompre la médication au bout de six jours, sans quoi l'action s'épuise; mais on redonnera du persulfate au bout d'une période suffisante de repos.

Il en est de même pour le métavanadate de soude.

Ici encore, il s'agit d'un bon apéritif ayant chez les tuberculeux une influence assez nette : il y a, du reste, des malades qui se trouvent mieux du persulfate; d'autres qui se trouvent mieux du métavanadate, sans qu'à l'avance on puisse savoir quelle médication est préférable. D'après M. Robin, l'action du métavanadate sur l'appétit est très peu marquée chez les carcinomateux.

L'auteur donne une demi-heure avant les deux principaux repas, une cuillerée à café d'une solution ainsi composée :

Métavanadate de soude .... 0g03 centigr.
Eau distillée.............. 150 grammes.

soit 2 milligrammes par jour, et il ne continue jamais le médicament plus de quatre jours consécutivement.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 295.
(2) Soc. de thérap., 23 janvier 1901.
(3) Soc. de thérap., 23 janv. 1901.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 18 AU 23 MARS 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 18 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Pinard, Segond et Sébileau; — (2e série) : MM. Reclus, Varnier et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Walther, Delens et Lepage ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette et Launois; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Broca (Aug.), Reynier et Tuffier; — (2e série) : MM. Legueu, Jalaguier et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 19 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Ricard et Thiéry.

3e (1re partie, nouveau régime), *Faculté* (1re série) : MM. Le Dentu, Wallich et Faure; — (2e série) : MM. Quénu, Brun et Bonnaire.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Campenon, Maygrier et Albarran.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Raymond, Letulle et Ménétrier; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Richelot; — (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Thoinot et Vaquez;; — (2e série) : MM. Troisier, Charrin et Thiroloix; — M. Hallopeau, suppléant.

MERCREDI 20 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Poirier et Lejars.

2e (oral, 1re partie), *Faculté* : MM. Launois, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Ecole pratique* (1re série) : MM. Pinard, Delens et Mauclaire; — *Faculté* (2e série) : MM. Segond, Reynier et Varnier; — (ancien régime), *Faculté* : MM. Broca (Aug.), Sébileau et Lepage; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 21 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Campenon et Poirier.

3e (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique (2e série) : MM. Grancher, Hanriot et Teissier.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Schwartz, Richelot et Wallich; — (2e partie) : MM. Netter, Roger et Marfan.

3ᵉ (oral, 1ʳᵉ partie, 1ʳᵉ série, nouveau régime) : MM. Bouilly, Bonnaire et Thiéry; — (2ᵉ série) : MM. Maygrier, Rémy et Albarran; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 22 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Broca (Aug.), Walther et Sébileau.

1ᵉʳ (oral, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Tuffier, Rémy et Retterer.

2ᵉ (oral, 1ʳᵉ partie) : MM. Jalaguier, Reynier et Heim.

4ᵉ (ancien régime), *Faculté* : MM. Landouzy, Thoinot et André ; — M. Wurtz, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie, chirurgie), *Necker* (1ʳᵉ série) : MM. Delens, Segond et Mauclaire ; — (2ᵉ série) : MM. Legueu, Reclus et Lejars; — (2ᵉ partie) : MM. Grancher, Netter et Widal ; — M. Méry, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 23 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Bouilly et Quénu.

3ᵉ (2ᵉ partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Roger.

4ᵉ (nouveau régime), *Faculté* : MM. Pouchet, Achard et Dupré; — M. Gley, suppléant.

5ᵉ (2ᵉ partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1ʳᵉ série) : MM. Gilbert, Ménétrier et Thiroloix ; — (2ᵉ série) : MM. Joffroy, Hallopeau et Dupré ; — M. Faure, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Brun, Richelot et Albarran ; — (2ᵉ partie) : MM. Debove, Troisier et Widal ; — M. Vaquez, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Un cours complémentaire d'embryologie devant s'ouvrir à la Faculté de médecine pendant le semestre d'été, MM. les candidats à cet enseignement sont invités à faire parvenir d'urgence, au plus tard le samedi 16 mars avant midi, au secrétariat de la Faculté, leur demande appuyée de l'exposé de leurs titres.

Ecole du service de santé militaire. — Les épreuves écrites auront lieu le 20 juin, les épreuves orales commenceront le 1ᵉʳ août à Paris et se continueront à Lille le 7, à Nancy le 9, à Lyon le 12, à Marseille le 19, à Montpellier le 22, à Toulouse le 26, à Bordeaux le 30, à Rennes le 5 septembre.

La composition française sur un sujet de philosophie se trouve supprimée pour le concours de cette année.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Jouvenceau, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Melpomène* (école des gabiers), au lieu et place de M. le docteur Bérard, précédemment désigné et qui ne peut suivre cette destination pour raison de santé.

M. le médecin de première classe Sévère, du cadre de Brest, est désigné pour servir au 21ᵉ régiment d'infanterie coloniale dans ce port, en remplacement de M. le docteur Gléraut, qui a reçu une destination à la mer.

Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie en 1901. — Les travaux de ce Congrès, qui se tiendra à Nantes du 23 au 30 septembre 1901, sont divisés en trois sections. Voici les questions qui feront l'objet d'un rapport :

Gynécologie. — 1° De l'antéflexion utérine congénitale comme cause de stérilité, et de son traitement; 2° Des causes qui favorisent la grossesse ectopique; 3° De la dystocie par fibromes.

Obstétrique. — 1° De la rupture utérine; 2° L'inversion utérine et son traitement; 3° Du sort des prématurés; 4° Des vomissements incoercibles de la grossesse; 5° Sur la mensuration radiographique du bassin.

Pédiatrie. — 1° De l'arthritisme chez les enfants; 2° Des manifestations méningées au cours des infections digestives dans l'enfance; 3° Des albuminuries intermittentes chez l'enfant; 4° La défense de l'enfance (puériculture, allaitement, sevrage); 5° Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales; 6° La scoliose; son traitement par la kinésithérapie.

Séance de réunion des Sociétés de médecine de Paris, médico-chirurgicale, de médecine et chirurgie pratiques. — Par une heureuse innovation, ces trois sociétés se sont réunies en une séance commune, le 7 mars, à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Béni-Barde, le membre le plus ancien de la Société de médecine de Paris, la plus ancienne des trois sociétés.

Une discussion très intéressante sur les sérums en thérapeutique a eu lieu.

Des gens bien informés voient dans cette réunion l'indice d'une fusion prochaine des trois sociétés.

Le voyage d'études médicales de 1901. — Le prochain voyage aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1901.

Il comprendra les stations du Sud-Est de la France : Evian, Divonne, Saint-Gervais, sanatorium d'Hauteville, Aix, Marlioz, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Allevard, Uriage, La Motte, Vals, Lamalou.

Comme les précédents voyages d'études médicales qui ont eu un si grand succès — en 1899 aux stations du Centre, et en 1900 aux stations du Sud-Ouest — le voyage d'études médicales en 1901 est placé sous la direction scientifique de M. le professeur Landouzy, qui fait sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Le programme détaillé sera publié par M. le docteur Carron de la Carrière, organisateur des voyages d'études médicales, dès que les compagnies de chemins de fer auront fait connaître leurs horaires d'été.

Témoignage de satisfaction. — Le ministre de la Guerre a décerné un témoignage de satisfaction à MM. Bourret, médecin auxiliaire au 158ᵉ d'infanterie, et Wachenheim, étudiant en médecine à l'hospice mixte de Tarbes, pour le zèle et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mourette (de Saint-Quentin) ; Singer (de Berguettes) ; et de M. Charles Koenne, externe des hôpitaux de Lyon.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Budin commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le mardi 12 mars 1901, à neuf heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas) et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. — Visite des malades tous les matins à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Urologie pratique et thérapeutique nouvelle, par H. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris en retraite. Un vol. in-8° de 208 p., avec fig. et tracés dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Comment on se défend contre les hémorroïdes, par le docteur Cabanès. Une broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française, 29, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dʳ François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1901. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — La suture des artères, par M. Victor Veau, ancien interne médaille d'or, prosecteur. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* La discipline de la toux chez les tuberculeux; — *Médecine militaire :* Le service de santé pendant le siège de la Légation de France à Pékin (20 juin-19 août 1900); *Toxicologie :* Les empoisonnements par les artichauts cuits; — *Thérapeutique :* Etude expérimentale et clinique sur quelques persulfates et sur la persodine. — Intérêts professionnels. Le médecin est responsable des accidents que peuvent causer les rayons X employés par lui dans un but thérapeutique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LA SUTURE DES ARTÈRES

Par M. Victor Veau, ancien interne médaille d'or, prosecteur.

J'ai eu la bonne fortune d'assister M. Ricard quand il fit (pour la seconde fois) la suture de l'artère axillaire. Je rapporterai sommairement cette observation très simple et je la rapprocherai de celles qui lui ressemblent.

Observation I. — *Luxation ancienne de l'épaule. Large arthrectomie. Plaie longitudinale de l'artère axillaire. Suture.* — B... (Octave), trente et un ans, entre le 10 octobre 1900, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Ricard), pour une luxation de l'épaule datant de trois mois exactement.

Le malade présente tous les signes d'une luxation sous-coracoïdienne avec *ankylose complète* de la tête. Les muscles avoisinants sont relativement peu atrophiés. Le malade a un excellent état général et réclame une intervention, car il ne peut exercer son état de cocher.

13 octobre 1900. Opération. Incision verticale sur le bord antérieur du deltoïde. De l'extrémité supérieure part une autre incision horizontale qui coupe les insertions acromiales de ce muscle. L'articulation est mise à nu. La cavité glénoïde est comblée par un tissu fibreux d'une épaisseur de 3 centimètres. Ce tissu est enlevé aux ciseaux. La cavité est encore intacte, recouverte de cartilage. M. Ricard libère la tête, en avant les ligaments étaient moins résistants qu'en arrière; la tête peut alors être ramenée dans la cavité. Mais elle était encore bridée en bas par de puissants liens qui la fixaient et auraient fatalement empêché dans la suite les mouvements d'abduction. Ablation de ces masses aux ciseaux; plaie de l'artère, jet énorme de sang qui inonde le champ opératoire; compression. Des pinces arrêtent l'hémorragie. On se rend compte que l'artère est coupée parallèlement à sa direction sur une longueur de 3 millimètres environ. M. Ricard se met en devoir de faire la suture à l'aide d'une aiguille courbe et tranchante sur les bords et de catgut Leclerc n° 1. Le surjet est amorcé à l'une des extrémités de la plaie, puis M. Ricard pique les bords de la plaie au-dessus de la pince, en ayant soin d'entrer l'aiguille le plus près possible de la tranche afin d'éviter le rétrécissement. Il repasse au-dessous de la pince, qui n'est enlevée que lorsque l'aide est maître de serrer le surjet. Le fil est arrêté par un point complémentaire.

M. Ricard s'était proposé de faire des points non perforants, mais il eut nettement la sensation qu'un de ses points traversait toutes les tuniques. Une très légère hémorragie se produisit quand l'aiguille fut retirée. Elle fut arrêtée par la striction du fil.

Les sutures avaient été difficiles à placer, car l'artère était au fond d'un puits. La tête de l'humérale la masquait.

J'ai recherché avec beaucoup de soin l'état du pouls. Au moment où l'artère fut pincée, on ne sentait pas les pulsations radiales.

Le pouls ne reparut pas aussitôt que la pince fut enlevée, mais environ une demi-minute après. Il fut jusqu'à la fin aussi fort que celui du côté opposé.

Drainage de la région sous-deltoïdienne à la gaze.

Le pouls fut examiné tous les matins; il n'y eut jamais de modifications.

16. Ablation du drainage.

25. Ablation des fils; l'artère axillaire bat normalement.

L'idée de fermer l'orifice d'un vaisseau appartient à Lembert (1), qui, en 1762, sutura la blessure d'une artère, et le malade guérit.

Assmann (1773) fit quatre expériences négatives et condamne la suture.

On entra bientôt dans la période de l'infection purulente, et les auteurs (Broca) qui ont pensé à la suture n'ont pu que la condamner formellement.

Sous l'influence de la méthode de Lister, les chirurgiens osèrent reprendre le bistouri, et il leur arriva de blesser des veines. Ils en firent quelquefois la ligature latérale ou la suture (Czerny 1881, M. Schede 1881).

En 1882, Gluck, après avoir expérimenté sur les veines, voulut faire des sutures artérielles; il échoua en raison des hémorragies. Il employa alors des appareils prothétiques en ivoire, en aluminium. Il réussit de la sorte à réunir une incision longitudinale sur une artère chez un chien.

Potenski (1886) fut plus heureux. Il fit des sutures hémostatiques de plaies longitudinales, mais l'artère se thrombosait vers le dixième jour.

Horoch (2), en 1888, réussit mieux. Il hasarde la conclu-

(1) Lembert ne donne pas l'observation de son malade; il mentionne incidemment le fait. *Med. obs. and inquiries*, Londres, vol. II, p. 360.

(2) Horoch. De la suture des plaies artérielles, *Allg. med. Zeit.*, 1888, nos 22 et 23, p. 263; *Cent. de chir.*, 1888, n° 37, p. 676.

sion que la suture avait, sur la ligature, l'avantage de préparer les voies collatérales.

La question fit de très grands progrès avec les travaux de Janiowski (1889-1891). Le premier, il montra que le vaisseau pouvait rester perméable. Il étudia *histologiquement* le mécanisme de la fermeture des plaies artérielles.

Ceccerelli [1890 (1)], Burci [1891 (2)], Lampiasi [1891 (3)], Moscatelli [1891 (4)], Aeby [1893 (5)] firent des expériences plus ou moins probantes.

En 1894, fut faite la seconde suture artérielle sur l'homme. Gluck, qui s'occupait de ces questions, fit à la Société médicale de Berlin (17 juillet 1895) une communication intitulée : « Indication et technique de l'occlusion pariétale des vaisseaux avec les pinces de la suture. » Après avoir parlé de ses travaux, il donne l'observation de Von Zenge Manteuffel [Obs. II (6)].

Israël, dans la même séance, rapporte très brièvement une nouvelle observation [Obs. III (7)].

Obs. IV [Heidenhain, 1895 (8)]. — *Cancer du sein. Plaie longitudinale de l'artère axillaire. Suture.* — Le 28 mai 1894, une femme de cinquante-neuf ans fut opérée d'un très gros carcinome du sein droit : la partie sternale du grand pectoral fut enlevée comme toujours. Quand on fit le curetage de l'aisselle on fut forcé d'enlever un grand segment de la veine axillaire à cause de sa fusion avec les ganglions. L'artère axillaire était adhérente au tissu néoplasique. Un aide lui donna un coup de ciseaux ; de là, très forte hémorragie. Je réussis à prendre le vaisseau saignant entre le pouce et l'index ; je pus me rendre compte que les ciseaux avaient enlevé un morceau de l'artère ; je pris l'orifice du vaisseau avec trois pinces ; l'hémorragie s'arrêta. La plaie avait un bon centimètre de long, elle était parallèle à l'artère. Je fis mettre un catgut très fort dans une aiguille intestinale que je trempai dans de l'eau salée pour le dilater ; je fis un surjet simple sur la blessure du vaisseau ; au fur et à mesure qu'on fit la suture on enleva les pinces. Le procédé était celui que Schédé avait recommandé pour la suture des veines. L'hémostase fut parfaite : les points de suture ne saignèrent pas ; le calibre n'était pas sensiblement rétréci. Pendant les dix minutes que dura l'opération, l'artère présenta des battements, la suture tint très bien. Je n'osai pas recoudre complètement.

Aucun accident consécutif, l'artère a toujours continué à battre.

Obs. V [Murphy, 1895 (9)]. — *Plaie, par arme à feu, de la fémorale. Suture circulaire de l'artère et de la veine.* — H. V..., colporteur italien, reçut à onze heures du matin un double coup de feu, on le transporta à l'hôpital deux heures plus tard. Une balle a passé à travers la paroi abdominale juste au-dessous de la grande courbure de l'estomac, sans pénétrer dans l'abdomen. L'autre a pénétré dans le triangle de Scarpa, juste au-dessous du ligament de Poupart ; il n'y avait pas de bruit en ce point, ni aucune pulsation, cela fut noté quand le malade entra dans le service.

Je vis le malade treize jours après : il existait un souffle considérable que l'on pouvait entendre à 20 centimètres de la cuisse. Pas de tumeur. Les pulsations artérielles étaient un peu accrues. Le pouls dans la poplité, la dorsale du pied et la tibiale postérieure était à peine perceptible.

J'examinai le malade six jours après (thrill et souffle). Le diagnostic fut : plaie pénétrante de la fémorale primitive à 4 centimètres au-dessous du ligament de Poupart. Je décidai de découvrir l'artère et, si la plaie intéressait plus de moitié de la circonférence, d'en faire la résection et la suture bout à bout.

Opération le 7 octobre, vingt jours après l'accident. L'incision, de 15 centimètres, partait de l'arcade et suivait les vaisseaux fémoraux. L'artère est rapidement mise à nu ; à 3 centimètres au-dessous du ligament de Poupart, on y place une ligature provisoire. Dissection soigneuse des vaisseaux de haut en bas. Compression, avec une pince, de l'artère au-dessous du point présumé coupé. Je fais enlever l'hémostase en amont ; immédiatement hémorragie très abondante ; une cavité du volume d'une aveline fut découverte derrière l'artère et communiquant avec son calibre, formant un petit sac anévrismal. Un sac semblable fut trouvé sur la face inférieure du vaisseau, au-dessus du point perforé. Hémorragie profuse de la veine, arrêtée par une pression digitale.

L'artère était broyée à sa partie externe sur une longueur d'un huitième de pouce. En dedans une bande de l'adventice rattachait les fragments. La balle avait traversé l'artère, enlevé ses parois, sauf la bride interne, puis elle était passée en bas et en dedans, et avait creusé un large trou sur la face postérieure de la veine au-dessus de l'embouchure de la veine fémorale profonde. J'eus beaucoup de peine pour arrêter l'hémorragie veineuse. Je fis l'hémostase temporaire de la veine en amont et en aval, puis je suturai la plaie ; la veine était considérablement diminuée de volume, puis, lorsque j'enlevai les pinces, elle se dilata au point d'avoir le tiers de son volume primitif. Pas d'hémorragie veineuse.

Artère : l'ouverture était de 12 millimètres ; je réséquai 16 millimètres, j'invaginai de 10 millimètres à l'aide de 4 fils doubles traversant toutes les tuniques. Suture d'affrontement du collet en ne comprenant que l'adventice. Pas une goutte de sang. Le pouls se rétablit immédiatement, la suture est renforcée par le tissu conjonctif, la cavité est lavée par une solution d'acide phénique. Suture. Pas de drainage. Durée deux heures et demie. La plupart du temps avait été employé à suturer la veine, car l'artère avait été suturée aisément et son hémorragie rapidement arrêtée.

Suite excellente, aucun trouble circulatoire.

Obs. VI [Ssabanejew, 1896 (1)]. — *Embolie de l'artère fémorale, artériotomie, suture de l'artère.* — Homme, vingt-huit ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu, endocardite ulcéreuse, embolie de l'artère fémorale droite. La gangrène était menaçante, on sentait que les pulsations s'arrêtaient en un endroit parfaitement limité. Ssabanejew se proposa d'enlever l'embolie ; il commença par ouvrir l'artère fémorale à la hauteur de la veine saphène interne, dans le cas où une injection salée introduite dans l'artère sortirait par

(1) Ceccerelli. *La forcipressure et la suture des artères*, Naples 1890.

(2) Burci. Recherches expérimentales sur le processus de réparation des plaies longitudinales des artères, *Acti della Soc. Toscana di sc. nat.*, XL ; — *Sur le processus de réparation des plaies traitées par la suture*, Pise 1890.

(3) Lampiasi. *Recherches sur la suture des artères*, Pise 1891.

(4) Moscatelli. Résection des artères, Soc. chir. italienne, oct. 1891.

(5) R. Aeby. Sur la suture des vaisseaux, *New-York. med. Trans.*, 1894.

(6) « En avril 1894, cet auteur observa un traumatisme de l'artère et de la veine fémorales ; il fut obligé de faire la suture de la veine fémorale commune et la ligature de la fémorale profonde. Au cours de l'opération, il blessa la fémorale commune. Il en fit la suture. C'est à cette pratique que le malade dut de conserver sa jambe. »

(7) Il s'agissait d'un homme qu'il opéra de pérityphlite. Le crochet d'un aide blessa l'artère iliaque et créa une incision oblique qui comprenait es deux tiers de la périphérie. Après hémostase provisoire avec des pinces, suture par cinq fils de soie qui traversaient toute la paroi du vaisseau. Légère hémorragie qui cessa après une minute de compression.

(8) Heidenhain. De la suture des plaies artérielles, art. origin., *Cent. Chir.*, 7 déc. 1895, p. 1113.

(9) Murphy. Résection des vaisseaux, recherches expérimentales et cliniques, *New-York Med. Rec.*, 16 janv. 1897, p. 73.

(1) Ssabanejew. Sur la suture vasculaire, *Russki-Chirurgitscheski Archiv*, 1896, t. IV ; — *Cent. Chir.*, 1896, n° 42, p. 990.

la veine, il ferait une incision de l'artère et retirerait le caillot, après quoi il suturerait l'artère.

Après avoir ouvert l'artère fémorale, le malade devint si faible qu'on dut renoncer au plan, et faire l'amputation; mais l'artère était encore libre au niveau de l'incision; il fallut en faire la suture pour faire l'amputation plus bas. Suture de la paroi par des points non perforants avec des fils de soie fine. Amputation de Gritti. Guérison immédiate, mort dix-neuf jours après d'endocardite.

Examen de l'artère. La lumière était conservée, mais les bords de la couche interne ne s'étaient pas réunis. Entre ces bords écartés s'était attaché un tronc fusiforme long de 1 centimètre et demi, épais de 3 millimètres, adhérant légèrement à la paroi. Les plans adventis s'étaient réunis, les autres couches s'écartaient, de sorte que sur une couche transversale les lèvres étaient séparées par un cône de cellules rondes qui regardaient à l'intérieur.

Obs. VII [Durante (1)]. — *Sarcome du péroné, plaie de la poplitée, suture.* — Homme quarante-cinq ans; ostéochondrome malin de l'extrémité supérieure du péroné du volume d'une tête de fœtus. En disséquant le paquet, blessure de l'artère poplitée, de 1 centimètre et demi environ. Suture au catgut en ne traversant que l'adventis et la médiane. La suture fut complètement hémostatique. La dorsale du pied immédiatement et les jours suivants battit normalement.

Récidive et amputation de cuisse dix-sept mois après. L'artère suturée ne présentait aucune altération macroscopique ni microscopique. Léger rétrécissement.

Obs. VIII (Durante, 1892). — *Epithélioma récidivé du sein; plaie de l'axillaire; suture.* — Incision oblique de l'artère axillaire de 1 centimètre. Compression de la sous-clavière sous le tubercule de la première côte; suture comme dans le cas précédent; les résultats furent parfaits; le pouls continua à battre.

Obs. IX [Djelmil pacha (2)]. — *Epithélioma récidivé du sein; plaie de l'axillaire; suture.* — La plaie est parallèle à l'axe de l'artère; elle mesure 15 millimètres. Hémostase provisoire avec des pinces très flexibles entortillées de gaze stérilisée. Avec une aiguille de Reverdin, courte, très fine, on fit cinq points de suture en fil de soie extrêmement fins tout près du bord de la déchirure; deux points de suture sont ajoutés sur la gaine de l'artère. Les pinces furent aussitôt enlevées et la circulation se rétablit. Une compression de quelques minutes suffit pour arrêter le léger suintement qui se faisait par les piqûres; l'artère n'était pas rétrécie.

Pas de complication après deux ans et demi.

Obs. X (Djelmil pacha). — *Cancer récidivé du sein. Plaie de l'axillaire. Suture.* — Incision parallèle à l'axe de 1 centimètre. Avec une aiguille de Reverdin très courte, 4 points de suture au fil de soie fin; pas de suture sur l'adventis. Très bon résultat.

Obs. XI [Gamaggio (3)]. — *Anévrysme artérioso-veineux. Suture de l'artère et de la veine fémorale.* — Le 1er juillet 1897, je fus appelé à sept heures du soir, pour un homme de vingt-huit ans qui avait été blessé à la cuisse avec un couteau à feuille d'olivier. Je trouve, au tiers supérieur de la cuisse, une blessure large de 1 centimètre répondant aux vaisseaux fémoraux. Hémorragie peu abondante; l'artère battait au-dessus et au-dessous, la pédieuse était normale. J'agrandis la plaie pour me rendre compte du trajet de la blessure; ayant introduit l'index, je perçus un frémissement vibratoire; le malade refusa une intervention plus prolongée et rentra chez lui; il revint une demi-heure après; nouvelle opération; un aide presse sur l'artère au-dessus, un autre pèse sur la veine au-dessous; j'incise la gaine des vaisseaux sur la sonde; je fais relâcher la compression, le sang coule à flot; j'isole l'artère avec soin par des relâchements alternatifs; je fais couler le sang de l'artère et de la veine. J'employai une aiguille petite, courbe et ronde; je suturai d'abord la veine par des points séparés non perforants, je fis de même pour l'artère. Je vis que la blessure était triple, double à la veine, unique à l'artère, celle-ci mesurait 3 à 4 millimètres; elle était parallèle aux vaisseaux. Suture des gaines. Le malade a été examiné très complètement à la suite et n'a jamais eu trace de complication.

(1) Durante. *Trattato di pattologia e terapia chirurgica*, t. VII, p. 295.

(2) Djelmil pacha. Sur la suture des artères, Cong. de chir. allem., 1897; *Semaine méd.*, 1897, p. 342.

(3) Gamaggio. Sur la suture des vaisseaux, *Riforma med.*, 1898, p. 304.

Obs. XII [Lindner, 1898 (1)]. — *Cure radicale de fistule stercorale. Plaie de la fémorale. Suture.* — En essayant de faire la cure radicale d'une fistule située dans la région du canal crural gauche, Lindner fit une incision à la veine fémorale; il essaya d'en faire la suture, mais la paroi était friable et mince, les points ne tenaient pas; l'hémorragie persistait; l'ouverture de la veine augmentait. Il en excisa 2 centimètres pour en pratiquer une double ligature; mais c'était jour de malheur, quand je coupai le fil avec des ciseaux courbes, j'ouvris l'artère, il y eut une hémorragie formidable; compression de l'artère fémorale primitive. Je trouve alors une ouverture de l'artère produite par ce fait qu'une branche avait été arrachée dans la paroi. Je n'osai faire la ligature, je me décidai à faire la suture. Je fermai hermétiquement d'abord l'orifice de l'artère avec des fils de soie fins comprenant tous les plans; par-dessus je fis un deuxième plan selon le mode de la suture séro-séreuse. Aucune hémorragie. Très bon résultat.

Obs. XIII [Kummel (2)]. — *Tumeur maligne de l'aine. Résection de 5 centimètres de l'artère fémorale.* — Volumineuse tumeur carcinomateuse des ganglions de l'aine. Ablation. On libère la masse avec les ciseaux et la sonde. Quand elle est isolée, on s'aperçoit qu'elle adhère à l'artère et à la veine fémorales; on sépare prudemment les vaisseaux et on remarque que la paroi de l'artère est envahie de tissu néoplasique sur une hauteur de 2 centimètres. L'hémostase est faite en amont et en aval; l'artère est excisée sur une longueur de 4 à 5 centimètres; l'incision inférieure était située à 1 centimètre environ au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. En exerçant des tractions sur les deux bouts après les avoir isolés suffisamment, en ayant soin de fléchir la cuisse, on arrivait à les rapprocher sans distension. La réunion se fit de la façon suivante : on introduisit le bout supérieur dans l'inférieur, sur une longueur de 5 millimètres; on sutura avec un surjet en soie et une aiguille fine légèrement incurvée. L'aiguille ne traversa que les couches moyenne et externe; après ablation des pinces, il sortit un peu de sang par les points de suture, l'hémorragie fut arrêtée par un deuxième plan de suture; le sang pénétra de suite dans le vaisseau. On entoura de muscles pour plus de sûreté. La veine fémorale fut laissée à nu et tamponnée, elle se thrombosa dès les premiers jours. Œdème des membres.

Récidive en quelques semaines, mort quatre mois après. A l'autopsie, l'artère était complètement envahie par le carcinome. Thrombus récent jusqu'à l'iliaque.

Obs. XIV. — M. Gérard-Marchant (3) présente un malade auquel il a pratiqué la suture de l'artère humérale pour un *anévrysme artérioso-veineux* au tiers supérieur du bras. La

(1) Lindner. De la suture vasculaire, *Berlin. klin. Wochens.*, t. I, avril 1898.

(2) Kummel. Sur la suture circulaire des vaisseaux, *Münch. med. Wochens.*, 1899, n° 42, p. 1398.

(3) Gérard-Marchant. *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 juillet 1898, p. 747.

perforation avait été déterminée par un tiers-point dans une rixe. La suture a été rendue délicate par le petit volume de l'artère, et il est possible que l'un des trois points placés pour oblitérer l'artère eût été perforant. Ce qui revient à dire que cette suture convient surtout pour les artères de gros calibre.

Les battements ont disparu immédiatement après la suture, mais à la fin de l'opération ils ont pu être sentis. Ce n'est que depuis quelques jours (et le sujet est opéré depuis un mois) que les battements ont perdu de leur amplitude.

MM. Ricard et Poirier croient que la suture a oblitéré l'artère.

Obs. XV [Ricard (1)]. — M. Ricard présente une malade qu'il a opérée d'un *adéno-épithéliome du sein*; il résèqua la veine axillaire et fit une incision longitudinale à l'artère qu'il sutura au catgut par un surjet. L'hémorragie s'est arrêtée. Le pouls radial bat aussi bien (2).

Tels sont les faits. Ils montrent que la suture artérielle est possible et n'entraîne pas d'accidents.

Est-elle vraiment utile? C'est ce que nous ne pouvons dire actuellement. La suture a sur la ligature l'avantage de conserver la lumière du vaisseau et par là de prévenir le sphacèle du membre. Or nous ne savons pas quelle sera la fréquence de ce sphacèle après ligature *aseptique*. Si la ligature de la carotide primitive par exemple conserve sa même mortalité [37 p. 100 d'après Vetere (de Naples), 1899], la suture de ce vaisseau sera absolument indiquée en cas de plaie. Mais d'un autre côté les expériences de Duplay et Lamy (1898) permettent de penser que le sphacèle était dû à une thrombose. Or cette thrombose est toujours évitée si on opère aseptiquement.

L'avenir de la suture dépend de cette inconnue.

Comme indication je ne puis que me borner à indiquer les cas où la suture fut employée :

1° Dans les plaies chirurgicales des artères. C'est l'indication par excellence.

2° Dans les plaies traumatiques ; on fera une suture latérale si la plaie intéresse moins des deux tiers de la circonférence. Sinon on fera une suture circulaire par invagination.

3° Dans les anévrysmes artérioso-veineux ; on fera la suture de l'orifice artériel, de l'orifice veineux. Il faut s'attendre à rencontrer plus de difficultés sur cette dernière.

4° Ssabanejew fit une artériotomie pour retirer un embolus. On ne peut qu'admirer un chirurgien aussi habile et osé mais je crois que son exemple ne sera guère suivi.

5° Kummel fit la suture après résection du segment artériel envahi par un néoplasme. N'eût-il pas mieux valu ne rien entreprendre?

Tel est l'état actuel de la suture artérielle.

Cette méthode se généralisera-t-elle ou restera-t-elle comme aujourd'hui une curiosité chirurgicale sans utilité? Il est impossible de le prévoir actuellement. Mais il est bon que le chirurgien sache qu'il peut être plus hardi, qu'il peut tenter sur les artères ce qui réussit si bien sur les autres canaux.

(1) Ricard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 30 mai 1898, p. 562.

(2) Entre temps, de nombreux auteurs avaient fait des expériences sur les animaux et s'étaient attachés à faire des sutures circulaires. Vetere (1895), Murphy (1897), Gluck (1898), Briau et Jaboulay (1896-1897), Silberberg (1899), Bouglé (1900). Moi-même en 1897, avec mon ami Cunéo, j'avais réussi sur un chien à aboucher la veine rénale droite dans la veine rénale gauche.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(12 mars 1901)

La séance publique a été fort courte ; nous n'avons guère à enregistrer que deux communications : M. Metchnikoff a lu un travail intéressant sur les **appendicites causées par la présence des vers intestinaux.** M. Metchnikoff, pensant que l'appendicite pourrait bien être provoquée par des vers intestinaux, examina au microscope les déjections d'une malade ; il y a reconnu la présence d'œufs de vers intestinaux. Le traitement vermifuge amena la guérison de la malade. M. Lemoine, au courant de ces faits, traita de la même façon un enfant qui présentait les phénomènes de l'appendicite ; le vermifuge réussit encore.

M. Metchnikoff cite ainsi quatre cas, puis il rappelle qu'il y a déjà soixante ans que Becquerel a décrit l'autopsie d'un enfant, chez lequel il trouva plusieurs ascaris dans le péritoine et deux autres « étranglés dans une perforation de l'extrémité de l'appendice vermiculaire ». Davaine, qui cite ce cas, en rapporte un autre dans lequel l'appendice ulcéré et perforé a laissé passage à quarante-sept ascarides.

Beaucoup plus tard, Natale a communiqué un cas d'appendicite pendant lequel il se développa un phlegmon dans la région sub-inguinale. L'incision donna issue à du pus au milieu duquel on trouva 13 ascaris et l'appendice gangrené, après quoi le malade guérit complètement.

Les chirurgiens, dans le courant de l'opération de l'appendicite, ont également rencontré quelquefois des vers nématodes. Ainsi, récemment, M. Brun a opéré à froid un garçon de douze ans. Après avoir enlevé l'appendice, il a découvert, dans un petit foyer, tapissé d'une fausse membrane, un cadavre de lombric. « Il me paraît évident, conclut M. Brun, qu'au cours de la crise aiguë de janvier, l'appendice perforé a dû laisser échapper ce parasite. » Quelques mois plus tard, M. Guinard communiqua à la Société de chirurgie un autre cas d'appendicite, dans lequel il trouva un trichocéphale vivant.

La guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges prouve nettement le rôle des nématodes dans cette maladie. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser dans quelle proportion de cas cette cause est mise en jeu. Il y a certainement des appendicites où l'infection peut être produite par d'autres facteurs que les vers, comme d'un autre côté il y a beaucoup d'exemples de la présence des parasites intestinaux, sans que pour cela l'appendicite s'ensuive nécessairement.

En présence de la grande fréquence des vers intestinaux il est donc très important, dans beaucoup de cas, de soumettre les matières fécales à l'examen microscopique. Celui-ci s'impose dans toutes les appendicites. En faisant le diagnostic de cette maladie, il faut, entre autres, rechercher des œufs de nématodes, ce qui le plus souvent est chose facile. Les œufs des ascarides, déposés déjà dans l'intestin grêle, se répartissent assez régulièrement dans les déjections et peuvent être reconnus en quelques minutes. Les œufs des trichocéphales, déposés le plus souvent dans le cæcum, sont parfois tout aussi faciles à diagnostiquer, mais, comme ils sont répartis d'une façon inégale dans les matières, il faut dans certains cas un examen répété et prolongé.

De l'ensemble de ces données il résulte un certain nombre de règles qu'on ferait bien de suivre dans la pratique.

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales.

2° Dans tous les cas où il y aurait possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides et du thymol contre le trichocéphale.

3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite, de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée.

4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique.

5° Examiner de temps en temps, surtout chez les enfants, les selles, et administrer des vermifuges.

Pour sa part, M. Metchnikoff est convaincu que l'application de ces prescriptions guérira un certain nombre d'appendicites, atténuera la gravité de certaines autres et diminuera la fréquence de cette maladie.

M. Cornil a relaté l'observation d'une malade qui a succombé dans son service à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs abdominales très violentes : on pensa successivement à une appendicite, à une colique de miserere, enfin à une simple péritonite. Ce dernier diagnostic fut vérifié par l'autopsie. Le côté intéressant c'est qu'avant de mourir cette femme fut prise d'une **hématémèse très intense**. La nécropsie ne montra rien sur l'intestin. L'estomac présentait, outre des plaques hémorragiques et des ecchymoses, une toute petite ulcération.

A quatre heures l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Rendu sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est ainsi formée : en première ligne, M. Joffroy; en deuxième ligne, M. Troisier; en troisième ligne, M. Chauffard; en quatrième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Ballet, Gaucher et Marie.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La discipline de la toux chez les tuberculeux. — (M. Lalesque [d'Arcachon].) La plupart des tuberculeux prennent l'habitude de tousser par quintes, dès qu'ils sentent vers le larynx, la trachée ou la partie supérieure de la poitrine, le moindre chatouillement.

Lorsque l'irritation résulte de l'inflammation ou de la présence du tubercule, la toux n'aboutit pas, elle est *sèche*. Lorsqu'elle dépend de la présence des sécrétions, « le violent courant d'air expiratoire produit au travers de la glotte rétrécie, par les secousses de la toux, amène le rejet d'une expectoration : la toux est *humide*. »

« La toux sèche est *inutile* parce que sans but, sans résultat. La toux humide poursuit un but, atteint un résultat, elle est *utile*. D'où l'indication de supprimer la première, et de réduire au strict nécessaire, au minimum possible, la seconde. »

Ainsi que l'a montré Sabourin, cette toux sèche ne fait qu'entretenir l'irritation : plus on tousse, plus on a envie de tousser.

M. Lalesque cite à ce propos la formule classique de Detweiler : « Quand vous avez une démangeaison en public vous ne vous grattez pas. Eh bien! la toux sans crachats, c'est le grattage de la gorge qui démange : ne vous grattez pas la gorge en public. »

Au moment où le chatouillement laryngé se produit, « le malade fermera la bouche doucement, sans contraction, et par la voie nasale fera une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même. » Ainsi après un apprentissage de quelques jours le malade arrivera à supprimer la toux sèche, la toux inutile.

Pour la toux *humide* il y a encore un apprentissage à faire : Le tuberculeux doit éviter de donner plusieurs coups de toux pour expulser un crachat. Il doit attendre que le crachat se détache tout seul et n'ait plus besoin que de deux ou mieux *une* secousse pour être expulsé.

Grâce à cette discipline le malade *ne tousse que pour cracher*. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1901.)

MÉDECINE MILITAIRE

Le service de santé pendant le siège de la légation de France à Pékin (20 juin-15 août 1900). — Notre confrère, M. Matignon, médecin-major de l'armée, détaché à la Légation de France à Pékin, vient de publier une note intéressante sur la façon dont fonctionna le service de santé pendant le siège des légations.

Trois médecins, un médecin militaire japonais, un médecin de la marine des États-Unis, et un médecin militaire français organisèrent, comme ils le purent, les secours.

Leur matériel était presque nul, les ressources des pharmaciens des légations étaient des plus restreintes. Le personnel fort réduit se bornait à un infirmier allemand à la légation d'Autriche-Hongrie, et à deux équipes de brancardiers pris parmi les chrétiens réfugiés.

M. Matignon avait organisé à la légation une petite infirmerie où les blessés étaient soignés avant d'être dirigés à l'ambulance internationale installée à la légation anglaise.

Dans les statistiques fournies par M. Matignon, on constate que les morts ont succombé le plus souvent à des blessures à la tête (71,8 p. 100). Ce sont surtout les balles qui ont été meurtrières, 87,5 p. 100 contre 12,5 p. 100, par blessures d'obus.

Pour les blessures simples, les blessures à la tête furent encore les plus nombreuses et de beaucoup.

D'une façon générale, ce sont les Français qui ont eu le plus de morts au feu : 24,4 p. 100 de l'effectif, officiers morts 50 p. 100.

Une remarque curieuse en terminant : sur 22 officiers de tout grade et de toutes nationalités qui ont participé à la défense se trouvaient 19 officiers combattants et 3 médecins. Les premiers ont eu 14 blessés soit 73,6 p. 100. Les seconds ont été blessés tous les trois, soit 100 p. 100. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, mars 1901.)

TOXICOLOGIE

Les empoisonnements par les artichauts cuits. — M. Roger, en 1898, avait déjà observé dans son service d'hôpital des cas d'empoisonnements par les artichauts cuits.

M. Barthe ayant constaté, sur des malades de Bordeaux, des symptômes d'intoxication, d'ailleurs bénins, à la suite d'ingestion d'artichauts cuits, constata que ces artichauts qui, la veille, ne présentaient rien d'anormal, avaient pris une teinte verdâtre ne tardant pas à passer au bleu, puis au bleu de Prusse. Il constata que des feuilles bleues pouvaient en six à sept heures contaminer un artichaut cuit et sain.

La matière colorante des feuilles est insoluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme et la benzine, elle se dissout dans l'eau. Elle rougit par les acides, bleuit par les alcalis et présente en un mot à peu près les caractères du bleu d'oseille.

On doit conclure de ces faits que les artichauts cuits doivent être consommés peu de temps après leur cuisson. (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1er nov. 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Étude expérimentale et clinique sur quelques persulfates et sur la persodine, par M. H. Rigot, ancien interne des hôpitaux de Saint-Étienne. — Les persulfates ont été tout nouvellement introduits dans la thérapeutique, à la suite

des remarquables recherches chimiques et expérimentales de MM. A. et L. Lumière par MM. Garel, Millian, Bétuel qui on fait connaître leur action spéciale sur la nutrition, action qui se manifeste par l'excitation de l'appétit et de l'augmentation du poids. M. le professeur A. Robin a, dans une communication récente, confirmé la valeur thérapeutique de ces corps (Soc. de thérap., janv. 1901, et *Gaz. des hôpit.*, p. 293).

La thèse de M. Rigot comprend une étude complète sur l'action physiologique et pharmaco-dynamique des persulfates alcalins et notamment des persulfates de soude et d'ammoniaque. Il publie successivement dans son travail, qui contient des tracés cardiographiques et sphygmographiques intéressants, l'historique et la chimie des persulfates, l'action sur le sang, la toxicité, l'action pharmaco-dynamique, l'action antiseptique, l'action sur la nutrition, l'action sur les digestions artificielles, et termine par l'étude clinique sur laquelle nous nous arrêterons principalement. Il insiste longuement sur l'instabilité des persulfates, qui même en solution se décomposent très vite et perdent leur oxygène. Cette réaction est activée par les plus petites traces de matières organiques : lait, vin, alcool, sirop, sucre, etc. Cette altérabilité avait empêché d'utiliser en thérapeutique les persulfates alcalins, car dans la pratique pharmaceutique il serait arrivé fatalement qu'au lieu de prendre des persulfates chimiquement purs, le malade aurait pris des persulfates altérés, c'est-à-dire un mélange de persulfates, de sulfates et d'acide sulfurique. MM. A. et L. Lumière sont parvenus pourtant à obtenir une solution stable de persulfates alcalins en mélangeant ces persulfates dans certaines conditions de réaction et dans certaines proportions. Cette solution inaltérable constitue la persodine et c'est avec elle que toutes les recherches cliniques ont été faites. M. Rigot cite 39 observations avec tous les détails nécessaires, la plupart sont empruntées aux services des hôpitaux. Ce sont des tuberculeux, des anémiques, des convalescents de maladie aiguës, d'affections chirurgicales, des surmenés, des névropathes.

Sur la presque totalité de ces malades (39) on a noté une augmentation notable de l'appétit. Cette augmentation survient en général assez rapidement et amène le plus souvent une sensation de bien-être. La digestion est rendue meilleure et enfin, point important, une augmentation de poids souvent considérable est signalée dans la plupart des cas. Comme conséquence, l'embonpoint reparaît, les forces reviennent. Tels sont les effets successifs que la lecture des observations révèle chez la plupart des malades. (Th. de Lyon, déc. 1900.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin est responsable des accidents que peuvent causer les rayons X employés par lui dans un but thérapeutique.

Ainsi vient de décider la 1re chambre du tribunal civil en faisant droit à une demande de 5000 francs en dommages et intérêts formée par une dame M... contre un médecin qui l'avait grièvement brûlée au visage par une application de rayons X.

Parmi les considérants sur lesquels s'appuie le jugement relevons les suivants.

« Attendu, au surplus, que la faute grave et même la faute simple n'est pas nécessaire pour engager la responsabilité de M. N...; qu'en effet, dans l'état actuel des fautes révélées par le rapport et les débats ce dernier apparaît non comme un médecin pour lequel certaine école voudrait admettre une sorte d'irresponsabilité scientifique, même dans les plus grandes audaces ou les plus évidentes erreurs, mais comme un industriel d'un ordre particulier, responsable non seulement de sa faute lourde, mais d'après les principes généraux du droit, de tout fait causant à autrui un préjudice.

Or, attendu que le fait est certain, que le préjudice est incontestable et que la somme réclamée par la demanderesse constitue une évaluation très modérée des dépenses considérables et des souffrances cruelles que lui a occasionnées la brûlure due aux imprudences de M. N..., le tribunal condamne ce dernier à payer à la dame M... la somme de 5000 francs à titre de dommages-intérêts, le condamne à tous les dépens, y compris les frais d'expertise. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nouvelles chaires à l'Université de Paris. — La commission mixte, composée de douze membres du Conseil de l'Université, délégués des Facultés, et de dix conseillers municipaux, nommée pour dresser une liste des candidats aux deux chaires nouvelles de gynécologie et de chirurgie infantile, créées récemment sous les auspices du Conseil municipal, s'est réunie à la Sorbonne sous la présidence de M. Gréard.

Elle a porté, pour la première de ces chaires, au premier tour, en première ligne, M. Pozzi par 12 voix contre 5 à M. Bouilly, 4 à M. Segond, 1 bulletin blanc; en deuxième ligne, M. Bouilly, par 13 voix contre 9 à M. Segond.

La désignation des candidats à la chaire de chirurgie infantile a donné lieu au scrutin suivant :

Au premier tour : M. Kirmisson 8 voix, M. Brun 9 et M. Broca 5; au deuxième tour : M. Kirmisson 11, M. Brun 11 ; au troisième tour : M. Kirmisson 13, M. Brun 9.

M. Kirmisson a été porté en première ligne.

M. Brun a été porté en seconde ligne par 19 voix contre 3 à M. Broca.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Voici l'ordre de passage des candidats pour les leçons orales de trois quarts d'heure :

Chirurgie. — 12 mars : MM. Pillon et Michel; 13 mars : MM. Morestin et Auvray; 15 mars : MM. Longuet et Delbet (Paul) 16 mars : MM. Launay et Tixier; 18 mars : MM. Bégouin et Le Fort; 19 mars : MM Gayet et Savariaud ; 20 mars : MM. Souligoux et Marion ; 22 mars : MM. Thévenot et Delore ; 25 mars : MM. Vitrac et Lambret; 26 mars : MM. Villard et Vanverts ; 27 mars : MM. Baudet et Bouglé ; 28 mars : MM. Gosset et Jeanbreau.

Accouchements. — 29 mars : MM. Govin et Keim ; 15 avril : MM. Bouchacourt et Demelin ; 16 avril : MM. Brindeau et Commandeur ; 17 avril : MM. Dubrisay et Macé ; 18 avril : MM. Andérodias et Fabre ; 19 avril : MM. Thoyer et Potocki.

Clinicat des maladies mentales. — Le jury se compose de MM. Debove, Joffroy, Brissaud, professeurs à la Faculté ; Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; Marcel Briand, médecin en chef à Villejuif ; Achard et Thoinot, agrégés. — Suppléants : MM. Dupré et Marfan, agrégés.

La carrière médicale et les bacheliers de l'enseignement moderne. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a décidé dans sa dernière session que « le diplôme de baccalauréat moderne, étant donné le caractère et la destination de l'enseignement moderne, ne devra pas ouvrir l'accès des Facultés des lettres, de droit, de médecine. »

Marine. — M. le médecin de première classe Arbaud, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Du-Chayla* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Roux-Fressineng.

M. le médecin principal Drago, du cadre de Toulon, est désigné pour aller concourir au service à terre du port de Cherbourg.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 16 MARS 1901. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux, par M. Ch. Viannay, interne des hôpitaux de Lyon. — Séance de la Société de chirurgie. — Médicaments nouveaux. Le pétrolan, nouvel agent dermatothérapique. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux.

Par M. Ch. Viannay,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — La connaissance de l'adénopathie inguinale à distance, dans les cancers viscéraux, est de date relativement récente.

Sans doute, la propagation des cancers aux ganglions lymphatiques voisins a dû être connue de tout temps ; elle a probablement frappé le premier observateur attentif qui eut à examiner un cancer.

Sans remonter jusqu'à Galien et Hippocrate, nous dirons qu'Ambroise Paré connaissait l'adénopathie axillaire du cancer du sein. « Quand le chancre (lisez le cancer) est à la mamelle, dit-il, souvent engendre inflammation sous les aisselles, et tumeurs aux glandes d'icelle (1). » Jean-Louis Petit (2) signale aussi les ganglions satellites du cancer du sein, et donne un procédé pour leur extirpation. Il signale même l'extension possible du néoplasme aux « ganglions jugulaires ». Mais ce chirurgien, pas plus que les autres médecins et chirurgiens de son époque, ne semble avoir encore la notion de l'adénopathie cancéreuse *à distance*.

La première mention de la dégénérescence à distance des ganglions externes, au cours d'un cancer viscéral, est attribuée à Virchow, par Henoch (3), Leube et les auteurs allemands.

Virchow indiquait, parmi les signes des cancers de l'abdomen, le gonflement cancéreux d'une glande jugulaire au-dessus de la clavicule gauche, non loin de l'embouchure du canal thoracique. Après lui, Henoch (loc. cit.) et Oppolzer (4) ont insisté à nouveau sur l'importance de l'adénopathie sus-claviculaire, dans le diagnostic des cancers de l'abdomen. Oppolzer signalait en outre, mais très incidemment, le gonflement des ganglions *inguinaux*. Pendant longtemps, l'adénopathie sus-claviculaire attira seule l'attention des cliniciens.

La première mention que nous ayons rencontrée de l'adénopathie inguinale, depuis Oppolzer, se trouve dans une leçon clinique de Jaccoud, faite à Lariboisière en 1872. Un malade, atteint de cancer du poumon, présentait des dégénérescences secondaires des ganglions cervicaux et *inguinaux* du côté droit. Bien que le professeur Jaccoud ait insisté sur l'importance diagnostique de ce signe, l'adénopathie inguinale accompagnant les cancers viscéraux, parut rester dans l'oubli : elle n'est que très rarement signalée dans les observations de cancers viscéraux publiées à cette époque.

Leichtenstern (1) en avait bien fait mention dans un mémoire sur le cancer du foie, mais seulement pour diminuer l'importance de ce symptôme. D'après Leichtenstern, il faut se garder de conclure à un carcinome secondaire des ganglions inguinaux, lorsque ces ganglions forment une saillie plus notable, produite souvent par l'émaciation seule ou à l'occasion d'un « gonflement œdémateux par stase ». Cependant, Demarquay (*Bull. Soc. chir.*, 1870), Catteau (Th. de Paris, 1876) avaient publié des cas d'adénopathie inguinale, au cours de cancers viscéraux généralisés à l'ombilic.

En 1879, Leloir communique à la Société anatomique une observation de carcinome latent du poumon accompagné d'adénopathie carotidienne et sus-claviculaire ; en outre, dans la région de l'aine, on sentait *quelques petits ganglions indurés*.

Puis, il n'est plus question de l'adénopathie inguinale cancéreuse, dans la littérature médicale, jusqu'à la thèse de Belin (2). Cependant, le 12 novembre 1886, au cours d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Troisier avait rappelé que l'on peut, au cours du cancer de l'estomac, rencontrer diverses adénopathies externes. « On trouve quelquefois, dit-il, des ganglions dans les aisselles ; M. Jaccoud ne manque jamais de les rechercher au pli de l'aine, et, d'après ce qu'il m'a dit, il les a rencontrés plusieurs fois. C'est donc une règle clinique, lorsqu'il existe une affection cancéreuse plus ou moins manifeste, d'explorer avec soin tous les ganglions périphériques. »

(1) A. Paré. *Œuvres complètes*, 13e édit., p. 172, Lyon 1685.
(2) J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, p. 237, Paris 1774.
(3) Henoch. *Klinik der Unterleibs-Krankheiten*, vol. I, Berlin 1854.
(4) Oppolzer. *Wien. med. Wochens.*, 1865, p. 38.

(1) Leichtenstern. *Ziemssen's H*, 1878, VIIIe vol., 1re partie, p. 349.
(2) Belin. *Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral*, Th. de Paris, 1888.

Ainsi, on commençait à s'occuper des adénopathies externes à distance dans les cancers viscéraux. En 1888, Belin (loc. cit.) soutint sur ce sujet une thèse très documentée, à laquelle nous avons fait plus d'un emprunt. Dans ce travail, l'adénopathie sus-claviculaire est donnée comme l'une des plus fréquentes, parmi les déterminations ganglionnaires externes des néoplasmes viscéraux. Mais l'auteur, développant les idées de Jaccoud, accorde aussi une grande importance à l'*adénopathie inguinale*.

En 1889, M. Troisier (1) étudie à nouveau l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen; il apporte des observations nouvelles et analyse la pathogénie de ce symptôme, tout en signalant cependant les autres adénopathies externes, l'inguinale entre autres, dont il note la coïncidence fréquente avec l'adénopathie sus-claviculaire, et aussi l'existence isolée.

Depuis le mémoire classique de M. Troisier, suivi d'un second mémoire du même auteur, et de la thèse de Rousseau (2), l'adénopathie sus-claviculaire semble avoir éclipsé toutes les autres adénopathies externes, et l'adénopathie inguinale notamment semble être retombée dans l'oubli.

M. Bouveret (3) la signale cependant parmi les signes de la péritonite cancéreuse, consécutive au cancer de l'estomac. De même, M. Courtois-Suffit (4) exposant les signes du cancer du péritoine, écrit : « Les régions inguinales présentent l'engorgement des ganglions, signe sur lequel Guéneau de Mussy a attiré l'attention. » Pozzi (5), Pichevin (6) signalent l'adénopathie inguinale dans le cancer du corps de l'utérus.

Mais à part ces quelques exceptions, la majorité des auteurs ne sigalent pas l'adénopathie inguinale dans le cours des cancers viscéraux, ou ne lui accordent pas toute l'importance qu'elle nous paraît mériter. Il semble qu'on ne se souvienne plus de cette parole de M. le professeur Jaccoud (cité par Belin) : « L'altération des ganglions cervicaux et sus-claviculaires est importante sans doute (dans le diagnostic des cancers de l'abdomen), mais elle est *moins fréquente et plus tardive que celle des ganglions inguinaux.* »

Un seul auteur, M. Collet (7), place l'adénopathie inguinale au premier rang des adénopathies externes, dans le cancer de l'estomac du moins : « Les *ganglions inguinaux*, axillaires et sus-claviculaires gauches, sont quelquefois envahis, et on les sent rouler sous le doigt comme de petites masses indurées. »

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment plusieurs cas d'adénopathie inguinale secondaire, au cours de différents cancers viscéraux. Dans plusieurs cas même, la dégénérescence ganglionnaire a été le premier symptôme apparent. Aussi, convaincu de la fréquence et de la grande valeur diagnostique de l'adénopathie inguinale au cours des cancers profonds, voulons-nous de nouveau attirer l'attention sur ce symptôme, qui n'a pas encore été l'objet d'une étude d'ensemble, et qui nous semble mériter, par son importance, de prendre place à côté de l'adénopathie sus-claviculaire de Troisier (1).

(1) Troisier. Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, *Arch. gén. de méd.*, févr.-mars 1889, et *Ibid.*, 1893, t. XXXI, p. 425.

(2) Rousseau. *Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux*, Th. Paris, 1895-96, t. XXXI.

(3) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

(4) Courtois-Suffit. *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, 2e édit., t. IV, p. 674.

(5) Pozzi. *Traité de gynécologie.*

(6) Pichevin. Cancer utérin et adénopathie inguinale, *Semaine gynécol.*, 1895.

(7) Collet. *Précis de pathologie interne* (Coll. Testut), t. I, p, 418.

II

Étiologie. — Nous donnerons d'abord la liste des néoplasmes viscéraux qui peuvent s'accompagner de dégénérescence des ganglions inguinaux, puis nous chercherons à préciser, par l'analyse des observations, sous quelles influences et à quelle époque se fait cette dégénérescence.

A. Enumération des cancers viscéraux qui peuvent retentir sur les ganglions inguinaux. — Presque tous les cancers viscéraux peuvent s'accompagner d'adénopathie inguinale.

Il est bien entendu que nous laissons complètement de côté tous les néoplasmes du membre inférieur, pour nous occuper uniquement des cancers viscéraux, c'est-à-dire des cancers des organes intra-pelviens, intra-abdominaux et intra-thoraciques.

1° *Cancers des organes intra-pelviens.* — On ne sera pas étonné de voir cette catégorie de néoplasmes arriver en première ligne dans l'étiologie de l'adénopathie inguinale cancéreuse.

En effet, tous les organes creux du bassin communiquent avec l'extérieur, par des conduits (anus, urètre, vagin), dont les vaisseaux lymphatiques sont tributaires des ganglions de l'aine. Cette disposition anatomique explique le fréquent envahissement de ces ganglions au cours des cancers pelviens.

Le *cancer de la prostate* se propage assez fréquemment aux ganglions de l'aine. Sur 60 observations, Pasteau (2) a trouvé signalée 25 fois l'adénopathie inguinale, ce qui donne une proportion de 36,23 p. 100. M. Delore (3) a publié récemment l'observation d'un cancéreux prostatique cystostomisé, qui présentait deux volumineuses tumeurs ganglionnaires dans les aines. Nous avons observé, pour notre part, dans le service de M. Jaboulay d'abord, qui a attiré notre attention sur ces faits, puis de M. Gangolphe, plusieurs cas d'adénopathie inguinale au cours de cancers de la prostate (4).

Dans le *cancer de la vessie*, l'engorgement des ganglions inguinaux est beaucoup moins fréquent, et Pasteau insiste sur sa rareté. Sur 62 observations de tumeurs localisées à la vessie, cet auteur a trouvé l'adénopathie inguinale signalée 9 fois seulement, soit dans 14,38 p. 100 des cas.

Dans le *cancer du rectum* proprement dit, à cellules cylindriques, sans propagation à l'anus, les ganglions inguinaux peuvent être envahis (5), parfois même de très bonne heure.

Cet envahissement est beaucoup plus commun dans le *cancer de l'utérus*, non seulement dans le cancer du col pro-

(1) Pour M. Bouveret (*Province méd.*, 9 mars 1901, p. 120), l'adénopathie inguinale est plus fréquente dans les cancers viscéraux que l'adénopathie sus-claviculaire; mais elle l'est moins que la métastase ombilicale.

Nous verrons, en effet, que le cancer de l'ombilic précède souvent l'adénopathie inguinale, qui peut n'avoir pas le temps de se produire.

(2) Pasteau. *État du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate*, Thèses de Paris, 1898-1899, t. XXXIX.

(3) Delore. Méat hypogastrique avec survie de onze mois chez un cancéreux prostatique, *Gaz. hebd.*, 5 avril 1900.

(4) Viannay. Adénopathie inguinale et cancer de la prostate, *Arch. prov. de chir.*, fév. 1901.

(5) Viannay. De l'adénopathie inguinale dans le cancer du rectum, *Gaz. hebd.*, fév. 1901.

pagé au vagin — ce qui devient un fait banal — mais dans les tumeurs limitées au corps de l'utérus (Pozzi, Pichevin). Nous dirons plus loin (voy. Pathogénie) par quelle voie se fait cet envahissement.

L'adénopathie inguinale a été notée encore par Belin, Troisier, etc., au cours des tumeurs malignes de l'*ovaire;* notons que souvent ces tumeurs étaient généralisées au péritoine.

2° *Cancers des organes abdominaux.* — En première ligne vient le cancer du *péritoine*, qui s'accompagne très fréquemment d'adénopathie inguinale (Guéneau de Mussy, Bouveret). La péritonite cancéreuse est le plus souvent secondaire aux néoplasmes des viscères abdominaux, et certains cancers de l'abdomen ne retentissent sur les ganglions de l'aine, qu'après s'être propagés au péritoine.

C'est le cas notamment du cancer primitif de l'*épiploon*, affection rare qui peut s'accompagner d'adénopathie inguinale. Ainsi, dans une observation de lymphome du grand épiploon, généralisé au péritoine, rapportée par Camus (1), les ganglions inguinaux « avaient le volume d'un gros marron, ils étaient les uns bruns, les autres jaunâtres, tous indurés, ainsi que le tissu cellulaire périphérique ». Tout récemment, nous avons observé et autopsié, dans le service de M. Jaboulay, une femme atteinte de péritonite cancéreuse avec ascite et adénopathie inguinale, probablement consécutive à un néoplasme primitif du grand épiploon (2),

L'envahissement des ganglions de l'aine se rencontre également dans les néoplasmes du tube digestif.

Ce symptôme peut accompagner le *cancer du gros intestin.* Sur 426 cas, De Bovis (3) a trouvé l'adénopathie inguinale signalée 7 fois. C'est là une proportion assez faible, mais il se peut que tous les malades qui entrent dans cette statistique n'aient pas été soigneusement examinés à ce point de vue. Tout récemment, Wipham (4) publiait un cas de cancer primitif de l'*appendice vermiculaire*, dans lequel les ganglions du cou, du médiastin antérieur et *des aines* étaient durs et augmentés de volume.

Les néoplasmes de l'intestin grêle (iléon, jéjunum, duodénum) peuvent aussi s'accompagner d'adénopathie inguinale; mais le plus souvent, les ganglions de l'aine ne sont envahis qu'après le péritoine : l'engorgement ganglionnaire relève alors plutôt de la péritonite cancéreuse.

De tous les cancers du tube digestif, ceux qui se propagent le plus fréquemment aux ganglions de l'aine, sont, de beaucoup, les néoplasmes de l'*estomac*. L'adénopathie inguinale, dans le cancer de l'estomac, a été notée par Jaccoud, Belin, Troisier. M. Bouveret la signale parmi les signes ordinaires de la généralisation du cancer de l'estomac.

Les néoplasmes des autres viscères abdominaux peuvent également se propager aux ganglions inguinaux. Schwing (cité par Belin) a observé un cas de cancer primitif du *foie* chez une femme enceinte qui présentait de l'engorgement des ganglions cervicaux, axillaires, cubitaux et *inguinaux.* Le cancer de la *vésicule biliaire* doit lui aussi, pouvoir se généraliser aux ganglions de l'aine. L'adénopathie inguinale était douteuse dans une observation d'un malade de Troisier,

(1) Camus. *Étude des néoplasies primitives du grand épiploon*, Thèses de Paris, 1891-1892, t. V.

(2) Viannay. Deux cas d'adénopathie inguinale précoce au cours d'un cancer viscéral, *Lyon méd.*, oct. 1900 (Obs. I).

(3) De Bovis. Le cancer du gros intestin, rectum excepté, *Revue de chir.*, juillet 1900.

(4) Wipham. *The Lancet*, 2 fév. 1901, p. 319.

recueillie par Decloux [observation XLVIII de la thèse de Saint-Fuscien (1)] : on ne sentait pas de ganglions sus-claviculaires, et les ganglions cruraux atteignaient les dimensions de lentilles des deux côtés.

Dans le *cancer du pancréas*, Belin a noté deux fois l'engorgement des ganglions de l'aine. Tout récemment, M. Mouisset (2), à la suite d'une communication que nous faisions à la Société des scienees médicales de Lyon, sur la valeur séméiologique de l'adénopathie inguinale dans le diagnostic des cancers viscéraux, a signalé un cas de cancer du pancréas, dans lequel une adénopathie inguinale précoce fut le premier signe qui le mit sur la voie du diagnostic.

Nous n'avons trouvé aucun cas d'adénopathie inguinale au cours des tumeurs malignes du *rein*. La généralisation ganglionnaire des cancers de cet organe, paraît se faire constamment de bas en haut, ainsi qu'il résulte des observations recueillies par Guillet (3). La première étape de la généralisation est représentée par les ganglions du hile, puis l'infection cancéreuse suit le canal thoracique et gagne les ganglions médiastinaux et cervicaux.

Dans le cancer du *bassinet* et de l'*uretère*, Roussel (4) ne signale pas un seul cas d'adénopathie inguinale, sur 8 observations réunies dans sa thèse.

On n'a pas noté davantage, à notre connaissance, l'existence de l'adénopathie inguinale dans les tumeurs malignes de la *rate*, ni des *capsules surrénales.* Mais rien ne s'oppose à ce que ces cancers se généralisent comme les autres aux ganglions de l'aine. Il est fort probable que, si l'adénopathie inguinale n'a pas été signalée dans ces diverses variétés de tumeurs, c'est qu'elle n'a pas été systématiquement recherchée.

En somme, la majorité des cancers abdominaux, mais surtout ceux du tube digestif et de ses annexes, retentissent plus ou moins fréquemment sur les ganglions inguinaux.

3° *Cancers des organes intra-thoraciques.* — L'*œsophage* nous servira de transition entre les viscères de l'abdomen et ceux du thorax.

Bien que les cancers de cet organe envahissent surtout les ganglions sus-claviculaires et axillaires, ils peuvent, dans certains cas, se propager jusqu'aux ganglions de l'aine. Dans un cas rapporté par Belin, en explorant les ganglions inguinaux, on sentait que, « verticales aussi bien que transversales, ces glandes étaient dures, augmentées de volume, non adhérentes à la peau, aussi bien à droite qu'à gauche. »

L'adénopathie inguinale se rencontre aussi dans le *cancer du poumon*. Nous citions plus haut un cas de Jaccoud, dans lequel on avait noté des ganglions sus-claviculaires et inguinaux engorgés du côté droit, et une observation de cancer latent du poumon, pris pour de la tuberculose, présentée par Leloir à la Société anatomique, en 1879, dans laquelle il existait aussi une adénopathie inguinale du côté droit.

Le *cancer de la plèvre* ne paraît pas retentir sur les ganglions de l'aine. Du moins l'adénopathie inguinale n'est signalée dans aucun des cas réunis par Triviot (5). Il est vrai que ces

(1) De Saint-Fuscien. *Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire*, Thèses de Paris, 1896-97, t. XL.

(2) Mouisset. *Province méd.*, 9 mars 1901, p. 120.

(3) Guillet. Thèses de Paris, 1887-1888, t. VIII.

(4) Roussel. *Cancer du bassinet et de l'uretère*, Thèses de Paris, 1898-99, t. XLIV.

(5) Triviot. *Du cancer primitif de la plèvre*, Thèses de Lyon, 1895-1896, t. IC.

cas sont en majorité des sarcomes primitifs de la plèvre; or le sarcome retentit peu sur les ganglions.

Chauvain (1), dans sa thèse sur la forme pleurétique du cancer du poumon ne signale pas davantage l'engorgement des ganglions inguinaux; il parle seulement des adénites cervicales, sus-claviculaires, axillaires, mais ne dit mot de l'adénopathie inguinale.

Dans le cancer du *cœur*, au moins dans les quelques cas parmi ceux réunis par Laisney (2). qui peuvent passer pour des néoplasmes primitifs de cet organe, les auteurs ne signalent ni adénopathie inguinale, ni aucune autre généralisation ganglionnaire. Les néoplasmes thoraciques retentissent donc beaucoup plus rarement, sur les ganglions de l'aine que les cancers de l'abdomen et du bassin.

Pour clore cette liste nous dirons un mot de deux cancers qui, bien que ne rentrant pas dans la catégorie des néoplasmes viscéraux, se rapprochent de ces derniers, par ce fait qu'ils peuvent eux aussi retentir à distance sur les ganglions de l'aine. Nous voulons parler du cancer du testicule et du carcinome primitif des ganglions atteignant un groupe ganglionnaire très éloigné du groupe inguinal.

L'adénopathie inguinale peut survenir, d'après Broca (3), au cours des tumeurs malignes du testicule, par envahissement rétrograde de la chaîne ganglionnaire ilio-cruro-inguinale. « Cela s'observe quelquefois dit-il, mais je me hâte d'ajouter que, le plus souvent, les ganglions inguinaux s'engorgent directement, la tumeur testiculaire s'étant propagée aux enveloppes des bourses. » Mais alors, il s'agit d'un fait banal, qui n'entre plus dans le cadre de notre étude.

Enfin, MM. Colrat et Lépine (4) ont observé un cas de généralisation aux ganglions de l'aine, d'un carcinome ganglionnaire primitif de l'aisselle.

B. Influences qui favorisent l'envahissement des ganglions inguinaux. — 1. *Proximité de la tumeur primitive.* — Un fait qui était d'ailleurs à prévoir, se dégage de l'examen des très nombreuses observations que nous avons parcourues : plus un néoplasme est proche des ganglions inguinaux — même lorsqu'il siège dans un organe dont les lymphatiques ne sont pas tributaires de ces ganglions — plus il a de chances de les envahir. C'est ainsi que nous voyons venir en première ligne, dans l'étiologie de l'adénopathie inguinale cancéreuse, les néoplasmes des organes intra-pelviens; arrivent ensuite les cancers des viscères intra-abdominaux, et en dernier lieu ceux des organes intra-thoraciques. Ce fait s'explique aisément, car, ainsi que nous le dirons à la pathogénie, l'envahissement néoplasique des ganglions de l'aine nécessite l'arrivée, dans ces ganglions, de cellules cancéreuses qui doivent en général cheminer à l'encontre du cours de la lymphe. Or il est clair que plus la distance qui sépare le néoplasme primitif des ganglions inguinaux sera grande, plus les cellules détachées de sa masse auront de peine à parvenir jusqu'à ces ganglions.

2. *Nature de la tumeur primitive.* — Nous n'avons pu, faute d'examens histologiques assez nombreux, établir de corrélation nette entre la nature des néoplasmes primitifs et la fréquence des métastases inguinales. Il est à peine besoin de rappeler que seules les tumeurs malignes envahissent les ganglions. Peut-être certains cancers, plus friables, abandonnent-ils plus volontiers leurs cellules au cours de la lymphe? Mais nous entrons ici dans le domaine de l'hypothèse. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, là comme toutes les fois qu'il s'agit de généralisation ganglionnaire, les sarcomes brillent par leur abstention.

C. Epoque de l'envahissement des ganglions inguinaux. — La date de l'envahissement ganglionnaire est variable. Elle paraît être en rapport, ainsi qu'il résulte des recherches de MM. Regaud et Barjon (1), d'une part avec le *degré de malignité* de la tumeur primitive, d'autre part, avec la *richesse en lymphatiques de la région où elle siège.* Au point de vue clinique, il semble que l'on puisse distinguer deux catégories de faits. Tantôt l'envahissement des ganglions inguinaux survient tardivement, il n'est alors qu'un épisode effacé d'une généralisation déjà avancée : tantôt la métastase inguinale apparaît *avant tout autre symptôme*; nous avons eu l'occasion d'observer (loc. cit.) plusieurs cas de ce genre. On conçoit sans peine quelle importance diagnostique peut avoir cette adénopathie inguinale précoce. Est-ce à dire que les ganglions de l'aine soient réellement envahis, dans ces cas, avant tous les autres groupes ganglionnaires? Nous ne le pensons pas. Mais, en raison de la situation superficielle du groupe inguinal, son envahissement attire plus tôt l'attention : il devient donc un signe clinique de la plus grande importance.

III

Pathogénie. — Comment les cellules cancéreuses provenant de néoplasmes de sièges aussi variés que ceux énumérés plus haut, arrivent-elles jusqu'aux ganglions inguinaux?

Cette question n'est pas également aisée à résoudre pour tous les cas, et une classification nous paraît s'imposer.

Nous distinguerons :

A. Des adénopathies par envahissement ganglionnaire direct.

B. Des adénopathies par envahissement ganglionnaire rétrograde.

A. Adénopathies par envahissement ganglionnaire direct. — Nous groupons sous ce titre tous les cas dans lesquels les cellules cancéreuses n'ont qu'à suivre le cours normal de la lymphe pour arriver aux ganglions de l'aine, qui sont alors envahis par leurs *vaisseaux afférents.* Dans cette classe rentrent donc seulement les néoplasmes viscéraux qui intéressent le territoire organique tributaire des ganglions inguinaux. Mais ici une distinction s'impose, suivant que le néoplasme siège primitivement dans le territoire organique en question, ou bien qu'ayant pris naissance hors de ce territoire, il ne l'a atteint que secondairement. Dans le premier cas, nous dirons qu'il y a *envahissement direct primitif* des ganglions de l'aine et, dans le second, *envahissement direct secondaire.*

1. *Envahissement direct primitif.* — Rappelons brièvement les limites du territoire organique tributaire des ganglions inguinaux. Ces ganglions reçoivent, outre les lymphatiques du membre inférieur dont nous ne nous occupons pas, les vaisseaux blancs des organes génitaux externes, de l'urètre,

(1) Chauvain. *De la forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon*, Thèses de Paris, 1896-97, t. IX.

(2) Laisney. *Étude sur le cancer du cœur*, Thèses de Paris, 1894-95, t. XX.

(3) Broca. *Traité des tumeurs*, p. 268.

(4) Colrat et Lépine. Note sur un cas de carcinome primitif ganglionnaire, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1878.

(1) Regaud et Barjon. *Anatomie pathologiqne du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins*, mémoire couronné par l'Acad. de méd. (prix Portal, 1896).

du périnée, de l'anus, du vagin, de la fesse, de toute la moitié sous-ombilicale du tronc, et enfin *quelques lymphatiques de l'utérus*. Ces derniers vaisseaux, injectés par Mascagni, vont se jeter dans les ganglions de l'aine, en suivant le ligament rond; leur existence paraît assez constante, puisqu'ils ont été injectés de nouveau par M. Poirier (1).

Un seul viscère, et sur un certain nombre de sujets seulement, fait donc partie du territoire organique des ganglions inguinaux : l'utérus. Seul le cancer de l'utérus rentre donc dans cette première catégorie, car seul il peut envoyer directement et d'emblée, des cellules cancéreuses dans les ganglions de l'aine.

2. *Envahissement direct secondaire.* — Cette seconde catégorie comprend tous les cancers qui, développés dans un viscère quelconque, ont franchi secondairement les limites du territoire inguinal. Mais ici, une nouvelle division s'impose, suivant que le néoplasme en question a envahi le territoire inguinal *par continuité*, ou *par métastase*.

a. *Par continuité.* — C'est le cas de presque tous les cancers des viscères intra-pelviens. Ces viscères, en effet, communiquent avec l'extérieur par des conduits (anus, vagin, urètre) dont les vaisseaux lymphatiques vont se jeter dans les ganglions de l'aine. Dès que le processus néoplasique a atteint ces conduits et leurs lymphatiques, l'adénopathie inguinale peut survenir par *envahissement direct secondaire.* C'est là le cas le plus ordinaire.

L'envahissement par continuité du territoire inguinal se fait encore fréquemment au niveau de la cicatrice ombilicale. On sait la fréquence relative du cancer secondaire de l'ombilic au cours des néoplasmes de l'abdomen. Or, l'ombilic est situé sur les confins des deux territoires ganglionnaires axillaire et inguinal. Un cancer secondaire de l'ombilic peut donc infecter les ganglions de l'aine, et donner lieu à ce que MM. Quénu et Longuet appellent une localisation néoplasique *tertiaire*.

L'envahissement de l'ombilic par continuité, disent ces auteurs (2), s'observe lorsque le viscère infectant se trouve, par son siège normal ou anormal, appliqué directement contre les tissus ombilicaux. Cet organe juxta-ombilical lui-même affecte, par rapport à l'ombilic, des connexions de deux ordres : tantôt il est *rétro-ombilical*, l'envahissement des tissus ombilicaux commence par la face postérieure de la cicatrice, puis s'étend de proche en proche, d'arrière en avant; tantôt il est *intra-ombilical, c'est-à-dire hernié* à travers la cicatrice ombilicale distendue, alors la cicatrice est attaquée par son bord tranchant, par envahissement excentrique.

Mais le plus souvent, l'ombilic est envahi *par métastase*, ou embolie cancéreuse.

b. *Par métastase.* — 1° *Métastase ombilicale.* — C'est l'une des plus fréquentes. Quelle voie suivent les embolies cancéreuses pour arriver jusqu'à l'ombilic?

La propagation se fait ordinairement par la *voie lymphatique*; et le chemin suivi le plus volontiers par l'infection cancéreuse, est le *ligament suspenseur du foie.* Les lymphatiques contenus dans ce ligament communiquent en effet avec ceux du foie, et par leur intermédiaire avec ceux de l'estomac : on conçoit donc que tous les néoplasmes de l'estomac et du foie (primitifs ou secondaires) puissent envoyer des embolies cancéreuses jusqu'à l'ombilic, en suivant le ligament suspenseur du foie. Telle est la marche ordinaire de l'infection, en général facile à suivre, pour les néoplasmes des viscères sus-ombilicaux.

Il n'en est pas de même pour les cancers de la portion sous-duodénale du tube digestif, et pour ceux des viscères pelviens : souvent la voie suivie par l'infection cancéreuse nous échappe.

Cependant, un fait de Chuquet (1) autorise à penser que les embolies cancéreuses peuvent gagner l'ombilic en suivant les *lymphatiques de l'ouraque.* Dans l'observation I de cet auteur, relative à un cancer kystique du ligament large, la paroi abdominale était couverte de granulations cancéreuses qui remontaient le long de l'ouraque et des artères épigastriques. Parfois, la propagation se fait par le *réseau lymphatique du péritoine pariétal* : au cours d'une péritonite cancéreuse, un noyau pariéto-péritonéal peut se développer juste au niveau de l'anneau ombilical. Enfin, pour les cas dans lesquels l'autopsie la plus minutieuse ne permet pas de déceler le chemin suivi par le néoplasme, on pourrait admettre que des cellules détachées d'un cancer abdominal ont été portées jusqu'à la cicatrice ombilicale par un épanchement ascitique, et sont venues se greffer sur le péritoine ombilical. Mais c'est là une explication un peu hypothétique : le péritoine passe, en effet, pour un mauvais tissu conducteur des processus néoplasiques (Dolbeau, Hardy); même lorsqu'une tumeur abdominale vient au contact du péritoine pariétal, l'union de la tumeur et de séreuse ne se fait pas directement par envahissement spécifique, mais par l'intermédiaire d'adhérences fibreuses inflammatoires (Attimont).

2° *Autres métastases.* — Mais les métastases ombilicales, bien que fréquentes, ne sont pas les seules. Un noyau de carcinose péritonéale secondaire, développé en tout autre point de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, peut être la source de l'infection des ganglions inguinaux. Alors deux mécanismes peuvent entrer en jeu :

α. Ou bien le noyau infectant, en se développant du côté de la peau, arrive à intéresser les vaisseaux lymphatiques de la paroi, tributaires des ganglions de l'aine ;

β. Ou bien ce noyau, siégeant juste au niveau du péritoine qui tapisse la face profonde du septum crural, envahit les ganglions inguinaux profonds, de proche en proche et par continuité. Ce mécanisme vient d'être signalé par M. Vallas, qui a observé un ganglion de Cloquet cancéreux, adhérant à un noyau cancéreux péritonéal.

B. Adénopathies par envahissement ganglionnaire rétrograde. — Nous rangeons dans cette classe tous les cas d'adénopathie inguinale survenant au cours d'un néoplasme complètement étranger au territoire inguinal, qui s'est propagé d'abord à un groupe ganglionnaire sus-jacent au groupe inguinal et n'a atteint que secondairement les ganglions de l'aine.

Dans ces cas, les cellules cancéreuses doivent forcément cheminer en sens inverse du cours de la lymphe : l'infection se fait par les vaisseaux efférents. Or, l'expérience montre que ces cas sont fréquents. Quel est donc le mécanisme de cette marche rétrograde des processus néoplasiques?

1. *Lymphangite cancéreuse; cancer du canal thoracique.* — La propagation peut se faire par envahissement continu des

(1) Poirier. Lymphatiques des organes génitaux de la femme, *Progrès méd.*, 1889.

(2) Quénu et Longuet. Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique, *Revue de chir.*, 1896, p. 116-117.

(1) Chuquet. Th. de Paris, 1879.

vaisseaux lymphatiques intermédiaires aux deux groupes ganglionnaires sus et sous-jacent, ou, en d'autres termes, par une véritable *lymphangite cancéreuse* descendante. Sous cette dénomination, nous comprenons aussi le cancer du canal thoracique qui n'est, en somme, que le plus volumineux des troncs lymphatiques. Mais on sait que la lymphangite cancéreuse est relativement rare.

Dans les cas où l'autopsie ne montre pas de lymphangite, il faut bien admettre que les cellules cancéreuses ont été transportées par un autre mécanisme.

On invoque alors soit le reflux de la lymphe, soit des mouvements propres aux cellules néoplasiques.

2. *Reflux de la lymphe.* — L'engorgement d'un groupe ganglionnaire (iliaque ou lombaire par exemple) doit forcément entraver le cours de la lymphe dans les territoires lymphatiques sous-jacents. On conçoit que, sous l'influence de cette gêne, il puisse se produire des mouvements oscillatoires de la lymphe circulante, des flux et des reflux, peut-être même une véritable circulation collatérale capable de transporter, par une voie détournée, des cellules néoplasiques d'un groupe ganglionnaire dans un groupe sous-jacent.

Mais une objection se présente : les valvules ne s'opposent-elles pas au reflux de la lymphe et au transport des cellules néoplasiques? L'examen des faits montre que l'obstacle des valvules n'est certainement pas insurmontable. Dans la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques, il est très commun d'observer l'envahissement de ces organes par voie rétrograde (Troisier).

3. *Mouvements actifs des cellules cancéreuses.* — Valdeyer admet encore que les cellules cancéreuses possèdent des mouvements propres, semblables aux mouvements amiboïdes des leucocytes, et qui leur permettent de remonter le cours de la lymphe. Ces deux derniers mécanismes, s'ils satisfont suffisamment l'esprit, n'en sont pas moins hypothétiques et ne reposent sur aucun fait. Il n'en est pas de même du suivant, constaté *de visu* par MM. Regaud et Barjon (loco cit.) qui, les premiers, ont pris sur le fait l'envahissement rétrograde des ganglions, par leurs voies efférentes.

4. *Thrombose cancéreuse.* — Les cellules cancéreuses arrêtées dans un vaisseau lymphatique, prolifèrent sur place et forment là une véritable thrombose cancéreuse, qui peut arriver, par voie rétrograde, à infecter un ganglion voisin au niveau de son hile. Ce ganglion pourra devenir à son tour une source d'infection pour ses voisins et ceux des groupes sous-jacents.

Tous ces différents mécanismes peuvent entrer en jeu simultanément, ou plutôt successivement dans un même cas : l'infection cancéreuse les emploie à tour de rôle, pour sauter d'un point à un autre. Dans le cas d'un néoplasme du poumon, par exemple, ou de l'œsophage, les cellules néoplasiques suivent d'abord le cours normal de la lymphe, qui les porte dans les ganglions médiastinaux d'abord, puis dans le canal thoracique. Arrivée là, l'embolie cancéreuse doit suivre une marche rétrograde, pour arriver jusqu'à l'embouchure, dans la citerne de Pecquet, des troncs lymphatiques efférents des ganglions lombaires.

Alors nous voyons entrer en jeu, dans quelques cas, la lymphangite cancéreuse — qui est représentée ici par le cancer secondaire du canal thoracique (1); dans d'autres, le reflux de la lymphe, en dépit des valvules, et les mouvements propres des cellules cancéreuses, aidés peut-être ici par l'*action de la pesanteur.* Arrivée aux ganglions lombaires, l'infection cancéreuse peut, ou bien continuer à suivre la voie lymphatique et arriver aux ganglions inguinaux par ceux de la chaîne iliaque, ou bien envahir le péritoine (1) et se servir de cette séreuse pour parvenir jusqu'au territoire inguinal.

C'est ainsi que l'infection cancéreuse peut, par voie rétrograde, se propager de proche en proche jusqu'aux ganglions inguinaux, soit en suivant constamment la chaîne lymphatique, soit en empruntant une voie détournée : péritoines, ligament suspenseur du foie, ombilic. La longueur du trajet à parcourir et la multiplicité des obstacles à franchir rendent suffisamment compte de la rareté relative de l'adénopathie inguinale dans les néoplasmes lointains, et spécialement dans ceux des viscères intra-thoraciques.

IV

Anatomie pathologique.—A. Au point de vue *macroscopique*, les ganglions envahis sont, suivant l'époque à laquelle on les observe, ou encore mobiles, ou adhérents aux organes ambiants et notamment à la peau, qui peut être envahie par le néoplasme et s'ulcérer. Au début, le ganglion néoplasique présente à la coupe une coloration blanchâtre, son aspect peut être squirrheux, ou encéphaloïde; plus tard, il peut se produire au centre une dégénérescence nécrobiotique. En outre, au processus néoplasique, vient s'ajouter constamment un élément réactionnel sub-inflammatoire, procédant souvent par poussées, du tissu conjonctif périganglionnaire. Cette réaction se traduit cliniquement par l'adhérence des ganglions néoplasiques aux organes sous-jacents et à la peau.

Enfin, dans quelques cas, l'adénopathie peut s'accompagner de *lymphangite cancéreuse.* On verra partir alors, de la masse ganglionnaire, un ou plusieurs lymphatiques indurés ou noueux qui montreront la voie suivie par l'infection cancéreuse, pour arriver jusqu'aux ganglions de l'aine.

B. Au point de vue *microscopique*, nous distinguerons, avec MM. Regaud et Barjon, trois formes d'adénopathie inguinale néoplasique :

1° L'adénopathie inflammatoire précancéreuse, ou cirrhose précancéreuse;

2° L'adénopathie cancéreuse proprement dite;

3° L'adénopathie inflammatoire survenant par infection secondaire dans les tumeurs ulcérées.

1. « L'*engorgement ganglionnaire précancéreux*, disent MM. Regaud et Barjon, est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. La lésion ganglionnaire consiste dans l'hyperplasie de la substance folliculaire, l'oblitération du réseau caverneux, l'épaississement scléreux de la charpente conjonctive de l'organe. » Un ganglion ainsi altéré est, pour un certain temps, une barrière à la propagation du cancer (Cornil et Ranvier); mais, après qu'il a subi cette première altération fibreuse, il présente plus tard tous les caractères de la tumeur primitive et devient lui-même un foyer d'infection.

2. Nous serons très brefs sur les caractères histologiques

---

(1) Voir à ce sujet : Troisier. Le cancer du canal thoracique, *Presse méd.*, 21 mai 1898, t. I, p. 273. — Mathieu et Nattan-Larrier. Soc, méd. des hôpit., nov. 1898. — Godde. *Cancer du canal thoracique.* Th. de Paris, 1898-99, t. XXII.

(1) Dans le cas d'un cancer du poumon, que nous avons choisi comme exemple, l'infection cancéreuse, au lieu de prendre la voie du canal thoracique, peut se propager d'abord à la séreuse pleurale, puis gagner le péritoine à la faveur des puits lymphatiques de Ranvier.

de l'*adénopathie cancéreuse proprement dite*, dont on conçoit aisément la grande variété, suivant la nature et le siège de la tumeur primitive. Disons seulement que les cancers du tube digestif affectent ordinairement le type cylindrique, qui se retrouve dans les ganglions inguinaux dégénérés, et que l'on voit encore des carcinomes de provenance diverse, se généraliser aux ganglions de l'aine.

3. L'*adénopathie inflammatoire* est complètement étrangère à la nature du néoplasme. Elle est d'ordre septique et inflammatoire et ne diffère pas des adénopathies que l'on observe à la suite des lymphangites microbiennes des plaies et des phlegmons.

V

Symptômes. — A. Symptômes locaux. — 1. *Période de début.* — L'invasion néoplasique des ganglions de l'aine se fait, en général, d'une façon très lente et très insidieuse.

Au début, un seul ganglion est envahi, et d'un côté seulement : le plus souvent dans l'aine *gauche*. Il est légèrement augmenté de volume, dur, indolore à la palpation, et roule aisément sous le doigt explorateur. Le malade, auquel cette petite « grosseur » ne cause en général aucune gêne, s'en aperçoit par hasard, et, s'il vient consulter à ce moment le médecin, celui-ci pense généralement à une hernie (1).

Cependant, le ganglion augmente insensiblement de volume, il atteint la grosseur d'une noix, d'un marron. A côté de lui, s'en développent parfois un ou plusieurs autres qui sont envahis parallèlement par le processus néoplasique. Il est possible encore de constater l'envahissement des groupes ganglionnaires sus-jacents aux ganglions de l'aine. Mais ces paquets ganglionnaires sont souvent d'un accès difficile. On peut les sentir, néanmoins, par un examen soigneux : palper abdominal, toucher rectal.

M. le professeur agrégé Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille, vient, dans la thèse de Nicolas (2), d'attirer l'attention sur l'adénopathie iliaque, au cours du cancer latent de la vessie. C'est là un signe d'autant plus précieux qu'il apparaît à une période moins avancée de la maladie que l'adénopathie inguinale.

2. *Période d'adhérences.* — Au bout d'un temps plus ou moins long, le ganglion premier atteint devient moins mobile. Il adhère aux plans profonds d'abord, puis plus tard aux ganglions voisins, avec lesquels il forme une masse plus ou moins régulièrement bosselée.

Enfin, la peau de la région inguinale qui, jusqu'ici, était encore mobile sur la tumeur, finit par lui adhérer. Les choses peuvent rester dans cet état pendant un temps plus ou moins long. Souvent, l'évolution du néoplasme primitif ne laisse pas à la tumeur ganglionnaire le temps d'aller plus loin.

3. *Période de ramollissement et d'ulcération.* — Peu à peu, si elle en a le temps, la tumeur se ramollit, devient fluctuante en un point. Puis la peau rougit à son sommet; elle est envahie par le processus néoplasique, et son ulcération laisse écouler une petite quantité d'un liquide sanieux, et met à nu des masses bourgeonnantes qui s'éversent au dehors en écartant les bords de la perte de substance cutanée. Alors, la tumeur inguinale est creusée à son centre d'un cratère en général peu profond, limité par un bourrelet dur à bords éversés, rempli de bourgeons néoplasiques qui sont le point de départ d'un écoulement sanieux, séreux plutôt que purulent.

Mais ni l'ulcération, ni l'évacuation au dehors de la sanie néoplasique ne diminuent le volume de la tumeur. Il ne reste pas, comme après l'évacuation du contenu d'un ganglion caséeux, une coque ganglionnaire vide, qui s'affaisse. Ici, le processus de désintégration s'accompagne d'un bourgeonnement incessant, qui amène à la surface de l'ulcération, des masses néoplasiques constamment renouvelées.

B. Symptômes généraux. — Ce sont ceux de la cachexie cancéreuse; ils relèvent de la tumeur primitive, bien plus que de la tumeur ganglionnaire. Lorsque celle-ci est ulcérée, l'écoulement sanieux incessant et les hémorragies faciles qui se font au niveau des bourgeons néoplasiques, sont une nouvelle cause de cachexie qui vient s'ajouter aux autres. De plus, l'ulcération cancéreuse est une porte ouverte aux complications infectieuses, particulièrement redoutables chez un malade cachectique.

C. Évolution, terminaison. — La tumeur inguinale n'atteint pas toujours la période d'ulcération. La mort peut survenir bien avant, surtout si l'adénopathie inguinale a fait tardivement son apparition.

Nous signalerons la fréquence, au cours de l'adénopathie inguinale, de poussées subaiguës, dues très probablement à une infection banale surajoutée. Le ganglion devient alors plus gros et légèrement douloureux, sans cesser d'être dur. Dans un cas que nous avons observé dans le service de M. Jaboulay, une poussée de ce genre coïncidant, chez une femme, avec des vomissements relevant du néoplasme viscéral, fut prise pour des accidents d'étranglement herniaire.

Lorsque la tumeur de l'aine est parvenue à la phase d'ulcération, la terminaison ne se fait, en général, guère attendre : la mort survient dans la cachexie et le marasme, souvent précédée de l'apparition d'une phlegmatia alba dolens.

VI

Diagnostic. — La présence d'un ou plusieurs ganglions augmentés de volume, durs et indolores, dans le pli de l'aine d'un malade, n'entraîne pas forcément le diagnostic d'adénopathie cancéreuse. Le problème est plus complexe et comprend la solution de plusieurs questions, que l'on se posera dans l'ordre suivant :

1° La tumeur siège-t-elle bien dans un ganglion?

2° Est-ce un ganglion cancéreux?

3° La néoplasie ganglionnaire est-elle secondaire?

4° Où siège le néoplasme primitif?

5° De quelle nature est ce néoplasme?

1° La tumeur siège-t-elle dans un ganglion? — Afin de résoudre cette question, on devra passer successivement en revue, pour les éliminer, toutes les tumeurs solides de l'aine à siège extra-ganglionnaire, et même certaines tumeurs liquides, car, d'une part, un ganglion néoplasique peut se ramollir et arriver à constituer une véritable tumeur liquide; d'autre part, une tumeur liquide peut être très tendue et avoir une consistance dure, qui rappelle celle d'une tumeur solide.

Seules, les tumeurs de l'aine nettement gazeuses (hernies réductibles) sont ici complètement hors de cause.

Parmi les tumeurs solides, on devra éliminer d'abord les

(1) Si grossière que puisse paraître cette erreur, dans presque tous les cas que nous avons observés elle avait été commise.

(2) Nicolas. *Contribution à l'étude du cancer latent de la vessie*, Th. de Lyon, 1899-1900, 2e série, t. XIV.

lipomes. Mais les lipomes de l'aine sont le plus souvent fluctuants, de consistance uniforme; à leur niveau, la peau est intacte et mobile sur la tumeur. Enfin, ils évoluent lentement et sans retentir sur l'état général.

On ne prendra pas, non plus, pour une adénopathie cancéreuse secondaire, un *sarcome* de l'aine. Les sarcomes de la peau seront facilement éliminés en raison de leur point de départ cutané, facile à reconnaître. Les sarcomes musculaires et aponévrotiques forment des tumeurs auxquelles on ne peut imprimer que très peu de mouvements, et qui sont fixées par la contraction des muscles de la cuisse. De même, les sarcomes de la gaine des vaisseaux fémoraux, bien étudiés par Czerny et Regnault, se traduisent par une tuméfaction mal limitée, et dès le début adhérente dans la profondeur. Quant aux sarcomes primitifs des ganglions, nous verrons plus loin quels caractères les distinguent des adénopathies cancéreuses secondaires.

Les tumeurs à point de départ squelettique (ostéo-sarcomes, enchondromes, fibromes périostiques), qui peuvent venir faire saillie à la région inguinale, se reconnaîtront à leur consistance spéciale, à leur volume, à leur unilatéralité, et enfin à la présence fréquente d'un pédicule (Dolbeau) les reliant à leur point osseux d'origine.

Le diagnostic de l'adénopathie inguinale cancéreuse, devra se faire encore avec certaines variétés de hernies. Nous avons rapporté récemment (loc. cit.) plusieurs cas dans lesquels un ganglion satellite d'un néoplasme de la prostate, du rectum ou du péritoine fut pris pour une hernie. Dans un de ces cas, la malade avait été admise d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Jaboulay, pour une prétendue hernie étranglée. Elle présentait, dans la région inguinale gauche, une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, mate, douloureuse au palper, et sur laquelle la peau, non modifiée dans son aspect, était aisément mobilisable. En même temps, depuis deux jours, cette femme vomissait, n'était pas allée à la selle et son ventre était ballonné. La malade étant éthérisée pour la cure radicale, on s'aperçut, au cours d'un dernier examen, que l'on avait affaire, non pas à une hernie, mais à un ganglion néoplasique secondaire à un cancer viscéral, qui siégeait, ainsi que le montra plus tard l'autopsie, dans le péritoine et le grand épiploon. Un cas très analogue vient d'être observé par M. Vallas et rapporté à la Société des sciences médicales de Lyon, par notre collègue M. Piollet (1).

Belin, dans sa thèse, rapporte une observation de Ménétrier dans laquelle l'erreur inverse fut commise : un vieux sac herniaire déshabité occupant la région inguinale droite d'un homme atteint de cancer de l'estomac, fut pris pour un ganglion néoplasique.

On évitera cette erreur en recherchant la réductibilité de la tumeur et son expansion dans les efforts.

Enfin, nous mentionnerons, pour être complet, les abcès par congestion, les adéno-lymphocèles, les bourses séreuses développées au-devant d'une ancienne hernie, contenue par un bandage. Mais un examen attentif et la recherche des signes propres à ces différentes affections, ne laissera pas longtemps place au doute.

Quand on aura acquis la certitude que la tumeur de l'aine siège bien dans un ganglion, on devra éliminer les affections autres que le cancer susceptibles d'augmenter le volume des ganglions.

(1) Piollet. *Province méd.*, 26 janv. 1901, p. 46.

2° Est-ce un ganglion cancéreux? — Les adénites aiguës infectieuses, banales ou spécifiques, n'entrent pas ici en ligne de compte : leurs allures franchement inflammatoires, la constatation de leur lésion originelle les différencient trop nettement de l'adénopathie néoplasique.

Celle-ci ne peut guère être simulée que par certaines adénites chroniques simples, ou encore par la tuberculose et la syphilose tertiaire des ganglions.

L'*adénite chronique* débute insidieusement, comme l'adénopathie cancéreuse; comme cette dernière, elle peut former dans l'aine une masse dure, bosselée et indolente; comme elle enfin, elle peut s'accompagner d'oedème du membre inférieur, ainsi qu'il arriva à un malade de M. le professeur Renaut.

Mais la longue durée de l'affection, jointe à son peu de retentissement sur l'état général, sa consistance plus molle, sa suppuration facile à l'occasion d'une poussée aiguë, la persistance de trajets fistuleux, permettent de la distinguer aisément de l'adénopathie cancéreuse.

Le *bubon strumeux de l'aine*, avant sa période de caséification et de fistulisation, peut simuler assez bien l'adénopathie néoplasique. Mais seul, le bubon strumeux primitif est ici en cause, car la nature d'une adénite inguinale secondaire à une tumeur blanche, à une ostéite tuberculeuse du membre inférieur (Gangolphe), ou encore à un ulcère tuberculeux de la région ano-génitale, est suffisamment éclairée par la constatation de la lésion originelle.

Le bubon strumeux d'emblée, mono ou polyadénitique, a une consistance plus molle, plus rénitente que celle du bubon cancéreux. Il arrive souvent à former (bubon massif de l'aine) une masse bosselée, rénitente en certains points, molle et fluctuante en d'autres, remplissant la région inguinale et se continuant dans le bassin, avec une masse similaire formée par les ganglions iliaques. Ces caractères ne sont point ceux de l'adénopathie néoplasique. D'ailleurs si quelques doutes subsistaient, ils seraient dissipés lors de l'ulcération de la tumeur : on verra s'écouler du pus d'abcès froid mêlé de grumeaux caséeux, s'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, une sanie grumeleuse ou un liquide d'aspect gommeux, s'il s'agit d'un bubon cancéreux ramolli. En outre, caractère extrêmement important, un bubon cancéreux *ne s'affaisse pas* après évacuation de son contenu.

Les gommes syphilitiques des ganglions de l'aine peuvent simuler l'adénopathie néoplasique. Mais les gommes ont en général une évolution bien spéciale : elles passent par les périodes classiques de crudité, de ramollissement, et d'ulcération, elles rétrocèdent rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Cependant, dans certains cas de gommes ulcérées, à tendances phagédéniques, le diagnostic pourra être très difficile à faire avec le cancer ganglionnaire qui, lui aussi, peut se ramollir et s'ulcérer. Mais l'ulcération néoplasique a des bords plus durs, plus renversés, la masse de la tumeur est plus bosselée, plus indurée, le traitement spécifique est sans influence sur elle; enfin, s'il le fallait, l'examen histologique d'un fragment de tumeur excisé lèverait tous les doutes. D'ailleurs, une adénopathie néoplasique n'arriverait pas à ce stade ultime de son évolution, sans que la tumeur originelle ait attiré l'attention.

Nous en aurons fini avec le diagnostic différentiel de l'adénopathie inguinale cancéreuse, quand nous aurons cité pour mémoire cette hypertrophie des ganglions de l'aine, qui peut survenir à la suite d'un travail musculaire exagéré chez les gens qui cultivent la terre, ou encore chez les ou-

vriers de fabrique qui utilisent de préférence l'un des membres inférieurs (Gussenbauer).

3° La néoplasie ganglionnaire est-elle secondaire? — La grande rareté des néoplasmes primitifs des ganglions inguinaux rend cette partie du diagnostic assez aisée.

Ces néoplasmes rares peuvent être des lymphadénomes ou des sarcomes.

Le *lymphadénome de l'aine* est caractérisé par la tuméfaction insidieuse, lente sans douleur et sans réaction appréciable, des ganglions inguinaux. Il acquiert, sans s'ulcérérer, un développement énorme et peut comprimer les vaisseaux fémoraux et le nerf crural. De plus, il est presque toujours accompagné de tumeurs semblables qui occupent les régions cervicales et axillaires.

Le *sarcome ganglionnaire de l'aine* forme aussi une tumeur beaucoup plus volumineuse et évolue beaucoup plus rapidement que les adénopathies cancéreuses secondaires. De plus il s'étend du côté de la cuisse en suivant la gaine des vaisseaux. Enfin le sarcome n'est jamais bilatéral et l'adénopathie secondaire revêt assez souvent ce caractère.

4° Ou siège le néoplasme primitif? — Nous avons vu plus haut que tous les cancers viscéraux, presque sans exception, peuvent retentir sur les ganglions inguinaux. C'est dire que le diagnostic du siège de la tumeur primitive nécessitera un examen complet de tous les viscères, aussi bien thoraciques qu'abdominaux. Cependant, comme les cancers sous-diaphragmatiques viennent en première ligne dans l'étiologie de l'adénopathie inguinale cancéreuse, l'examen devra porter surtout sur les organes abdomino-pelviens. Par la palpation attentive de l'abdomen, on cherchera s'il n'existe pas de masses néoplasiques ou d'épanchement ascitique; par le toucher rectal et vaginal, on explorera les organes pelviens. On accordera une attention spéciale à l'ombilic qui est, comme on le sait, un chemin volontiers suivi par les néoplasmes en voie de généralisation. Enfin, on analysera minutieusement tous les symptômes subjectifs.

5° Quelle est la nature du néoplasme primitif? — La réponse à cette dernière question sera donnée le plus souvent par l'autopsie et l'examen microscopique des pièces. Nous ne pensons pas que les seules données de la clinique puissent fournir les éléments du diagnostic de la variété histologique du néoplasme; le calcul des probabilités indique seulement que l'on aura affaire le plus souvent à des épithéliomes ou à des carcinomes, rarement à des sarcomes. L'intérêt pratique de ce diagnostic est d'ailleurs nul.

VII

Pronostic. — L'apparition d'une adénopathie inguinale cancéreuse est un signe de très mauvais pronostic, puisqu'elle indique d'abord qu'il existe quelque part un cancer viscéral, ensuite que ce cancer est déjà en voie de généralisation.

Est-il possible de préciser davantage le pronostic, d'évaluer, d'après ce signe, la durée de la survie que peut espérer le malade? Oui, quoique dans une faible mesure. L'adénopathie inguinale, en effet, n'est pas forcément un symptôme de la période ultime des cancers viscéraux; son apparition peut être au contraire très précoce, comme dans les deux observations que nous avons récemment rapportées dans le *Lyon médical* (28 octobre 1900). Dans les cas analogues, lorsque l'adénopathie inguinale est un signe tout à fait précoce d'un cancer viscéral, on peut compter sur plusieurs mois de survie.

Mais quand l'adénopathie inguinale apparaît plus tardivement, quand elle s'accompagne d'autres symptômes de cachexie ou de généralisation, phlegmatia alba dolens, cancer secondaire de l'ombilic, on doit faire un pronostic fatal à brève échéance.

VIII

Traitement. — Les ganglions cancéreux de l'aine ne réclament aucun traitement actif, d'abord parce qu'ils sont habituellement indolents et ne causent aucune gêne au malade, ensuite et surtout parce qu'ils représentent une lésion secondaire, satellite du cancer viscéral dont l'importance prime celle de la tumeur ganglionnaire. Le cancer primitif peut donner lieu à des indications thérapeutiques variées. Ces indications n'auront en général rien de chirurgical, car la présence d'une généralisation inguinale contre-indique toute intervention.

Si les ganglions néoplasiques s'ulcèrent, on devra les maintenir soigneusement pansés, afin de prévenir l'apparition d'érysipèles et autres complications infectieuses, qui pourraient être très graves chez un malade déjà cachectique. Dans ces cas d'ulcération de la tumeur ganglionnaire, il sera très indiqué de recourir aux pansements à la quinine, comme les emploie M. Jaboulay, dans le traitement de tous les néoplasmes ulcérés. On se servira soit d'une solution de bichlorhydrate de quinine à 1/10, soit d'une pommade quininée à la même dose.

En même temps, on instituera — toujours suivant la méthode de M. Jaboulay — un traitement général à la quinine. On donnera du bichlorhydrate de quinine, soit en injections hypodermiques, soit en cachets, pilules, suppositoires, à la dose de 1 ou 2 grammes par jour, suivant la tolérance du malade. Ce traitement aura l'avantage d'agir à la fois sur la tumeur ganglionnaire et sur la tumeur primitive, et de donner presque toujours, sinon la guérison, du moins un grand soulagement et un temps d'arrêt dans l'évolution du néoplasme.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(13 mars 1901)

M. Ricard en intervenant sur le **traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie** a rapporté des documents importants qui permettent d'envisager la question d'une façon beaucoup plus nette qu'on a pu le faire jusqu'ici. Il s'est livré à une enquête approfondie dans les différents services d'accouchements, et il apporte un nombre considérable de faits qui prouvent que les accoucheurs guérissent environ 90 p. 100 des malades infectées qu'ils ont dans leurs services; quant aux 10 qu'ils ne guérissent pas, elles sont généralement dans un état tellement grave qu'aucune hystérectomie, vaginale ou abdominale, ne serait capable de les sauver. La question est donc bien simple et se réduit à ceci : Les malades infectées qui sont curables sont guéries par les moyens ordinaires, employés par les accoucheurs; celles qui sont incurables par ces moyens ne sauraient être sauvées par l'intervention chirurgicale. Les chirurgiens, jusqu'à plus ample informé, ne doivent donc pas pratiquer l'hystérectomie totale dans le traitement de l'infection puerpérale. Telle est la conclusion très nettement posée par M. Ricard qui, comme on le voit, ne craint pas d'émettre une opinion tout à fait opposée à celle qui a semblé prévaloir jusqu'ici dans la discussion pendante. Nous publierons dans notre prochain numéro la communication très documentée de M. Ricard.

M. Reynier s'applique tout d'abord à distinguer les di-

verses formes d'infection puerpérale en s'appuyant sur les données bactériologiques d'origine allemande ; il distingue ainsi l'infection streptococcique, l'infection gonococcique et l'infection par saprophytes. M. Reynier cherche à démontrer qu'à ces différentes formes bactériologiques correspondent des symptômes cliniques différents ; ces diverses variétés d'infection puerpérale étant bien établies, il reste à bien préciser le traitement qui leur convient et M. Reynier fait ici la part du contage, celle du lavage, etc., mais, avec M. Ricard, il s'élève énergiquement contre l'hystérectomie, qu'il considère, dans ces cas, comme une fort mauvaise opération.

Telle est également l'opinion de M. Segond que dix ans de pratique chirurgicale à Beaudelocque n'ont fait que confirmer dans cette opinion : chez une femme venant d'accoucher et se trouvant dans un état très grave ayant pour point de départ l'appareil utérin, l'hystérectomie abdominale ou vaginale totale ne saurait empêcher cette femme de mourir. M. Segond s'associe donc pleinement à l'opinion exprimée par M. Ricard, se réservant comme lui d'intervenir chirurgicalement soit par une voie, soit par une autre, dans les cas d'accidents utérins consécutifs à l'accouchement et plus ou moins localisés dans l'utérus et ses annexes.

Comme on pouvait s'y attendre, les réserves apportées par MM. Ricard, Reynier et Segond ont soulevé d'énergiques protestations de MM. Tuffier et Rochard qui maintiennent plus que jamais leur opinion relativement aux indications de l'hystérectomie dans les formes les plus graves de l'infection puerpérale. N'en sauverait-on qu'une sur cent par cette intervention, disent-ils, qu'il faudrait y recourir, puisque cette malade était fatalement vouée à la mort.

La discussion n'est pas close ; on se trouve actuellement en présence de deux opinions absolument contraires, toutes deux défendues avec la même conscience, avec la même ardeur. Cela nous promet quelques chaudes séances.

M. Galezowski appelle l'attention sur une opération du glaucome par la **sclérotomie** qu'il a introduite dans la pratique chirurgicale de l'œil, et qui est bien supérieure à l'iridectomie.

La sclérotomie consiste à faire passer un sclérotome à la distance d'un centimère du bord de la cornée dans quatre points diamétralement opposés, en glissant le couteau entre la capsule de Tenon et la sclérotique, pour pénétrer dans la chambre antérieure. Dans le glaucome simple, dans le glaucome chronique primitif ou secondaire, le résultat aujourd'hui ne peut pas être mis en doute. Mais ce qui est plus mportant, c'est la sclérotomie faite dans une rechute de glaucome qui est survenu quatorze ans après une iridectomie et qui est restée quatorze ans sans accidents d'aucune sorte, lorsqu'il y a un mois et demi il lui est survenu une rechute du glaucome. Le champ visuel diminuait progressivement, la tension glaucomateuse augmentait. L'acuité visuelle diminuait. Il fallait intervenir, car la pilocarpine, ni l'ésérine n'arrêtaient le mal.

M. Galezowski a fait, il y a un mois et demi, la sclérotomie dans l'œil iridectomisé, et aujourd'hui le mal est complètement arrêté.

Il conclut donc que la sclérotomie doit être appliquée :

1° Dans le glaucome à rechute, après une iridectomie faite sans succès, et dans le glaucome à rechute, survenant, comme chez son malade présenté, et qui a eu une rechute après plusieurs années ; 2° dans le glaucome simple, où l'iridectomie est d'un effet désastreux, tandis que la sclérotomie guérit comme le montrent ses propres recherches ; 3° dans les glaucomes chroniques avec excavations ; 4° dans les glaucomes hémorragiques.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le Pétrolan, nouvel agent dermatothérapique.

Le *Pétrolan*, au sujet duquel M. J.-W. Frieser, de Vienne (Autriche), vient de publier un travail intéressant, est un savon minéral, dont le principe actif paraît être une substance identique ou très analogue à l'ichthyol ; en tout cas, elle présente des propriétés voisines de celles de ce dernier corps et provient de la distillation d'une roche bitumineuse et pétrolifère du Caucase. C'est une matière onctueuse, noirâtre, inodore, soluble dans l'éther, se mélangeant bien aux excipients ordinaires des onguents et pommades et ne rancissant pas. Elle imprègne et pénètre facilement la peau, quand on agit par frictions douces et répétées. On peut encore très favorablement s'en servir en l'étendant sur des bandes de toile dont on recouvre la partie malade, à la manière d'un bandage ordinaire ; il est bon ensuite d'appliquer sur ce pansement un nouveau bandage sec légèrement compressif, afin de faciliter et de maintenir le contact et d'augmenter l'action dermathothérapique.

C'est en effet dans des maladies cutanées que le produit qui nous occupe ici se montre d'une remarquable efficacité. Les préparations de goudron ont donné, il est vrai, à ce point de vue, des résultats satisfaisants, mais elles peuvent entraîner et entraînent souvent des effets secondaires désagréables, notamment de l'irritation et de la douleur ; il en est ainsi parfois pour la chrysarobine et le pyrogallol, et le naphtolan lui-même, s'il ne détermine pas de phénomènes irritatifs notables, est loin de toujours apporter un soulagement aux souffrances qu'entraînent beaucoup de dermatoses.

Tout au contraire, le pétrolan, non seulement ne détermine aucune irritation, quels que soient le nombre et la fréquence de ses applications, mais encore fait disparaître très rapidement (une ou deux applications suffisent la plupart du temps, même quand il s'agit de dermatoses aiguës), la tension, l'inflammation, la rougeur, et calme les démangeaisons et les sensations douloureuses. De plus, le pétrolan jouit d'un pouvoir antiseptique et siccatif très net ; ainsi les exsudations séreuses, muco-purulentes et purulentes ne tardent pas à se tarir, les croûtes qui se forment, à sécher et à tomber. Toutefois, pour assurer ces résultats satisfaisants, certaines précautions sont nécessaires. Il faut avoir soin, avant les frictions ou les onctions et les enroulements sur bande, de laver très sérieusement les parties malades avec de l'eau bouillie tiède ou faiblement boriquée (2 à 3 p. 100). Après chaque application, on doit donner un grand bain (surtout s'il s'agit de dermatoses généralisées), recommencer les lavages de la peau comme précédemment et ne procéder qu'ensuite à une nouvelle application du pétrolan.

A l'appui des indications qui précèdent, M. Frieser cite le résultat de 14 observations ; il s'agit d'eczéma aigu et chronique, d'eczéma impétigineux, d'acné vulgaire et rosacée, de psoriasis, de sycosis, de lichen ruber, d'intertrigo, de prurigo et autres dermatoses, quelques-unes très tenaces ou à récidives, qui toutes ont cédé très promptement à l'application méthodique du pétrolan. La guérison complète et définitive a été obtenue sans qu'on ait signalé aucun phénomène d'irritation, aucune manifestation douloureuse ; les malades, au contraire, ont indiqué un soulagement presque immédiat. Il en est de même dans les cas de brûlures au premier et au second degré ; même au troisième degré, l'application de pétrolan produit une sédation remarquable et amène une cicatrisation rapide.

De ces observations, il résulte que le pétrolan, encore inconnu en France, mérite d'attirer l'attention des dermatologistes, surtout par ses propriétés antiseptiques et analgésiques et par son action rapidement efficace dans certaines dermatoses, notamment les différentes formes d'eczéma, le prurigo et les brûlures.

Dr LAUMONNIER.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Cornu, d'Ervy (Aube), et Bloch, médecin-inspecteur des écoles, à Paris, sont nommés officiers d'Académie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 33. — MARDI 19 MARS 1901. 74e ANNÉE. MARDI 19 MARS 1901. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, par M. A. Ricard. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium, par M. Albert Mathieu; — Les incompatibilités de l'antipyrine. — Notes de thérapeutique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 18 mars 1901.

Avons-nous enfin un sérum anti-cancéreux, capable de s'opposer à la marche envahissante du cancer? Nos sociétés savantes, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie ont vu discuter, à leur tribune, les mérites d'un nouveau sérum anticellulaire. Des rapports presque élogieux ont été imprimés, puis, le silence est venu, et à l'heure actuelle nos lecteurs peuvent se demander où en est la question.

Le voici en deux mots :

La nouvelle préparation a un caractère scientifique incontestable, elle est présentée avec une conviction et une bonne foi qui nous ont paru absolues. Mais les résultats pratiques sont sujets à contestation. Des améliorations, non discutables, disent des auteurs compétents, ont été observées. Mais ces améliorations ont été, de l'aveu de tous, très inconstantes, et toujours passagères. D'autre part, nombre de malades n'ont retiré aucun bienfait de la médication mise à l'essai, alors que certains malades inopérables auraient vu leur tumeur régresser et auraient pu ultérieurement en subir l'extirpation par le bistouri.

Ce serait donc déjà un résultat heureux à enregistrer, malgré le nombre des observations négatives. Mais ces demi-succès sont encore l'exception; ils sont même mis en doute par beaucoup. La majorité des chirurgiens — et ce sont eux qui sont le plus directement intéressés à l'heureuse solution de cette tentative thérapeutique — pensent même que l'action salutaire de ce sérum, prétendu spécifique, ne serait pas différente de celle obtenue par l'emploi d'un autre sérum.

En résumé, ce n'est qu'une nouvelle tentative qu'il faut accueillir; et nous en sommes toujours à la phase de l'expérimentation. L'effet des injections de sérum ne paraît pas supérieur à celui obtenu par les injections de quinine dont M. Jaboulay s'est fait le promoteur à Lyon, et dont M. Launois a rapporté, à Paris, une fort belle observation.

Le sérum nouveau a-t-il une vertu vraiment spécifique? Dans quelle mesure doit-il être modifié? Ses promoteurs sont-ils même sur la bonne voie? Autant de questions qu'il serait prématuré de résoudre aujourd'hui.

Toutefois, il répugne à la logique d'accepter qu'un sérum capable de faire régresser des tumeurs anciennes, ulcérées et déjà généralisées, soit sans action sur les tumeurs plus petites et presque à leur début. Si le sérum a une action vraiment spécifique, on cherche à comprendre pourquoi il limite son effet à une simple amélioration et pourquoi jamais il n'a amené une véritable disparition, celle-ci fût-elle passagère? C'est pourquoi, à l'heure actuelle, étant donné l'incertitude des résultats observés, l'usage de ce sérum ne doit pas passer dans la pratique.

DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

Par M. A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'observation que nous a lue M. Picqué a été le point de départ d'une intéressante discussion sur l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale.

Deux points sont principalement à examiner dans cette discussion : l'indication opératoire et la technique employée.

Mais la question des indications est de beaucoup la plus importante et la plus difficile à résoudre. Aussi, pour bien la préciser et éviter de discuter sur des faits absolument dissemblables, il m'a paru nécessaire d'établir, dès le début de cette discussion, deux catégories bien distinctes d'infections puerpérales :

Dans un premier groupe, je ferai rentrer les *infections nettement localisées*, infections en général tardives, qui se traduisent par des métrites, des annexites, des collections pelviennes plus ou moins étendues, qui prennent leur point de départ au moment d'un accouchement ou d'un avortement septique et évoluent plus ou moins rapidement jusqu'à leur période d'état.

Dans ce même groupe de lésions, je rangerai tous les cas où, avec l'infection, il existe une lésion locale, tumeur, fibrome, cancer, rétention placentaire, rupture utérine, etc.

Dans tous ces cas, je pense que nous serons d'accord sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, quitte à différer sur le moment de son application, et surtout sur les voies et moyens à employer. Ici, en effet, les uns laparotomiseront et établiront un drainage abdominal; d'autres

(1) Communication à la Société de chirurgie.

pratiqueront l'hystérectomie, les uns choisissant la voie vaginale, d'autres préférant la voie abdominale. Certains se contenteront de colpotomies, voire même de simples ponctions. Je ne veux pas me perdre ici dans la discussion de ces nombreux cas particuliers, et me contenterai de répéter qu'ici, l'intervention est acceptée par tous. Certains cas de mon ami Rochard rentrent dans cette catégorie, ainsi que le cas de notre collègue Picqué, où il existait manifestement des lésions utérines et péri-utérines, reconnues et diagnostiquées avant l'intervention.

Le véritable intérêt de la discussion porte sur une deuxième catégorie de faits : sur ces cas d'infection puerpérale avec accidents locaux nuls, du moins en apparence, accidents en général précoces et succédant de près à l'accouchement ou à l'avortement. C'est à l'occasion de ces accidents d'infection précoce et sans lésion locale apparente que je prends la parole. Ce sont ces accidents graves de septicémie qu'a visés notre collègue Tuffier lors de ses premières communications en 1899. C'est pour ce genre d'infection que l'indication opératoire est discutable, difficile et même impossible à établir.

En présence d'une femme qui vient d'accoucher et qui est atteinte d'accidents infectieux graves, quelle est l'indication de l'hystérectomie totale qu'on nous propose?

Cette indication, M. Rochard veut la trouver dans la régression imparfaite de l'utérus. Mais, que sait-il de la valeur de cette régression imparfaite, qu'en savons-nous, nous autres chirurgiens? Les accoucheurs nous répondent tous que ce retard dans la régression utérine peut être indépendant de toute infection et que, s'il est de règle dans les suites de couches pathologiques, son degré n'est nullement proportionnel au degré de l'infection puerpérale et qu'en aucun cas, ce retard dans la régression ne saurait constituer une indication de quelque utilité. Trouverons-nous cette indication dans l'étude du pouls, de la température, dans l'examen de l'état général?

Pour répondre à cette question, j'ai cru qu'il était indispensable de me documenter et d'étudier de plus près les infections puerpérales. Je n'ai pas cru devoir faire un étalage de citations étrangères et de faits toujours difficiles à contrôler; mais pouvant avoir des documents sous les yeux, j'ai pris le parti le plus simple et me suis rendu dans différentes Maternités. J'ai vu les femmes infectées dans les services d'isolement, j'ai compulsé les statistiques et feuilleté des milliers de feuilles de température, conservées avec un soin remarquable par nos collègues les accoucheurs.

L'examen des statistiques prend ici une grande importance, car ce sont des statistiques totales, et ces statistiques publiées chaque année appartiennent à des Maternités les plus différentes. J'ai pu ainsi, dans les comptes rendus publiés des deux cliniques de la Faculté, des Maternités de Saint-Antoine, Tenon, Hôtel-Dieu, réunir **2640** cas de femmes infectées dont la température a oscillé de 38 à 40 degrés et au-dessus. Or, la mortalité totale de ces 2 640 cas est de 105, soit environ du 4 p. 100.

Mais, si cette mortalité globale des femmes ayant eu de l'hyperthermie nous montre que la mortalité est faible, la démonstration serait insuffisante; car, chez beaucoup de ces femmes, l'hyperthermie a été légère, transitoire, peut-être due à une cause infectieuse minime, extra-utérine, comme une lymphangite mammaire, et, pour beaucoup d'entre elles, la question de l'intervention ne serait même pas posée. Il était donc indispensable de fouiller plus intimement les tableaux de la morbidité maternelle de nos Maternités.

Or, en ne recueillant que les cas où la température a dépassé 39 degrés et s'est élevée à 40 degrés et au-dessus, je relève dans ces mêmes statistiques 851 cas, et si nous conservons ce même chiffre de mortalité totale de 105, nous voyons que les cas d'infection grave donnent une mortalité de 13 p. 100 environ. Mais cette mortalité ne saurait incomber tout entière à ces 851 cas, car sur les 105 cas de morts, il y a des morts subites, des morts par embolie, par hémorragie, etc., qui sont survenues chez des malades ayant à peine dépassé 38 degrés.

Il faut évidemment mettre de côté, dans ces cas de mort, ceux qui étaient dus à des accidents éclamptiques, à des opérations césariennes, à des opérations de Porro, ou à des hystérectomies abdominales. Or, en fouillant davantage les statistiques, en remontant des tableaux statistiques aux observations de la Maternité de Saint-Antoine, si libéralement mises à ma disposition par mes collègues Bar et Tissier, il est facile de se convaincre que la mortalité véritable des infections puerpérales *graves* oscille autour de 10 p. 100.

En voyant les moribondes qui passent dans nos services, nous nous imaginons volontiers que toutes les infectées d'ordre obstétrical sont fatalement condamnées à mourir. C'est cette illusion qui a fait, un temps, le succès d'un sérum anti-streptococcique, au bénéfice duquel on portait trop facilement les cas de guérison qui seraient survenus spontanément.

Je répète donc, avec une conviction absolue, que les malades infectées gravement dans les suites de couches et ayant eu plus de 39 degrés, guérissent dans la proportion de 90 p. 100, grâce aux soins ordinaires, curetage, écouvillonnage, injections intra-utérines, etc., et que ce n'est pas par l'examen de la température que nos collègues pourront faire le départ entre les malades qui doivent guérir à l'aide des moyens usuels et celles qui, destinées à mourir, auraient dû être opérées.

Pour faire pénétrer ma conviction dans l'esprit de mes collègues, j'ai apporté ici 40 feuilles de température de ces malades sérieusement infectées. A l'inspection de ces courbes, on est tenté de se demander pourquoi l'on n'est pas intervenu chirurgicalement; or, ces 40 malades ont toutes guéri sans intervention chirurgicale.

Sera-ce dans l'examen du pouls que le chirurgien trouvera l'indication cherchée? Malheureusement non, chez ces infectées, le pouls suit la température, il devient rapide, filant et mou, au fur et à mesure que le thermomètre monte, et sur ces 40 courbes que je vous présente, on voit les courbes du pouls monter parallèlement à celle de la température; or, très fréquemment il dépasse 120. Ce n'est qu'à la période agonique qu'il y a dissociation de la température et du pouls; la mort survient alors avec une brusque rapidité, qui ne laisse pas à l'indication opératoire le temps de se poser, si tant est que quelqu'un de nous soit tenté de pratiquer l'hystérectomie dans de semblables conditions.

Trouvera-t-on dans l'état général l'indication désirée? Je suis obligé de répondre par la négative ; et d'ailleurs, rien n'est plus vague que l'appréciation de l'état général, et, pour ma part, je ne saurais baser une indication opératoire sur ce fait qu'une femme a les traits tirés, le facies plombé et les yeux plus ou moins excavés. J'ai d'ailleurs tenu à voir par moi-même ces malades et me rendre compte de leur état. Dans le service d'isolement de l'hôpital Saint-

Antoine, j'ai vu, au milieu d'autres infectées plus légèrement, deux malades graves, dont voici les courbes de température : leur pouls dépassait 120, le thermomètre montait au-dessus de 40 ; l'une avait le visage coloré, la respiration haletante, une certaine anxiété respiratoire ; l'autre plus pâle, le facies décoloré, avait cette béatitude que nous voyions si souvent autrefois chez les septicémiques. Chez ces deux malades, accouchées depuis quelques jours, le ventre était souple, non douloureux, le globe utérin, volumineux, atteignait presque encore l'ombilic. J'avais la conviction que ces malades étaient presque condamnées ; en tous cas, de leur examen attentif résultait pour moi cette impression, c'est que si j'étais consulté comme chirurgien, je considérerais toute intervention comme inutile et périlleuse et que je refuserais de l'exécuter.

Ces deux malades sont aujourd'hui en voie de guérison. Je suis persuadé que, si elles avaient subi les assauts de la chirurgie, elles seraient mortes.

Trouvera-t-on cette indication opératoire dans l'examen du sang des infectées? Pas davantage. Chez ces malades, le streptocoque n'apparaît dans le sang que très rarement, et presque toujours à la période agonique. M. Tuffier se borne d'ailleurs à citer à cet égard l'opinion d'un auteur étranger, mais il reconnaît lui-même que l'examen hématologique ne saurait encore fournir l'indication recherchée, et que c'est à la clinique seule qu'il faut s'adresser.

C'est dire, après ce que nous avons établi plus haut, que nous ne possédons encore aucune indication véritable de l'hystérectomie appliquée aux infections puerpérales. N'est-ce pas, d'ailleurs, la conclusion assez inattendue, qui ressort de la lecture de la communication de M. Tuffier, puisqu'il écrit :

« C'est assez vous dire quelles incertitudes planeront peut-être longtemps encore sur les indications de l'intervention, et sur le moment où nous devons intervenir. »

C'est donc à tort qu'on reproche aux accoucheurs de nous consulter trop tard. Pas plus que nous, ils n'ont de signes leur permettant de reconnaître les malades qui doivent succomber, des malades qui doivent guérir.

Or, à défaut d'aucun signe indicateur, je comprends pourquoi les accoucheurs ne nous adressent que les femmes presque moribondes, car s'ils nous abandonnaient la totalité de leurs infectées, je ne sache pas que la meilleure de nos statistiques pourrait atteindre, dans ces cas, 90 p. 100 de guérison.

Et, d'ailleurs, sauf les quelques cas très rares de guérison opératoire (si rares dans nos hôpitaux parisiens qu'on les cite par le nom de leur auteur), que voit-on dans les observations, aussi bien en France qu'à l'étranger, sinon le récit d'une opération rapide, brillante même, exécutée en quelques minutes? Mais cette prouesse opératoire s'est terminée presque toujours par la mort dans les quelques heures qui ont suivi l'intervention.

Le jour où l'on trouvera un signe nous permettant d'affirmer que l'infection est limitée au parenchyme utérin, et qu'il y a lieu d'enlever ce foyer d'infection, ce jour-là, on pourra discuter les indications et les contre-indications de l'hystérectomie. L'intervention est assez meurtrière, dans les conditions où elle se présente, pour qu'elle ne soit pas abandonnée au seul hasard d'une impression personnelle. Aussi, je conclurai en disant que, dans l'état actuel de la science, l'hystérectomie n'a point encore trouvé d'indication suffisante pour pouvoir être proposée comme traitement de l'infection puerpérale aiguë.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(15 MARS 1901)

Séance extrêmement chargée vendredi dernier à la « médicale ».

Continuant la série de ses recherches sur la **cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des différentes affections du système nerveux**, M. Sicard, cette fois en collaboration avec le professeur Brissaud, rapporte les résultats de l'étude histologique du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de zona thoracique à disposition métamérique, dans lesquels furent rencontrés de nombreux éléments lymphocytiques. Dans l'un de ces cas, à côté des cellules lymphocytiques, il existait, en grande abondance, des cellules plus grandes, mononucléaires, prenant plus ou moins bien les réactifs colorants, pouvant se réunir en chaînettes deux par deux, plus rarement soudées entre elles. Ces faits permettraient de distinguer le zona d'origine périphérique du zona d'origine centrale.

Pendant qu'il est question du zona, mentionnons les recherches de MM. Achard et Lœper relatives à la présence du microbe dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de cette affection. Dans deux cas, le liquide retiré par la ponction lombaire, ensemencé dans les différents milieux usuels, a donné des cultures positives d'un microbe offrant les caractères de certaines variétés de coli-bacille, avec cette particularité que le lait ensemencé ne se coagulait pas à la température de l'étuve, mais se coagulait par l'ébullition. N'est-ce pas là la confirmation de cette doctrine qui attribue au zona dit idiopathique une origine infectieuse?

Deux autres communications à citer relatives à des affections du système nerveux :

MM. Labbé et Sainton présentent un tabétique âgé de quarante-sept ans, ancien syphilitique, chez lequel l'affection s'est manifestée par des crises viscérales multiples : laryngées, gastriques, celles-ci accompagnées de mélæna, angoisse précordiale, sialorrhée, dont la combinaison est intéressante parce qu'elle permet de localiser les lésions à la partie inférieure du bulbe. Elle indique une altération des noyaux des nerfs pneumo-gastriques, glosso-pharyngiens et trijumeaux. Une discussion s'engage à propos de ce fait sur les **crises gastriques dans le tabes**. Elles se manifestent quelquefois très longtemps avant les symptômes du tabes ou de la paralysie générale, dit M. Rendu ; elles s'accompagnent souvent d'hématémèse et, fait caractéristique, l'hématémèse représente alors la modalité particulière de la crise, fait justement remarquer M. Ballet ; enfin, dit M. Marie, le mélæna est fréquent chez les tabétiques.

Une malade est amenée par M. Sainton. Cette femme, âgée de cinquante-six ans, syringomyélique depuis l'âge de vingt-trois ans, offre un échantillon très net du **thorax en bateau**, si bien décrit par M. Marie. On constate en outre, chez la même malade, l'aspect de la main succulente, avec cette particularité curieuse que ce même aspect succulent s'observe aux jambes.

MM. Gilbert et Lereboullet, continuant la série de leurs intéressantes recherches sur la **séméiologie de l'ictère**, étudient cette fois l'**hémorragie dans l'ictère acholurique**. Il résulte de leurs observations que bon nombre d'hémorra-

gies, jadis classées sous la rubrique plutôt vague d' « hémorragies essentielles », sont en réalité souvent sous la dépendance de l'ictère acholurique; on peut citer à ce point de vue les épistaxis de croissance, les ménorragies, le purpura, les hémorragies intestinales. Quelquefois, ces hémorragies dominent le tableau clinique et semblent dominer toute la maladie (*ictère acholurique hémorragique*); d'autres fois, les hémorragies associées aux autres symptômes de l'ictère acholurique (troubles nerveux, troubles dyspeptiques, urticaire, douleurs articulaires) n'interviennent qu'à titre d'élément secondaire. Au point de vue pathogénique, ces hémorragies paraissent liées étroitement à la cholémie chronique légère qui constitue la caractéristique fondamentale de l'ictère acholurique.

On sait que, en 1875, MM. Gilbert et Fournier ont montré les rapports évidents qui existent entre **la cirrhose hypertrophique biliaire et les manifestations ostéo-articulaires**. Ils ont montré la fréquence relative de cette association chez les enfants, association dont le mécanisme était et reste encore fort obscur. MM. Parmentier et Castaigne rapportent l'observation d'un homme de vingt-trois ans chez lequel, au cours d'une cirrhose biliaire, on vit apparaître des accidents d'ostéo-arthropathie.

Voici comment la maladie a évolué dans ce cas :

Première phase caractérisée par des troubles gastro-intestinaux (anorexie, douleurs, constipation alternant avec la diarrhée);

Deuxième phase caractérisée par l'augmentation du volume du foie, dont le début est difficile à apprécier, et par l'ictère apparu à l'âge de vingt ans;

Troisième phase, phase actuelle, dans laquelle on voit parallèlement la cirrhose hypertrophique biliaire et les accidents ostéo-articulaires localisés au niveau des cou-de-pieds, des genoux, des poignets.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium (1).

Par M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral.

La dernière épidémie de fièvre thyphoïde a, on le sait, présenté une gravité relativement grande et, pour notre part, nous avons observé parmi les malades entrés à l'hôpital Andral un assez grand nombre d'hémorragies intestinales. Peu satisfait des traitements habituels, nous avons cherché à nous constituer une méthode meilleure en mettant en œuvre deux des moyens hémostatiques les plus récemment préconisés, les grands lavements à température élevée et le chlorure de calcium.

Les grands lavements très chauds ont été employés avec succès par R. Tripier (de Lyon), contre les hémorragies.

Contre les gastrorragies, R. Tripier conseille d'administrer trois fois par jour un grand lavement d'eau à la température de 48 à 50 degrés. Ces lavements doivent être continués au moins matin et soir pendant huit jours après la fin de l'hémorragie. Le malade doit rester immobile dans la situation horizontale; on lui impose une diète absolue au moins pendant trois jours.

Le but de l'auteur est d'amener la contraction des petits vaisseaux à distance. Ce mode de traitement ne s'appliquerait pas aux seules hémorragies de l'estomac. « Du moment, dit-il, où l'on sait que le lavement d'eau chaude agit efficacement à distance, il n'y a pas de raison pour ne pas l'employer dans tous les cas d'hémorragie interne ou externe quels qu'ils soient. »

(1) Communication à la Société de thérapeutique.

Si R. Tripier cherchait à amener l'hémostase par le resserrement des petits vaisseaux, P. Carnot insistait sur deux moyens capables de favoriser la production de caillots oblitérateurs dans les vaisseaux béants. Il a de la sorte expérimenté dans le laboratoire et essayé cliniquement la gélatine et le chlorure de calcium. La gélatine paraît avoir eu plus de succès près des médecins que le chlorure de calcium. Cependant P. Carnot lui-même donnait la préférence à ce dernier agent.

« L'emploi de la gélatine à distance et en injection sous-cutanée, dit-il, est encore une méthode mal réglée et dangereuse. Le traitement par ingestion ou injection du chlorure de calcium, qui procure les mêmes avantages, est plus simple, mieux connu et expose à moins de dangers (1).

Il était logique d'essayer les deux moyens dans le traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. C'est ce que nous avons fait, depuis un an, dans les 7 ou 8 cas qui se sont présentés à notre observation, timidement d'abord, puis avec plus de confiance, l'expérience clinique ayant été favorable.

Voici comment j'institue actuellement le traitement dès qu'une hémorragie se produit chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

Le malade est immobilisé le plus complètement possible; les bains froids sont donc suspendus et remplacés par de simples enveloppements à l'aide d'un drap mouillé.

Le lait est supprimé et remplacé pendant deux ou trois jours par une certaine quantité d'eau.

On donne tous les jours un on deux lavements d'un litre d'eau bouillie, à 48 degrés, à faible pression, à l'aide d'un bock à injections placé à 20 ou 40 centimètres au-dessus du lit.

A chaque lavement on ajoute 4 grammes de chlorure de calcium et on en fait prendre 2 grammes par la bouche en solution aqueuse.

Il me paraît utile de compléter le traitement par une petite dose d'extrait thébaïque, 4 ou 5 centigrammes, en pilules d'un centigramme espacées. L'administration de l'opium a pour but d'immobiliser l'intestin.

Dans quelques cas, j'ai de plus donné trois doses espacées de 5 grammes de sous-nitrate de bismuth. Ce médicament a la propriété de désodoriser les selles d'une façon remarquable. Il était, m'a-t-on dit, fort employé par Vulpian.

Les grands lavements peuvent évidemment ramener du sang rouge, soit liquide soit en caillots, lorsque l'hémorragie n'est pas encore arrêtée ou que l'intestin ne s'est pas encore débarrassé du sang déversé dans sa cavité; mais je ne connais pas encore de cas dans lequel l'hémorragie n'ait pas fini par être arrêtée. Cette éventualité pourrait évidemment se produire si le vaisseau saignant était de calibre trop considérable.

Le plus souvent, le premier lavement a ramené des caillots de sang plus ou moins noirs : les lavements ultérieurs en étaient exempts.

Je considère comme un sérieux avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé. En effet, lorsqu'il séjourne dans le tube digestif, il s'y putréfie, ce qui devient une cause nouvelle d'intoxication et de fièvre. La fièvre se voit quelquefois après les hémorragies de l'ulcère simple de l'estomac sous l'influence de la putréfaction du sang dans l'intestin; les selles mélæniques sont toujours très fétides.

Le lait est rendu au bout de quelques jours, en petite quantité d'abord. Au bout de cinq ou six jours, si le sang

(1) P. Carnot. *Indications et contre-indications de l'hémostase par la gélatine*, p. 295, 1898.

n'a pas reparu dans les selles, le traitement normal et les bains froids sont repris.

En cas de grave hémorragie, il peut être utile de faire de grandes injections sous-cutanées de sérum chloruré : il me semble qu'on pourrait y ajouter une certaine quantité de chlorure de calcium, mais je n'ai pas encore l'expérience de ce mode d'administration pour ce médicament. P. Carnot a quelquefois ajouté du chlorure de calcium aux solutions de gélatine administrées par la voie sous-cutanée.

Il y aurait lieu, du reste, de fixer d'une façon précise la posologie du chlorure de calcium.

M. Carnot m'a dit que ses propriétés coagulantes ne sont pas proportionnelles à sa quantité. Aux environs de 10 grammes au contraire, la coagulabilité du sang aurait tendance à diminuer. La dose utile serait de 4 à 5 grammes.

Quatre grammes de chlorure de calcium sont absorbés par la voie stomacale sans inconvénient en solution un peu étendue. Depuis un an environ, je l'ai administré à cette dose dans tous les cas d'hémoptysie qui se sont présentés à mon observation.

Les résultats m'ont paru encourageants.

Les incompatibilités de l'antipyrine.

1° Les substances qui contiennent de l'acide azotique (nitrite d'amyle, nitrite d'éthyle, etc.) donnent avec l'antipyrine un produit de couleur verte : l'iso-nitro-antipyrine. Que cette substance soit toxique par elle-même ou par ses produits de décomposition, il faut éviter de donner ensemble l'antipyrine et les substances qui contiennent de l'acide azotique.

2° L'antipyrine donne, avec le protochlorure de mercure, une combinaison très toxique.

3° Les solutions d'antipyrine précipitent par le phénol.

4° L'antipyrine et le salicylate de soude, pulvérisés et mélangés, donnent une masse gluante, mi-liquide.

5° L'antipyrine et le chloral donnent ensemble un liquide huileux, qui ne présente plus les réactions des composants.

6° L'antipyrine et le naphtol β, mélangés, donnent un produit qui ne tarde pas à se liquéfier.

7° Les solutions d'antipyrine précipitent par le tanin.

8° L'antipyrine élève le coefficient de solubilité de la caféine et des sels de quinine (1). L. B.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Parmi les nombreux cas de grippe constatés depuis quelques semaines, un certain nombre ont été particulièrement graves et ont pu faire croire à l'éclosion d'une tuberculose latente tant par la gravité que par la persistance exceptionnelle de tous les symptômes.

Pour amender rapidement et guérir ensuite le catarrhe consécutif le plus rebelle, la véritable créosote de hêtre est encore le meilleur remède. On la donnera de préférence en Capsules Dartois en commençant par une ou deux capsules, puis trois deux fois par jour, soit aux principaux repas, soit matin et soir, avec une tasse de lait ou de tisane quelconque.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 25 AU 30 MARS 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 25 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Rémy, Retterer et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Broca (Aug.), Segond et Lepage.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Pinard, Reclus et Jalaguier ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Poirier, Varnier et Mauclaire ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Hanriot, Gilles de la Tourette et Teissier ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Legueu, Reynier et Lejars ; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Walther ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Fournier et Teissier ; — M. Méry, suppléant.

MARDI 26 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Rémy et Poirier.

3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Hallopeau et Letulle.

2e *Faculté, salle n° 1* : MM. Retterer, André et Langlois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Maygrier, Thiéry et Faure ; — *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Schwartz, Brun et Wallich ; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Achard, Charrin et Ménétrier.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Le Dentu, Quénu et Bonnaire.

4e (ancien régime) : MM. Gilbert, Thoinot et Chassevant ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Campenon et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Marfan et Dupré ; — (2e série) : MM. Raymond, Troisier et Vaquez ; — M. Ricard, suppléant.

MERCREDI 27 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Segond, Poirier et Sébileau.

1er (oral) : MM. Delens, Rémy et Jalaguier.

2e (officiat définitif) : MM. Walther, Letulle et Launois.

2e *Petit amphithéâtre* : MM. Reynier, Heim et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Tuffier, Lejars et Lepage.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Pinard, Reclus et Mauclaire ; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Legueu et Varnier ; — M. Retterer, suppléant.

4e MM. Fournier, Pouchet et Wurtz.

JEUDI 28 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Farabeuf, Rémy et Retterer.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hanriot, Letulle et Roger.

3e (1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Campenon, Wallich et Faure ; — *Ecole pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Brun, Maygrier et Poirier.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Bouilly, Quénu et Richelot ; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Schwartz, Bonnaire et Thiéry ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Grancher, Achard et Ménétrier.

4e (ancien régime) : MM. Netter, Thiroloix et Desgrez ; — M. Thoinot, suppléant.

VENDREDI 29 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Legueu, Rémy et Reynier.

2e, *Faculté, salle n° 3* : MM. Ch. Richet, Retterer et Gley.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Grancher, Teissier et Méry.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Segond et Lejars ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Tuffier et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Widal ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 30 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*,

(1) D'après B. FISCHER, *Die neuen arzneimittel.*

épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Bouilly, Schwartz et Campenon ; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Letulle, Achard et Widal ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Hallopeau, Roger et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Gilbert, Ménétrier et Vaquez ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* (1re série) : MM. Brun, Poirier et Albarran ; — (2e série) : MM. Richelot, Ricard et Faure ; — (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Marfan ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — L'ordre de passage des candidats pour les leçons orales de trois quarts d'heure doit être modifié comme suit :

Chirurgie. — 19 mars : MM Gayet et Savariaud ; 20 mars : MM. Souligoux et Marion ; 22 mars : MM. Thévenot et Delore ; 25 mars : MM. Vitrac et Lambret ; 26 mars : MM. Villard et Vanverts ; 28 mars : MM. Baudet et Bouglé ; 29 mars : MM. Gosset et Jeanbreau.

Accouchements. — 30 mars : MM. Govin et Keim ; 15 avril : MM. Bouchacourt et Demelin ; 16 avril : MM. Brindeau et Commandeur ; 17 avril : MM. Dubrisay et Macé ; 18 avril : MM. Andérodias et Fabre ; 19 avril : MM. Thoyer et Potocki.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Le Conseil général de l'Association des médecins de France s'est réuni le 8 mars 1901, sous la présidence de M. Lannelongue.

Dons reçus : pour la caisse des fonds généraux, 500 francs de la Société de Maine-et-Loire ; pour la caisse des veuves et orphelins, 200 francs de M. le docteur Delvaille (de Bayonne) ; pour la caisse des pensions, 200 francs de M. le docteur Leroy-Dupré ; versement et don de la Société de Tarn-et-Garonne, 10 francs par cotisation perçue.

Le président annonce qu'il remettra une somme de 3000 fr. à la caisse qui sera la première ouverte par l'Association : de l'indemnité maladie ou des retraites de droit.

Subventions : une somme de 900 francs a été accordée aux sociétés de la Somme, de Brignoles et Draguignan et de Toulon, pour venir en aide à des veuves de sociétaires.

Le Conseil a été informé qu'une assemblée générale de l'Association amicale des médecins français, pour l'indemnité en cas de maladie, devait avoir lieu le 17 mars pour discuter les projets de modifications à ses statuts qui permettraient l'adjonction de cette société à l'Association générale.

Les statuts de la Caisse des pensions de retraites du corps médical français n'ayant pas encore été revisés, conformément à la loi du 1er avril 1898, les projets d'entente avec cette société se trouvent momentanément retardés.

Le Conseil a décidé qu'un compte rendu analytique de ses travaux, signé du président et d'un secrétaire, serait adressé après chaque séance à tous les journaux de médecine et aux sociétés unies.

MM. Laugier et Rendu seront présentés à l'assemblée générale pour remplacer au conseil général MM. Bergeron et de Beauvais décédés. M. Sainton sera proposé pour remplir les fonctions d'archiviste de l'association.

Le Conseil charge M. le trésorier de s'entendre avec le notaire de l'association et celui de la succession Marjolin pour préparer la vente, dans les meilleures conditions possibles, des immeubles dus à la grande libéralité de ce regretté collègue.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Mourron, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Charles-Martel* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Vallet, qui a terminé la période réglementaire d'embarquement.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées, en récompense de leur courage et de leur dévouement au cours de différentes épidémies, aux personnes dont les noms suivent :

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bertin, médecin à Guyotville (département d'Alger) ; Schieffer, médecin communal à Beni-Saf (département d'Oran).

Mentions honorables : M. le docteur Pianelli, médecin de colonisation à Sebdou, détaché à Beni-Saf (département d'Oran) ; Mme Bruyeror, en religion sœur Marie-Julie, infirmière détachée à l'ambulance de Beni-Saf (département d'Oran).

Tout le monde soigné gratuitement. — Avec les sociétés de secours mutuels, d'assurances, etc., les médecins n'ont déjà pas beaucoup de clients. Que leur restera-t-il si le projet de loi que M. Le Hérissé a proposé à la commission de l'armée est adopté :

« Les officiers de réserve et de l'armée territoriale auront droit au tarif de quart de place sur les chemins de fer ; *ceux qui résident dans les villes de garnison auront droit aux soins gratuits des médecins militaires.* »

Vous me direz qu'il reste jusqu'à nouvel ordre les femmes et les enfants, mais est-on jamais sûr du lendemain ?

Une nouvelle fonction administrative. — Par suite de l'extension que prend l'application de la radiographie à la médecine légale, on vient d'instituer à Vienne (Autriche) une nouvelle fonction d'*expert radiographe.* (*Deut. Med. Zeit.*, 19 janvier 1901.)

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 10e semaine de l'année, 1181 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes (1248, 1234), mais supérieur à la moyenne des semaines de mars (1072). On remarque la fréquence croissante des maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde (5 décès, au lieu de la moyenne 11), continue à être rare.

La variole a causé 7 décès (au lieu de 9 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins s'élève à 71.

La rougeole continue à être remarquablement rare (6 décès au lieu de la moyenne 23). La scarlatine a causé 4 décès (la moyenne est 3), la coqueluche (3 décès) et la diphtérie 13, présentent des chiffres un peu inférieurs à la moyenne.

La diarrhée infantile, toujours rare en hiver, a causé 30 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 28).

En outre, 48 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 300 décès, au lieu de 269 pendant la semaine précédente et au lieu de 216, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 21 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 51 (au lieu de la moyenne 31) ; pneumonie, 80 (au lieu de la moyenne 58) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 148 (au lieu de la moyenne 107), parmi ces derniers 72 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la broncho-pneumonie. En outre, 25 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 250 décès (au lieu de la moyenne 212) ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 19 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44 décès ; les maladies organiques du cœur, (65 chiffre voisin de la moyenne 63, et bien inférieur à celui des deux semaines précédentes) ; le cancer a fait périr 42 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 9 décès ; la néphrite, 20. La cirrhose du foie n'en a causé aucun ; enfin 51 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Gennes, médecin des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du foie, par E. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge, de 550 p., avec 59 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Des lésions du fond de l'œil dans les infections générales aiguës, par le docteur P. Prothon, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon. Gr. in-8° de 136 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Conseils aux mères de famille pour les soins à donner à la première enfance, par le docteur L. Vorlet, ancien externe des hôpitaux de Marseille. Un vol. in-8° de 328 p., avec 51 fig. dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 34. — JEUDI 21 MARS 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 21 MARS 1901. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Recherches expérimentales sur la toxicité des préparations industrielles a base d'aniline, par MM. Breton et Michaut. — Les conditions et le diagnostic du terrain de la tuberculose, par MM. Albert Robin et Maurice Binet. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Néphrite aiguë consécutive à la grippe ; — *Voies urinaires :* Corps étrangers de l'urètre ; — *Thérapeutique ;* De l'emploi de la levûre de bière dans cinq cas de broncho-pneumonie compliquant la rougeole ; — *Physiologie :* Action physiologique du vin. — Médecine pratique. Injections de créosote. — Chronique et nouvelles scientifiques.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DES PRÉPARATIONS INDUSTRIELLES A BASE D'ANILINE

Par MM. Breton,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et Michaut,
Chef des travaux physiologiques à l'Ecole de médecine et préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon.

Nous avons poursuivi nos travaux de laboratoire sur le vernis contenant l'aniline qui a déjà fait l'objet de nos communications antérieures (1).

Première expérience. — Ayant voulu constater son *action sur la température*, nous avons injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc d'un lapin vigoureux, pesant 2 kilogrammes, 2 centimètres cubes de teinture. Pour éviter les causes d'erreur, l'animal en expérimentation fut maintenu enveloppé d'ouate et d'une couverture chaude dans un milieu ambiant à 20 degrés environ.

La température rectale prise avant l'expérience était de 39°5. L'injection fut faite à 3 h. 31.

Voici le résultat obtenu : 3 h. 37, température rectale, 39°3.

3 h. 39. Les mouvements respiratoires paraissent s'accélérer; une première contraction fibrillaire se manifeste dans les pattes postérieures de l'animal. Température rectale, 39°2.

3 h. 47. Température rectale, 38° 9 ; 3 h. 52. Température rectale, 38°6.

3 h. 54. Température rectale, 38°5 ; 4 heures, 38°3. La respiration se précipite ; 4 h. 6, 38°2 ; 4 h. 18. Secousses rythmiques violentes et fréquentes dans les membres postérieurs. Respiration très accélérée, 38°2. 4 h. 21. Secousse violente étendue à toutle corps, 38 degrés. 4 h. 27. Le tremblement fibrillaire est généralisé. Des secousses violentes intermittentes agitent les membres postérieurs, 37°9.

4 h. 31. La respiration est rapide. Un second mouvement violent agite tout le corps de l'animal.

4 h. 47. Les secousses sont généralisées et violentes, 38 degrés.

4 h. 52. Mêmes secousses, 37°9 ; 4 h. 55, 37°7.

5 h. 9. 37°4 ; 5 h. 18, 37°3. Le corps est secoué par des mouvements violents et généralisés. 5 h. 52. A partir de ce moment, la température se relève à 37°7.

6 heures. 37°8 ; 6 h. 15, 37°9 ; 6 h. 37, 37°8. A ce moment, la respiration a repris son rythme régulier. L'animal détaché, laissé en liberté, paraît être à son état normal, sans aucun trouble. Ce lapin a survécu, et n'a présenté aucun phénomène morbide ultérieur.

Deuxième expérience. — Un lapin vigoureux, pesant 2 kilogrammes, reçoit le 16 décembre, à 3 h. 49 du soir, une injection d'un centimètre cube et demi dans les muscles de la patte postérieure droite. Température rectale avant l'expérience 40 degrés. Les mêmes précautions, que celles décrites plus haut, sont prises contre le refroidissement de l'animal.

3 h. 53. Paraît la première secousse généralisée, 39°6.

4 heures. Deuxième secousse généralisée, 39°4.

4 h. 6. 39°2 ; 4 h. 10, 39° 1 ; 4 h. 20, 38°8 ; 4 h. 24. Secousses violentes dans les pattes postérieures, 38°8.

4 h. 30. Mêmes secousses, 38°6. 4 h. 34. Les secousses se continuent, 38°5. 4 h. 45, 38°3 ; 4 h. 52, 38°2 ; 5 heures, 38 degrés ; 5 h. 7, 37°9 ; 5 h. 15, 37°7 ; 5 h. 30, 37°5 ; 5 h. 40, 37°3 ; 5 h. 52, 37°1 ; 6 h. 6, 36°9 ; 6 h. 14, 36°7 ; 6 h. 22, 36°7 ; 6 h. 32, 36°7 ; 6 h. 50, 36°1 ; 6 h. 55, 36 degrés.

L'animal est alors détaché et laissé en liberté. Nous constatons qu'il fuit en traînant le train postérieur.

La patte postérieure droite (qui a reçu l'injection) est étendue comme paralysée, susceptible néanmoins de mouvements, mais mal coordonnés.

Pris par la peau du dos, l'animal est absolument flasque. Il semble divisé en deux parties, antérieure et postérieure, qui pendent inertes, de même que la tête. Il ne se débat pas et reste ainsi suspendu sans aucun mouvement. On le place dans une caisse à une douce température et le lendemain matin le lapin présente une hémiplégie droite complète. Mis en observation, il se nourrit mal, maigrit et meurt le 20 décembre dans la matinée.

L'autopsie nous indique que l'injection a été faite dans

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, nos 118 et 139.

l'interstice des muscles postérieurs de la cuisse, où passe le sciatique. L'absorption a été complète, seul le vernis est resté au point d'inoculation. Les viscères, tels que poumons, cœur, foie, rate, intestins, n'offraient pas de lésions apparentes. Les *reins*, de couleur jaune brun clair, ont été placés dans le liquide de Müller à fin d'examen microscopique.

Le fait dominant est le suivant : la *vessie* contenait le volume considérable et anormal de 70 centimètres cubes d'urine. Filtrée et traitée par le réactif picro-citrique, cette urine donne 4 grammes d'albumine par litre. Le dépôt, abondant, est examiné au microscope et se compose de cristaux, d'urates, d'oxalates et phosphates en quantité considérable. M. Bellier, chef des travaux chimiques à la Faculté des sciences, a bien voulu se charger de l'examen minutieux de cette urine. Nous lui adressons tous nos remerciements. On n'a pu y déceler de traces d'aniline, ni de phénol. Nous pensons que l'aniline a été décomposée dans l'organisme, produisant d'une part une néphrite grave et d'autre part des produits à fonctions complexes et inconnues.

Le *bulbe* était anormalement vascularisé et injecté. La *moelle*, exsangue, a été placée dans le liquide de Müller pour un examen ultérieur, qui sera publié s'il y a lieu.

Réflexions. — Voici deux animaux de même poids qui reçoivent l'un 2 centimètres cubes et l'autre 1 centimètre cube et demi de teinture. Or, l'un survit et l'autre meurt quatre jours après. Il y a là une discordance d'apparence anormale qui peut s'expliquer. Celui à qui fut faite l'injection de 2 centimètres cubes, n'a pas conservé la quantité du liquide injecté. Une dose (qu'on ne peut évaluer) est ressortie par l'orifice de l'injection et s'est répandue sur la peau. Est-ce à cette défectuosité de technique qu'il dut de survivre? Nous l'ignorons. Nous ne faisons que relater fidèlement les faits dont nous avons été les témoins. Le second, au contraire, est mort hémiplégique. La mort est due vraisemblablement à la dose énorme d'albumine constatée. Quant à l'hémiplégie, est-elle secondaire au poison rénal, est-elle la conséquence de l'atteinte directe du sciatique par ta teinture? nous ne saurions le dire. Les coupes en séries, que nous nous proposons de faire, lèveront peut-être le doute. Quoi qu'il en soit, *la température de l'animal baisse.* C'est ce que nous voulions rechercher, puisque cette baisse est mentionnée dans les cas cliniques rapportés. Elle paraît bien due à l'intoxication, puisque, chez le lapin qui a survécu, la courbe tendit à remonter lors de la cessation des phénomènes externes de cette intoxication. Nous croyons que l'on peut écarter à coup sûr le refroidissement périphérique, car toutes nos précautions avaient été minutieusement prises contre lui.

Troisième expérience. — Pour l'étude de l'absorption de l'aniline par la voie pulmonaire et la voie cutanée, nous avons pris des grenouilles. Nous avons suivi dans ces expériences la technique indiquée dans la *Toxicologie* de Chappuis. Nous en avons fait deux lots. Le premier a été placé dans un bassin contenant 1 centimètre cube d'huile d'aniline pour 50 et 100 centimètres cubes d'eau pure. Le second a été mis dans un bain contenant 1 centimètre cube de la teinture pour 50 et 100 centimètres cubes d'eau pure. Ce qui nous donnait quatre séries d'expérience. Pour tous ces animaux, l'intoxication a été plus rapide que par l'injection dans le sac lymphatique. Tandis qu'il suffit de six à huit minutes pour intoxiquer les grenouilles mises dans les bains préparés, il faut douze à quatorze minutes pour les intoxiquer par la voie lymphatique. L'intoxication est plus rapide, de quatre à six minutes, pour les animaux mis dans l'eau aiguisée d'huile d'aniline, que pour ceux placés dans l'eau à laquelle est jointe la teinture. Mais les phénomènes de l'intoxication sont absolument identiques dans l'une ou l'autre expérimentation, bien dus à l'aniline (pour ce qui concerne notre teinture), puisque nous pouvions les contrôler par ceux qui se passaient sous nos yeux, dans le bain renfermant l'huile d'aniline. Ces symptômes sont ceux que nous avons relatés dans nos premiers travaux, nous n'y revenons pas. Tandis que, chez la grenouille normale, le cœur, après décapitation, peut battre comme on sait, pendant un temps fort long, chez nos animaux tués par l'aniline, il cesse de battre une heure après la décapitation. De ce que nous ont appris nos observations sur l'action de l'aniline en tant que poison musculaire, nous croyons pouvoir conclure : le cœur (envisagé au point de vue purement musculaire), comme les autres muscles de l'économie, n'est pas ou fort peu influencé par le toxique. Mais s'il cesse de battre si tôt, c'est que son système nerveux ganglionnaire est atteint. C'est par là qu'il est touché et qu'il meurt.

Quatrième expérience. — C'est encore aux grenouilles que nous avons eu recours pour étudier l'influence de l'aniline sur la moelle et les muscles. Nous avons varié les modes d'intoxication : injection dans le grand sac lymphatique dorsal, grenouilles mises dans l'eau ci-dessus indiquée, absorption cutanée provoquée en recouvrant le dos de l'animal d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution aqueuse du vernis. L'animal était disposé sur le myographe à poids de Marey, on lui sectionnait le bulbe. Le sciatique, mis à découvert, était excité du côté opposé au muscle gastrocnémien, de telle sorte que cette excitation passait par la moelle.

Chez l'animal sain, ainsi disposé, un courant d'excitation faible donne à peine un tracé myographique qui reste identique pendant toute la durée de l'expérience. Au contraire, *dix à douze secondes* après les phénomènes caractéristiques de l'intoxication, ce même courant donne un tracé très apparent, et au fur et à mesure que l'intoxication se produit, le tracé devient de plus en plus considérable, répondant aux fortes secousses de l'animal. Il y a donc, d'une façon indubitable, *hyperexcitabilité médullaire*. Cette hyperexcitabilité persiste même pendant longtemps.

La grenouille détachée de l'appareil, et laissée au repos, donne, à l'excitation d'une patte, de vives secousses dans l'autre. Ces secousses peuvent être reproduites aussi longtemps que vit l'animal, à la condition formelle de ne pas trop rapprocher l'excitation. Nous nous trouvons donc en complet désaccord avec Nothnagel. A la page 448 des « *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*, par H. Nothnagel et M. J. Rossbach, ouvrage traduit par J. Alquier, 1889 », nous lisons à l'article Amidobenzol (phénylamine ou aniline) $C^6H^5NH^2$, ce qui suit :

« Il sert à la préparation des magnifiques couleurs d'aniline. Il se dissout dans 31 parties d'eau, est miscible en toutes proportions avec l'alcool et l'éther. Localement, il provoque de l'inflammation ; après son absorption, il donne lieu à des phénomènes narcotiques, à de la difficulté de la respiration, à de la cyanose; la mort arrive consécutive-

ment à une *paralysie respiratoire; chez les grenouilles on voit se manifester des spasmes cloniques avec habitus paralytique général et une paralysie périphérique du même genre que celle déterminée par le curare*. La plupart des couleurs d'aniline et de rosaniline, par exemple la fuchsine, sont dépourvues de toxicité, à moins qu'elles ne contiennent de l'aniline libre ou d'autres composés tels que l'arsenic, le phénol. » Nous avons déjà montré ailleurs les lésions inflammatoires de l'appareil pulmonaire. Si « les spasmes cloniques avec habitus paralytique général » sont vrais, « la paralysie périphérique du même genre que celle déterminée par le curare » n'est plus admissible. Le muscle, chez les animaux tués par l'aniline, n'est pas touché. Le gastrocnémien excité par l'intermédiaire du sciatique nous a donné des tracés de *secousses normales et même sans diminution d'amplitude* pendant un temps fort long. Nous venons enfin d'exposer la preuve de l'hyperexcitabilité médullaire. Quant aux secousses fibrillaires, dont nous avons maintes fois parlé, nous n'avons pu parvenir à les enregistrer. Elles n'ont pas la force suffisante pour vaincre l'inertie du myographe. Et pourtant, elles sont généralisées, débutent dès le moment même de l'intoxication et persistent jusqu'à la mort de l'animal.

Cinquième expérience. — Nous avons pris de gros rats vigoureux et les avons placés isolément sous une cloche dans un milieu de température ambiante à 20 degrés. Un thermomètre, placé à l'intérieur de la cloche, nous donnait le degré de chaleur de l'atmosphère en contact direct avec l'animal, soit 30 degrés. Suspendant au sommet de la cloche un tampon d'ouate hydrophile imprégné du vernis, nous avons observé, chez tous les rats, les signes de l'intoxication déjà connue et nous avons ainsi causé la mort de tous ces animaux mis en expérience. L'intoxication par cette méthode est beaucoup plus lente que par l'injection sous-cutanée. Cette dernière tue le rat en une heure environ, exactement cinquante minutes. L'inhalation, dans les conditions ci-dessus décrites, exige, au contraire, une durée variant de deux heures et demie à cinq et six heures, pour amener la mort.

Nous avons fait deux séries d'épreuves. Dans une première, l'animal s'intoxique par la voie pulmonaire seule; les phénomènes toxiques arrivent lentement, demandent trois heures pour se produire. L'intoxication commencée achève son œuvre, bien que l'animal puisse respirer de l'air pur et même un mélange d'air pur et d'oxygène. La mort arrive en cinq à six heures.

Dans une seconde, nous avons placé les rats sous les cloches préparées, mais ayant au préalable mis sur le dos et sur le ventre de l'animal quelques gouttes de vernis. Dans ces conditions, les rats commencent l'intoxication une demi-heure environ après le début de l'expérience; la mort est néanmoins lente à venir; elle exige deux heures un quart, deux heures et demie. Ce qui nous a frappé particulièrement, c'est l'agonie très longue, qui précède la mort d'une heure environ.

Ces animaux sont morts en présentant les mêmes symptômes que ceux que nous avons décrits antérieurement, et à l'autopsie, nous avons trouvé les mêmes lésions.

Telles sont les expériences que nous avons pu poursuivre pendant un long temps, grâce à la complaisance de M. Jobert, professeur de physiologie comparée à la Faculté des sciences de Dijon, qui a bien voulu mettre son laboratoire à notre entière disposition. Nous ne saurions trop l'en remercier en terminant ce travail.

LES CONDITIONS ET LE DIAGNOSTIC DU TERRAIN DE LA TUBERCULOSE (1)

Par MM. Albert Robin et Maurice Binet.

Des études portant sur 392 malades avec plus de 1300 analyses nous ont révélé un fait qui nous paraît avoir une très grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement de la tuberculose, d'autant qu'il bouleverse complètement les idées courantes médicales et populaires au sujet de cette maladie.

En effet tout le monde admet qu'un phtisique respire moins qu'un homme sain, et que ses actes respiratoires et son hématose s'abaissent d'autant plus que l'étendue des poumons envahis était plus grande, et l'on s'est acharné à relever chez les poitrinaires tous les phénomènes d'oxydation.

Or, nous avons trouvé que les échanges respiratoires sont beaucoup plus élevés chez les phtisiques que chez les individus sains et cela assez constamment pour que, sur 162 phtisiques, nous n'ayons que 8 p. 100 d'exception. Ces échanges affectent le type suivant :

1° La ventilation pulmonaire croît de 110 p. 100 chez la femme et de 80,5 p. 100 chez l'homme;

2° L'acide carbonique exhalé par kilogramme de poids et par minute s'accroît de 86 p. 100 chez la femme et de 64 p. 100 chez l'homme;

3° L'oxygène total consommé par kilogramme-minute croît de 100,5 p. 100 chez la femme et de 70 p. 100 chez l'homme;

4° L'oxygène absorbé par les tissus croît de 162,8 p. 100 chez la femme et de 94,8 p. 100 chez l'homme.

Cette suractivité des échanges respiratoires existe aussi dans les formes aiguës de la maladie. Elle se manifeste à toutes les périodes de la forme chronique, aussi bien au début qu'aux périodes avancées et persiste jusqu'aux derniers jours de la maladie. Elle subit des oscillations qui affectent un certain rapport avec les progrès ou l'amélioration de la tuberculose.

Le mal de Pott, la tuberculose osseuse, la tuberculose du testicule, la pleurésie tuberculeuse, les adénites tuberculeuses présentent une suractivité analogue dans les échanges; mais celle-ci fait défaut dans la péritonite, la méningite tuberculeuses et le lupus.

Si, dans les diverses maladies que l'on peut confondre avec la tuberculose pulmonaire, on en rencontre quelques-unes où les échanges respiratoires sont exagérés, cependant ceux-ci diffèrent toujours par quelque trait de ceux de la phtisie.

Donc, si l'on hésite sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, l'examen des échanges respiratoires résoudra la difficulté. Et comme les caractères de ce chimisme sont significatifs dès le début de la tuberculose, on aura ainsi le moyen de réaliser son diagnostic précoce.

L'exagération des échanges respiratoires n'est pas un acte de défense de l'organisme, ce n'est pas non plus une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion bacillaire chez les trois quarts environ des descendants de tuberculeux. Au contraire, dans les états antago-

(1) Communication à l'Académie de médecine.

nistes à la phtisie. comme l'arthritisme, les échanges respiratoires sont au-dessous de la normale chez l'homme sain. Cette exagération des échanges respiratoires constitue donc une des conditions du terrain de la tuberculose. L'autre condition est la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une note ultérieure. Cette notion nous ramène à la conception hippocratique : « La phtisie est une consomption. » C'est la consomption produite par les échanges respiratoires et la déminéralisation qui prépare le terrain à l'invasion bacillaire.

Aujourd'hui nous laisserons complètement de côté la question de la déminéralisation pour insister uniquement sur l'aide que l'examen des échanges respiratoires apporte au diagnostic différentiel de la phtisie confirmée, à son diagnostic précoce, et enfin au diagnostic du terrain.

La prophylaxie de la tuberculose n'est pas tout entière dans les mesures privées et publiques prises contre l'agent de la contagion. Si l'on peut reconnaître à l'avance les sujets qui sont prédisposés, il ne suffit pas d'écarter le bacille de leur route, il faut les soumettre aussitôt à une hygiène et à une thérapeutique capables de modifier le trouble fonctionnel et nutritif qui est la condition nécessaire du développement du bacille. La tuberculose pulmonaire ne sera réellement évitable, que si l'on parvient à rendre l'organisme des prédisposés, réfractaire au germe de la maladie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(19 mars 1901)

On s'occupe fort depuis quelque temps, dans le monde chirurgical, de la méthode d'anesthésie par les injections de cocaïne dans le canal rachidien. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 1268.) Déjà l'Académie a été plusieurs fois saisie de cette question. M. Reclus l'y a portée de nouveau dans un rapport très documenté et présenté avec un rare talent de clarté et de précision. Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur cette méthode qu'on nous avait jusqu'ici présentée sous un aspect un peu trop flatteur. Il faut rabattre de l'enthousiasme des premiers jours. Mais écoutons M. Reclus : rendant tout d'abord à chacun la justice qui lui est due, il rappelle les premières tentatives qui ont été faites; il rappelle que l'historique de la question comprend trois étapes ; en 1891, Quincke a, le premier, l'idée de faire la ponction lombaire; dans une seconde période, Sicard, Corning proposent, cette ponction faite, d'introduire dans le canal rachidien des substances médicamenteuses. Enfin, Bier (de Kiel), en avril 1898, fait ses premiers essais d'injections de cocaïne dans le but d'obtenir l'anesthésie et, le premier, réalise la méthode vers la fin de 1899. La méthode nous vient donc d'outre-Rhin. M. Tuffier l'a vulgarisée en France et il possède aujourd'hui plus de 300 observations qui lui ont permis de bien faire connaître ce mode d'anesthésie et qui l'ont conduit à des conclusions trop favorables aux yeux de M. Reclus.

Passons à la technique telle que la conseille M. Reclus : il faut se servir d'une seringue stérilisable telle que celle de M. Malassez, avec aiguille iridée; il faut se servir d'une solution de cocaïne au titre de 1 ou 2 p. 100; M. Tuffier se sert d'une solution à 2 p. 100; M. Reclus préfère la solution à 1 p. 100. Il ne faut jamais dépasser 4 centimètres cubes; couramment, c'est 1 centimètre, 1 centimètre et demi, 2 centimètres au plus qu'on doit employer. La solution doit être stérilisée; ce problème a été résolu depuis quatre ans par M. Reclus pour les injections sous-cutanées; on peut mettre la solution de cocaïne en tubes scellés dans l'autoclave.

La ponction doit être faite au niveau de la quatrième vertèbre lombaire; aussitôt que l'aiguille a pénétré dans le canal rachidien, il s'écoule un peu de liquide transparent; quand ce liquide s'est écoulé, on peut adapter la seringue à l'aiguille et pratiquer l'injection.

Quel en est le résultat normal? Après deux ou trois minutes, le malade ressent un certain engourdissement, des fourmillements soit dans le membre inférieur, soit dans les organes génitaux externes; la zone anesthésiée, quoi qu'on en ait dit, ne dépasse pas l'ombilic; dans quelques cas très exceptionnels, M. Tuffier a pu pratiquer des opérations au-dessus de cette zone. Mais toute la région sous-ombilicale est insensibilisée au point qu'on peut couper, lacérer, brûler tous les tissus comme sur un cadavre. Voilà comment les choses se passent quand elles se passent bien. Mais de l'aveu même de M. Reclus, il n'en va pas toujours ainsi; d'abord les débutants doivent s'attendre à quelques déboires; on ne pénètre pas toujours d'emblée dans le canal rachidien, on peut ne pas aller assez loin ou aller trop loin et pénétrer dans la paroi antérieure du canal. Alors même que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien vous prouve que vous êtes bien dans le canal, il est des cas où l'anesthésie ne se produit pas normalement, soit qu'elle ne se produise qu'une heure, une heure et demie après, soit qu'elle ne fasse qu'apparaître et disparaître.

Chez certains malades, il se produit un tremblement généralisé très gênant, d'autres fois des nausées, des vomissements prolongés, voire même du méningisme; chez d'autres, c'est une paralysie des sphincters, une incontinence des matières fécales pouvant durer plusieurs jours, une paralysie des membres inférieurs, des céphalées atroces. Ce n'est pas tout. L'injection de cocaïne dans le canal rachidien est-elle sûrement innocente? Eh bien non! répond M. Reclus, et les tables de la cocaïnisation lombaire sont malheureusement assez chargées; on compte déjà 6 ou 7 cas de morts; il y a un cas de M. Folet (de Lille), dans lequel, il est vrai, on s'est aussi servi du chloroforme; il y a un cas de M. Julliard (de Genève), dans lequel, à l'autopsie, on a trouvé une rupture d'anévrysme de la sylvienne; dans un cas de M. Tuffier, la mort est survenue deux heures après; il y avait une lésion mitrale et un œdème aigu du poumon; enfin, il y aussi des cas où l'on n'a rien trouvé à l'autopsie pour expliquer la mort et innocenter la cocaïne.

On compte donc actuellement au moins 6 cas de mort, alors que le nombre des injections faites n'atteint pas 2000, tandis que le chloroforme ne donne qu'un cas de mort pour 2300, l'éther 1 cas de mort pour 7000. M. Tuffier, dans son travail, ne fait aucune allusion à ces catastrophes; M. Reclus, plus prudent, nous dit : Prenez garde! Sa conclusion est que, jusqu'ici, l'anesthésie par le chloroforme, par l'éther ou par les injections sous-cutanées de cocaïne doit rester la méthode de choix et que la cocaïnisation lombaire ne saurait prétendre à la remplacer.

M. Robin a fait une très intéressante communication sur les **conditions et le diagnostic du terrain de la tuberculose**. Ce travail, basé sur des faits et des expériences, aboutit à des conclusions tout à fait originales et inattendues. Nous

en recommandons la lecture; on en trouvera plus haut un résumé. (voy. p. 327).

Encore un **monstre xyphophage** que nous présente M. Chapot-Prévost. Les frères Liou-Seng-Sen et Liou-Tang-Sen sont nés en Chine le 2 janvier 1887; soudés par un simple pont qui va de l'appendice xyphoïde à la cicatrice ombilicale, ils forment un *tératophage* très voisin du genre *xyphophage vrai* de Dareste. Ce pont, constitué par la peau, une lame cartilagineuse réunissant les extrémités inférieures des deux sternums, probablement une lame de tissu hépatique, et enfin des culs-de-sac péritonéaux, est très extensible. Il permet aux enfants de marcher presque de face et de courir.

Ils ont toujours pu se coucher indifféremment d'un côté ou de l'autre, en combinant, bien entendu, leurs mouvements.

Il y a quatre ans, ils ont eu tous deux la variole à un jour de distance.

Ils sont toujours très gais, intelligents, et ne se chicanent que très rarement.

Toutes leurs fonctions s'exercent d'une façon indépendante. L'un peut être éveillé pendant que l'autre dort.

Dans une circonstance, on s'amusa à donner du wisky à l'un d'eux, et ce fut celui qui n'en avait pas pris qui montra le plus de signes d'ivresse.

Voici encore deux enfants qui seraient faciles à séparer, mais les parents qui les ont cédés à la compagnie américaine Barnum ne s'en soucient guère.

M. Barette (de Caen) a lu une observation d'**appendicite gangrénée hypertoxique compliquée d'ictère grave mortel.** En voici les conclusions :

1° Dans une attaque d'appendicite, même en apparence des plus bénignes, il faut se tenir en garde et agir au plus vite chirurgicalement, car on ne peut prévoir ce qui peut arriver.

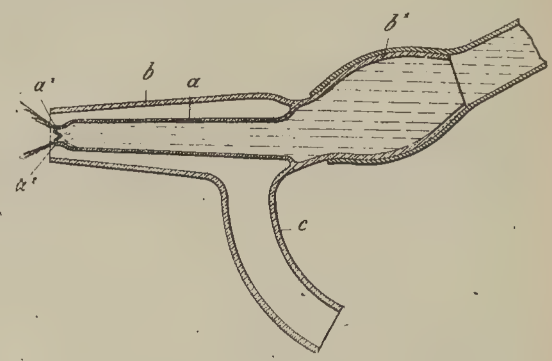
2° L'emploi de l'opium est dangereux dans ces cas; en supprimant la douleur et la défense musculaire, il peut induire en erreur, dans l'appréciation des symptômes locaux. Il agit, de plus, en immobilisant l'intestin et en favorisant la stagnation et la multiplication des éléments infectieux.

3° Les laxatifs légers sont très utiles car ils diminuent les toxines intestinales et combattent l'infection.

M. Joffroy a été élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale par 65 voix sur 71 votants.

Au cours de la dernière séance, M. Golesceano (de Paris) a présenté un appareil très simple et très ingénieux, destiné **au lavage des oreilles.** Jusqu'ici, le praticien n'avait guère à sa disposition que la petite seringue de 10 centimètres cubes, bien insuffisante, ou la grande seringue à hydrocèle, qui demande une certaine habitude au médecin pour pouvoir être employée utilement, et qui est impossible à manier d'une seule main pour le patient.

L'appareil de M. Golesceano, auquel il donne le nom d'otoplynter (ωτὸς, oreille, πλύνειν, laver), se compose, en somme, d'une simple canule qui s'adapte au tuyau d'une douche émaillée. Sa caractéristique est de comporter une canule intérieure, dans laquelle arrive le liquide injecté, et qui se termine par deux petits orifices divergents destinés à diviser le jet, à diminuer sa pression et à éviter qu'il ne se dirige sur la membrane du tympan; cette canule est renfermée à l'intérieur d'un tube protecteur dont l'extrémité libre est ouverte et s'adapte dans le conduit auditif externe, ce tube protecteur porte une tubulure permettant l'évacuation du liquide de lavage de l'oreille, lequel revient à sa sortie de l'oreille par l'espace annulaire compris entre la canule et le tube protecteur.



La figure ci-jointe permet de bien comprendre le dispositif.

Ce système a donc l'avantage de permettre un courant continu; ne nécessitant aucune connaissance anatomique spéciale, il peut être manié par le malade lui-même, enfin, il peut être bouilli et rendu aseptique.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Néphrite aiguë consécutive à la grippe. (G. Freeman.) — S'il n'est pas exceptionnel, au cours d'une grippe sévère, de trouver des traces d'albumine dans l'urine, il est rare, au contraire, d'observer une néphrite aiguë comme complication de cette maladie. Freeman n'en a pu trouver dans la littérature médicale que 17 cas auxquels il a ajouté une observation personnelle. La néphrite peut se montrer au début de la grippe ou au contraire quelque temps après la période aiguë. Dans 10 cas pour lesquels cette date a pu être précisée, la néphrite est apparue entre le deuxième et le trente-cinquième jour, en moyenne vers le quinzième jour. Sa durée oscille entre huit et trente jours. Dans les cas graves, la quantité de l'urine est parfois diminuée dans de grandes proportions; l'albumine est plus ou moins abondante. L'œdème n'est pas constant. Deux malades, sur une série de douze, ont succombé. Dans le cas observé par Freeman, la néphrite commença le trentième jour et dura dix jours. L'urine, très peu abondante, contenait de l'albumine ainsi que des cylindres hyalins et hématiques. La température était irrégulière et très élevée : un jour elle atteignit 40°5. A la fin de la crise elle s'abaissa, descendant même un peu au-dessous de la normale. L'enfant put guérir de cette complication.

L'auteur résume ses conclusions en disant que la néphrite est une complication rare de la grippe. Cliniquement elle revêt le type aigu hémorragique et présente à l'autopsie des lésions de néphrite toxique. Elle paraît s'attaquer aux enfants plutôt qu'aux adultes. Les troubles urinaires font leur apparition dès le début de la grippe ou au contraire quatre ou cinq semaines plus tard. Le pronostic est relativement bénin. (*Arch. of Pediatrics*, oct. 1900.) A. H.

VOIES URINAIRES

Corps étrangers de l'urètre. [M. Abadie (de Montpellier)]. — Lorsqu'on a entendu la copieuse nomenclature que voici : aiguilles, épingles, porte-plume, crayons, épinglettes de soldat, canule à lavement, alène de cordonnier, tuyaux de pipe, boule de verre ou de métal, morceau de craie, bâton de cire à cacheter, épingles à cheveux, fourchette de 4 pouces, cure-oreilles, agrafes, cylindres d'al-

bâtre, tube de verre, petite clef, poinçon, étui à aiguilles, chaine de montre, *pour le règne minéral*; morceaux de bois, sarment de vigne, épis et épillets, haricots, noyaux de fruits, manche de pinceau, branche de sapin, mèche de coton, paille, gousse d'ail, jonc, tige de glaïeul, *pour le règne végétal*; bague en cheveux avec plaque, bougie, rat-de-cave, morceau de cuir verni, arêtes de poisson, enfin vertèbres caudales d'un écureuil, *pour le règne animal*; il semble qu'il y ait témérité à vouloir ajouter un élément nouveau à cette énumération.

Il n'en est cependant rien, et le malade de M. le professeur Forgue, dont M. Abadie a rapporté l'observation à la Société des sciences médicales de Montpellier, est un curieux exemple de ce que peut chercher une imagination malade. Il n'avait rien trouvé de mieux que de s'introduire dans l'urètre, pour calmer des démangeaisons, un *tendon de porc* fraîchement enlevé à son propriétaire.

Naturellement, comme en pareil cas, le corps étranger pénétra dans la vessie, d'où cystite putride et tout son cortège.

M. Forgue l'enleva par la taille hypogastrique. Ce singulier cathéter, bifide à l'une de ses extrémités, mesurait 11 centimètres de long sur un diamètre de 1 centimètre et demi. (*Montpellier médical*, 10 mars 1901.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la levûre de bière dans cinq cas de broncho-pneumonie compliquant la rougeole. [M. Bossan (de Beaucaire).] — Au cours d'une récente épidémie de rougeole remarquable par ses complications broncho-pulmonaires, M. Bossan a songé à employer contre cette complication la levûre de bière en l'associant au traitement ordinaire par les bains tièdes sinapisés et les stimulants plus ou moins diffusibles.

Dans les cinq cas, M. Bossan donna des lavements tièdes contenant deux cuillerées à café de levûre de bière sèche, délayée, dans 80 grammes d'eau bouillie, et portés haut dans l'intestin à l'aide d'une sonde de Nélaton.

Dans tous les cas, même action rapide sur le processus infectieux, même amélioration de l'état général.

Quelle que soit l'hypothèse à laquelle on se rattache pour expliquer l'action de la levûre de bière (action phagocytaire, action tendant à rendre les humeurs antitoxiques ou bactéricides, il semble bien que, dans ces cinq cas, ce corps a eu une influence presque spécifique. (*Montpellier méd.*, 10 mars 1901.) F. R.

HYDROLOGIE

Action physiologique du vin. (M. Roos.) — L'expérience à laquelle M. Roos s'est livré est extrêmement curieuse. Dans le but de vérifier si l'ingestion quotidienne du vin est favorable ou nuisible à l'organisme, il a soumis au régime du vin un certain nombre de cobayes en conservant des témoins de même espèce recevant la même alimentation, vin excepté.

L'expérience, commencée le 9 avril 1900, dure encore. Dans ce laps de temps, c'est-à-dire dans une année ou à peu près, quatre couples au régime du vin ont donné 30 produits, soit 7,5 par couple; deux couples témoins ont donné 9 produits, soit 4,5 par couple. Sur les descendants des premiers, il y a eu 7 morts; on en compte 2 sur les autres. Cela établit une mortalité de 23,2 p. 100 dans le premier cas, et 22,2 dans le second.

A cette même époque, le poids moyen des ascendants recevant du vin était de 841g25, c'est-à-dire qu'ils étaient à cette date en très bonne forme.

M. Roos a voulu également rechercher si le vin avait par lui-même une valeur alimentaire notable. Dans ce but, il a soumis pendant un mois deux cobayes non adultes à un régime insuffisant pour assurer leur développement normal. L'un recevait deux fois par jour 5 grammes de son de blé mouillé de 10 centimètres cubes d'eau; l'autre une ration identique, mais mouillée de 5 centimètres cubes de vin rouge à 9 p. 100 d'alcool et de 5 centimètres cubes d'eau.

Au bout d'un mois, le cobaye au régime du vin avait augmenté de 17 grammes, l'autre de 9 grammes seulement. Ce dernier est mort d'ailleurs quatre ou cinq jours après la fin de l'expérience; l'autre est bien portant.

On peut donc présumer que le vin est utile à l'organisme animal, et que même à dose relativement forte son action n'est pas défavorable. (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1901, n° 7.) F. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Injections de créosote.

Prenez : *Phosote* (phosphate neutre de créosote), q. v.

Injectez 2 ou 3 centimètres cubes tous les deux ou trois jours. Faire des injections profondes dans les muscles. Ces injections ne déterminent aucune douleur. Le phosote contient 80 p. 100 de créosote. Tous les quinze jours, suspendre le traitement pendant huit jours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie.* — Le jury définitif du concours qui doit s'ouvrir le 25 mars pour la nomination à deux places de chirurgien, est composé de MM. Richelot, Nélaton, Gérard-Marchant, Guyon, Poirier, Bazy, Ballet.

Les candidats inscrits sont MM. Banzet, Batigne, Baudet, Bresard, Brodier, Cazin, Courtillier, Cunéo, Paul Delbet, Dujarier, Fredet, Gosset, Herbet, Lapointe, Longuet, Mayet, Michon, Mignot, Mouchet, Ombredanne, Pasteau, Péraire, Raymond Petit, Proust, Reymond, Robineau, Savariaud, Wiart.

Distinctions honorifiques. — Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, les distinctions suivantes ont été décernées pour participation active et dévouement aux travaux des conseils d'hygiène et de salubrité :

Médaille d'or : M. le professeur Raoult (de Grenoble).

Médaille de vermeil : M. le professeur Bertin (de Nantes).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Woimant (de Soissons), Vilcoq (de Château-Thierry) et Chopinet, médecin-major.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Guibaud, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Tage*, qui entrera en armement pour essais à Brest le 1er avril prochain.

M. le médecin de deuxième classe Vallet, du port de Toulon, est désigné pour aller servir sur le *Jouffroy* (station de la Guyane) en remplacement de M. le docteur Mathis.

— Le jury du concours qui aura lieu à Toulon le 1er avril prochain pour un emploi de professseur de petite chirurgie et séméiologie médicale à l'école annexe de médecine navale de Rochefort, sera composé comme suit : MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Ségard, médecin en chef, membre; Ambiel, médecin principal, membre.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ce concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dufraigne (de Meaux), ancien sénateur de Seine-et-Marne; Prosper Allemand, ancien député des Basses-Alpes; Manasseine, rédacteur en chef du *Wratch*. Suivant ses dernières volontés, cette publication russe cessera de paraître à la fin de l'année.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 23 MARS 1901. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 4 fr. 50.	6 mois : 8 fr.	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La méralgie paresthésique, par M. Ch. DOPTER, médecin aide-major de première classe. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR, par M. A RICARD. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La méralgie paresthésique.

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin aide-major de première classe.

La méralgie paresthésique est une affection dont la description est de date encore récente : les premières observations ont été signalées par Bernhardt (de Berlin) en mars 1895. D'autres suivirent de près, étudiées en même temps par Roth (de Moscou) qui les publia le 1er août de la même année. C'est lui qui lui a donné le nom qu'elle porte actuellement. Depuis, des cas isolés furent relatés successivement par Naecke, Freud, Devic, Lucas-Championnière, Bellot, Escat, Destot. En 1896, nous consacrions notre thèse inaugurale à ce sujet encore à peine connu. D'autres cas furent publiés : l'attention était attirée sur cette affection que l'on trouva dès lors très fréquente, et revêtant un caractère de bénignité pour ainsi dire constant; les publications se multiplièrent, et, actuellement, le nombre des observations connues dépasse la centaine. Nous-même, depuis notre thèse, en avons étudié une vingtaine de cas, en tout semblables aux précédents, et que, pour cette raison, nous avons jugé inutile de communiquer. La méralgie paresthésique se présente, en effet, toujours sous le même aspect, les observations ne différant entre elles que par de légers détails; aussi ne nous étendrons-nous pas outre mesure sur l'étude des symptômes, préférant insister davantage sur la pathogénie qui semble actuellement avoir reçu une solution, et sur le traitement qui a subi depuis l'an dernier des modifications notables : la thérapeutique chirurgicale a été tentée et couronnée de succès.

I

Symptomatologie. — Trois symptômes primordiaux concourent à constituer la méralgie paresthésique. Ce sont : la *paresthésie*, l'*anesthésie* et la *douleur*. Ces phénomènes siègent sur le territoire fémoral du nerf fémoro-cutané. Ce nerf sensitif, issu de la branche antérieure de la deuxième paire lombaire, traverse obliquement l'excavation pelvienne à la partie postérieure du psoas, croise le muscle iliaque, et s'échappe du bassin par l'échancrure innominée qui sépare les deux épines iliaques antérieures. A ce niveau, son volume augmente du double, et, à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope, se divise en deux ordres de rameaux : les uns, fémoraux, innervant la face antéro-externe de la cuisse, et un ou deux rameaux fessiers destinés à la région fessière. *Le domaine des rameaux fémoraux est seul en cause* dans les troubles qui vont être décrits, à *l'exclusion constante du rameau fessier*. Bref, c'est la région antéro-externe de la cuisse qui constitue le territoire intéressé.

PARESTHÉSIE. — Les troubles paresthésiques sont généralement les premiers en date. Ils se manifestent le plus souvent par une sensation d'*engourdissement*, siégeant tout d'abord dans un point limité, situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la région antéro-externe de la cuisse. Puis l'engourdissement devient du *fourmillement* et s'étend en tache d'huile à toute la région innervée par le rameau fémoral, et limitée comme suit : en avant, par le milieu de la face antérieure de la cuisse, en arrière, par une ligne séparant la face externe de la face postérieure, en haut, par l'arcade de Fallope, en bas par une ligne située à trois ou quatre travers de doigt au-dessus des condyles fémoraux. Ces troubles sensitifs présentent leur intensité maxima au point initial, dont le déplacement est rare. Certains malades éprouvent un *tiraillement*, ressemblant à une sorte de tension musculaire (Naecke, Roth, Escat); d'autres des *picotements*, des *frémissements*, des *agacements* (Souques). Parfois, mais rarement, c'est une sensation de froid, c'est de la cryesthésie (Roth, Destot, Ingelrans) : nous l'avons retrouvée dans deux cas inédits.

ANESTHÉSIE. — Surajoutée à la paresthésie, l'anesthésie est subjective et objective.

Subjective, elle s'accompagne d'une sensation bizarre interprétée différemment par les divers malades, sensation d'un corps étranger interposé entre les vêtements et les téguments. Les uns sentent comme une fourrure recouvrant la face antéro-externe de la cuisse : pour d'autres, c'est du coton, du duvet. Dans un de nos cas publié en 1896, le malade rapprochait son impression de celle qu'il ressentait en touchant une pomme reinette. Pour d'autres encore, c'est une peau morte, du carton, une peau empesée (Escat), un morceau de bois plaqué sur la cuisse (Koster), etc.

L'anesthésie *objective* est le plus souvent peu marquée; elle

peut même faire défaut. Tous les modes de sensibilité peuvent ne pas être atteints au même degré. Dans un seul cas, nous avons signalé antérieurement une anesthésie absolue à tous les genres d'exploration.

Au *contact*, la sensibilité est rarement complètement abolie; elle est seulement émoussée, obtuse, un léger retard peut être noté dans sa perception. Cette sensibilité peut être pervertie. Escat, effleurant légèrement la peau avec la pointe d'un crayon dans le centre de la région atteinte, éprouvait la sensation de fourrure. Si la pointe était portée à la périphérie de la plaque anesthésiée, la sensation devenait moins obtuse, il ressentait un fourmillement, se manifestant peu après le contact, et persistant deux à trois secondes après lui. En général, dit Brisard, le contact fort est mieux supporté que l'effleurement.

La *piqûre* faible n'est pas perçue : les malades prétendent la sentir comme à travers une peau étrangère. Les piqûres fortes, au contraire, provoquent une douleur très vive; elles semblent beaucoup plus fines et plus cuisantes.

Au *pincement*, il ne se produit pas de troubles sensoriels purs; le pincement provoque de la douleur. Frend ressentait la pression des plis de la peau autrement et plus douloureusement. Brisard a noté cependant un cas où le pincement ne provoquait pas de douleurs; superficiel ou profond, il était senti moins nettement que du côté sain.

A la *température*. Les différences de température ne sont pas toujours bien perçues. Chez certains sujets, la sensibilité au froid est amoindrie et conservée par la chaleur; chez d'autres, on constate les phénomènes inverses.

A l'*électricité*. Dans un cas, nous avons constaté les particularités suivantes : au repos, la sensibilité était augmentée sous l'influence du courant faradique : le malade éprouvait une brûlure cuisante avec sensation de peau morte. Le pinceau électrique provoquait de vives douleurs.

Après fatigue, avec le courant le plus faible, la sensibilité restait abolie; avec le courant maximum, on notait de l'hyperesthésie douloureuse avec chaleur exagérée.

Après nous, Koster a trouvé la sensibilité diminuée dans tous ses modes; Joncheray n'a observé aucune modification.

Chez certains malades, mais assez rarement, le tableau clinique n'est constitué que par les symptômes précédents; on n'observe que des troubles paresthésiques et anesthésiques. La douleur, le plus souvent, vient se greffer constamment ou par intermittences, sur ces phénomènes qui demeurent permanents.

Douleur. — Elle est, elle aussi, subjective ou objective.

Subjective, la douleur est habituellement très supportable; il est des cas où elle prend un caractère d'acuité et de rapidité, comme les douleurs fulgurantes du tabes. Elle survient le plus souvent après une fatigue, une longue marche, un piétinement de longue durée, une station debout prolongée. En général elle se fait sentir dans un point peu étendu, bien localisé, siégeant en des endroits différents suivant les sujets, ordinairement vers le milieu de la région antéro-externe de la cuisse. Elle augmente graduellement par l'accentuation de la fatigue; la zone où elle se fait sentir s'étend aussi parallèlement. Son intensité est assez faible pour ne pas entraîner de gêne dans les mouvements de la jambe ni de la cuisse; en certains cas, cependant, son intensité peut devenir telle qu'une claudication plus ou moins accusée s'ensuit et que le malade est même obligé de se servir de béquilles (Chipault).

Ces douleurs sont caractérisées différemment par les patients. Ils les comparent soit à des coups de couteau, soit à des piqûres d'épingles rapides et répétées, accompagnées de chaleur, de brûlure intermittente ou continue, fixes ou se déplaçant le long du trajet du tronc nerveux.

Le frottement des vêtements, le contact fréquent d'objets quelconques venant ballotter à chaque pas sur la région atteinte, les exaspèrent. Les militaires souffrant de mèralgie paresthésique gauche ne peuvent supporter le port du sabre qui frappe la cuisse de ce côté; les objets quelconques, agissant par le même mécanisme, produisent les mêmes effets.

La douleur persiste tant que dure la cause qui l'a provoquée. En général, elle ne cesse que par le repos et surtout par la position assise; elle disparaît alors immédiatement, ou après quelques minutes, ou bien elle met un quart d'heure, une demi-heure à s'amender. La position couchée la fait renaître quelquefois. Certains malades, chez lesquels le piétinement en a été la cause, la font cesser par une marche un peu rapide; d'autres s'appuient sur le membre sain, et laissent le membre atteint dans la flexion; c'est en somme le mécanisme de la position assise. Florand éprouvait des douleurs par la marche, n'en ressentait aucune par une course à bicyclette. Cette attitude de flexion de la cuisse sur le bassin a son importance au point de vue du diagnostic; on verra en effet que dans la pseudo-mèralgie paresthésique, c'est le bassin qui se fléchit sur la cuisse, cette dernière restant fixe.

Objective. — Les mêmes douleurs peuvent prendre naissance, mais plus rarement par la pression, la piqûre, à des moments où les malades ne souffrent pas. Ainsi provoquées elles sont passagères. On a cherché si la pression du nerf au niveau de son passage à travers l'échancrure innominée, était douloureuse. Dans 4 cas seuls elle a existé (3 cas de Roth, cas de Sabrazès et Cabannes); en général elle est nulle. Peut-être, dit Roth, le nerf est-il protégé à ce niveau par l'arcade de Fallope, et par une couche de tissu cellulo-adipeux, plus ou moins épaisse suivant les sujets.

Tels sont les phénomènes fondamentaux que comporte l'étude symptomatologique de la mèralgie paresthésique. D'autres troubles peuvent s'y adjoindre, les uns locaux, les autres généraux.

Dans la première catégorie on signale les troubles trophiques très rares, et les troubles vaso-moteurs.

Les *troubles trophiques* sont niés par les auteurs, on ne constate d'amyotrophie que dans les cas où le malade immobilise son membre atteint pour éviter les crises douloureuses fréquentes, elle envahit alors la plus grande partie des muscles, mais n'est pas en rapport direct avec la lésion du nerf fémoro-cutané, qui est essentiellement sensitif. Une fois Roth a noté que « la surface de la peau correspondante à la région d'insensibilité, était très lisse, brillante, comme lustrée, complètement privée de fines papilles pileuses qui existent dans les places voisines ».

Les *troubles vaso-moteurs* ont été notés dans quelques cas en nombre très restreint :

Chez un malade de Rapin, le froid, qui provoquait la « chair de poule » sur tout le corps, ne produisait pas ce phénomène dans toute la zone paresthésique.

Dans un cas, Roth signale un fait analogue avec la chaleur : dans un bain chaud, toute la région atteinte restait pâle, alors que tout le reste de la surface cutanée était rouge.

Sabrazès et Cabannes, tout récemment, montrent un ma-

lade dont la région atteinte présentait une température inférieure de 2 degrés à celle du côté opposé resté sain.

Les mêmes auteurs notent chez le même sujet, outre l'hypothermie locale, l'absence de réaction sudorale. Quand ils injectaient « 0gr001 de nitrate de pilocarpine en pleine plaque anesthésique de la cuisse droite, et autant dans la région correspondante à gauche, cette dernière rougissait, devenait turgescente et se couvrait de sueur abondante sur une zone ayant les dimensions de la paume de la main, tandis qu'à droite, on ne voyait survenir aucune modification, et ce n'est qu'au bout d'une heure, quand les phénomènes provoqués par la pilocarpine étaient encore manifestes à gauche, que les téguments rougissaient ici légèrement, mais sans sécréter de la sueur ». Chose intéressante, la guérison fut contrôlée au moyen d'une injection de pilocarpine, qui, cette fois, provoqua des deux côtés la même réaction. Depuis la publication de ce travail, nous avons fait la même expérience sur deux sujets; elle a échoué.

Les seuls troubles généraux qui avaient été constatés sont l'inégalité pupillaire, et les modifications des réflexes.

L'*inégalité pupillaire* a été notée avec une fréquence relative. Dans quelques cas, elle semble bien en rapport avec une affection concomitante telle que le tabes, ou la paralysie générale. Mais en d'autres circonstances, elle semble en être complètement indépendante : des malades suivis pendant de longues années, n'ayant présenté aucun phénomène rappelant de telles maladies, il faut par conséquent songer le plus souvent à une inégalité pupillaire idiopathique ou congénitale, ainsi que l'a montré dernièrement Frankel (de Toulouse).

Réflexes. — Les réflexes n'ont été trouvés abolis que dans les mêmes cas (tabes et paralysie générale); autrement, ils ne sont pas troublés; rarement leur exagération a été notée, elle existait alors avec un léger degré de trépidation épileptoïde.

Tel est cet état général si peu chargé et constituant en somme l'exception; les troubles nerveux qui occupent la zone du fémoro-cutané dans la mèralgie paresthésique n'ont donc aucun retentissement à distance sur l'organisme.

Il faut noter pour terminer que l'affection est *rarement bilatérale*; elle s'est rencontrée plus souvent chez la femme que chez l'homme. Enfin *la branche du fémoro-cutané qui innerve la région fessière est toujours indemne*.

II

Étiologie. — Les causes invoquées pour expliquer la nature de la mèralgie paresthésique sont de deux ordres : déterminantes et prédisposantes.

Causes déterminantes. — Ce sont les plus importantes. En 1896, nous les avions déjà rangées en : causes d'origine externe, et causes d'origine interne.

Causes externes. — 1° Le *traumatisme* est fréquemment incriminé. Il peut être un simple coup, un choc unique portant sur la cuisse dans sa région antéro-externe; une chute au même endroit joue un rôle identique. On a signalé aussi un grand effort musculaire.

Le plus souvent, il n'est pas unique; le traumatisme est alors un frottement moins violent, mais répété; certaines professions exigent le ballottement constant d'un objet en cette région. Chez les uns c'est un panier, chez les autres c'est un fardeau quelconque, chez les militaires, c'est le sabre.

Il peut se manifester encore sous forme de compression. On signale des cas de mèralgie survenus à la suite de la simple pression de la ceinture du pantalon, ou de la compression du corset chez la femme. Il en serait de même des tumeurs intrapelviennes (grossesse, fibrome, etc.), mais ces derniers ainsi survenus doivent plutôt rentrer dans la classe des lésions radiculaires dont il sera parlé plus loin il est donc inutile d'insister.

2° Le *froid* parait avoir une influence assez marquée : un courant d'air, frappant sur la région du fémoro-cutané, peut la provoquer; de même, la transition brusque de la chaleur au froid (boulanger, forgeron, fondeur); de même agiront encore les bains, les douches froides.

Causes internes. — Elles sont au nombre de trois : *Infections*. *Intoxications*. *Dyscrasies*.

1° *Infections*. — Leur proportion est environ de 30 p. 100 dans les causes invoquées par les observations publiées. Dans les antécédents des divers malades, on retrouve toute la série des infections connues. Les plus fréquentes semblent être la syphilis, et la fièvre typhoïde; on signale la grippe, le paludisme, la rougeole, le rhumatisme, la fièvre jaune, le scorbut, le typhus exanthématique, la scarlatine, etc.

2° *Intoxications*. — L'alcoolisme est fréquemment en cause, le saturnisme a pu être invoqué dans un cas; il en est ainsi de la morphine.

3° *Dyscrasies*. — Très fréquentes sont les dyscrasies, l'arthritisme doit être accusé à juste titre dans bon nombre de cas. Un malade était diabétique; la présence de varices, tant superficielles que profondes, est à noter chez un bon nombre de mèralgiques.

Si l'on peut trouver, dans les antécédents des sujets, une seule de ces causes, l'origine des accidents est facile à déceler. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et chez beaucoup de malades, on en trouve plusieurs; il est bien difficile alors d'attribuer l'affection à sa véritable cause. Chez d'autres, cette recherche est impossible, rien dans les antécédents ne permettant d'expliquer les troubles paresthésiques.

Causes prédisposantes. — *Age*. — Les adultes sont les plus atteints. Brisard fixe entre trente et soixante ans l'époque de la vie où la mèralgie paresthésique se montre de préférence. Il rappelle cependant qu'on a pu l'observer chez un jeune homme de seize ans, une fillette de quatorze ans, et, dans un de nos cas, à dix ans.

Sexe. — C'est le sexe masculin qui est le plus souvent frappé.

Professions. — Malgré ce qu'on en a dit, la profession ou, tout au moins, les habitudes de chaque individu ont une influence prédisposante des plus nettes sur l'éclosion de la mèralgie paresthésique. Tous ceux qui, de par leur métier ou leurs occupations journalières, sont appelés à faire de longues marches, ou à rester longtemps debout, en conservant l'immobilité, ou en piétinant, semblent plus prédisposés que d'autres à souffrir à un moment donné des troubles nerveux décrits. Médecins, militaires, marins, employés de magasin, gardiens de musée, jardiniers, sont les professions les plus frappées.

Les fondeurs, les forgerons, les boulangers, exposés à subir les changements brusques de température, doivent être ajoutés à la liste précédente.

La profession médicale tient le premier rang. Sabrazès et Cabannes ont fait observer à juste titre, que si la station de-

bout auprès des malades, le piétinement prolongé dans les salles d'hôpital, etc., entrent pour une bonne part dans l'évolution de la mèralgie paresthésique, il n'en faut pas moins avouer que le médecin s'étudie et analyse ses sensations beaucoup plus que tout autre, et cette étiologie perd ainsi tant soit peu de sa valeur.

Il faut encore tenir compte des habitudes journalières qui font partie intégrante des occupations de chacun, sans que par elle-même la profession n'ait à intervenir en quoi que ce soit : des avocats, des notaires, des employés de bureau sont parfois frappés de mèralgie paresthésique.

III

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de cette affection est encore à l'état rudimentaire, les données que l'on possède à ce sujet étant des plus restreintes. Le nerf fémoro-cutané en effet n'a été examiné que 4 fois.

Dans un premier cas, suivi d'autopsie, Nanraski a trouvé le nerf présentant une dilatation fusiforme large de 1 centimètre à l'endroit où il est en contact avec l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le microscope lui a révélé des lésions de périnévrite, puis de névrite interstitielle et parenchymateuse « avec dégénération nerveuse secondaire plus forte en remontant qu'en descendant ».

Dans un deuxième cas, l'aspect macroscopique du nerf a été trouvé normal après résection (Chipault).

Une troisième fois, le nerf était « volumineux, parcouru de veinosités, se remplissant de sang qaand la cuisse était fléchie, et se vidant quand elle était étendue » (Chipault). Le nerf n'a pas été étudié histologiquement, mais, d'après Chipault, il est infiniment probable que les lésions eussent été les mêmes que celles que Quénu (1) a constatées sur les nerfs des variqueux.

Une quatrième fois, un fragment du nerf, examiné histologiquement, a été trouvé absolument sain (Souques, Mauclaire).

Tel est le bilan de nos connaissances à ce sujet, il importe donc que les examens ultérieurs soient faits scrupuleusement; c'est à eux que l'on aura recours pour se renseigner sur la véritable nature de la mèralgie paresthésique.

IV

Pathogénie. — Depuis que la mèralgie paresthésique a été décrite pour la première fois, les hypothèses n'ont pas manqué pour expliquer l'affection en question. Les théories émises se résument en quelque sorte à deux : théorie congestive et théorie névritique.

Théorie congestive. — Roth incrimine surtout les troubles congestifs des vasa nervorum, que la congestion soit simplement passive, ou bien active par irritation nerveuse. Cette irritation, d'après lui, serait due à la compression du nerf directe ou indirecte. Le nerf serait exposé : 1° à la sortie du psoas; 2° à l'angle décrit en contournant l'épine iliaque; 3° dans le canal fibreux qu'il parcourt dans le fascia lata; 4° à sa sortie de ce canal.

Dans un cas, Devic a cru devoir invoquer l'irritation simple et unique du tronc nerveux.

Dans notre travail de 1896, nous nous sommes rallié à l'opinion de Roth, et nous avons invoqué aussi une disposition anatomique spéciale au fémuro-cutané, qui, dans son trajet pelvien, serait fréquemment tendu; tension qui donnerait l'explication des phénomènes douloureux. Cette hypothèse nous avait été suggérée par des faits que nous rappellerons succinctement :

Beaucoup de malades sont des hémorroïdaires ou des variqueux; variqueux de par leur tempérament, ou variqueux par suite de leurs occupations habituelles, exigeant une station debout prolongée, une marche longue et lente, un piétinement de longue durée. Nous avions encore établi une analogie entre les phénomènes douloureux observés par Quénu dans la sciatique où le nerf était variqueux, par Schwartz, dans un cas de névralgie du nerf saphène interne et les troubles de la mèralgie paresthésique.

Nous avions admis aussi la congestion active par irritation soit par inflammation ou de voisinage (Devic), soit par les contacts répétés au niveau de la région antéro-externe de la cuisse, par un objet ballottant ou frottant constamment en cet endroit.

Des dissections nous avaient engagé à incriminer, dans la genèse de l'affection, la disposition anatomique citée plus haut et nous avions à ce propos considéré l'analogie vraiment frappante entre les phénomènes mèralgiques, et ceux que l'on provoque en cherchant, dans la sciatique, le signe de Lasègue; dans les deux cas, le nerf tendu est douloureux; relâché, il ne l'est plus. Aussi la flexion fait-elle disparaître les douleurs qui naissent par l'extension; dans la sciatique, l'extension du membre à plat sur le lit donne souvent les douleurs, le malade étant dans le décubitus dorsal. La flexion de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin les fait disparaître; l'extension de la jambe sur la cuisse avec flexion de celle-ci sur le bassin les réveille à nouveau. Or, dans la mèralgie paresthésique, les douleurs se font sentir dans la station debout, où la cuisse est étendue sur le bassin, elles cessent dans la position assise, où la cuisse est fléchie sur le bassin; elles reviennent souvent dans le décubitus horizontal où l'extension est obtenue de nouveau. L'état de tension du nerf, devait-on conclure, est donc certes bien en cause dans un cas comme dans l'autre. Nous abandonnons actuellement cet argument; en réalité ce qui se passe du côté du nerf sciatique n'existe qu'en cas d'altération du tronc nerveux; il doit en être de même pour le nerf fémoro-cutané. L'analogie que nous avions envisagée antérieurement ne sert plus dès lors qu'à expliquer les phénomènes douloureux et leurs modifications dans les diverses attitudes prises par les malades.

Théorie névritique. — Bernhardt avait émis l'hypothèse d'une névrite à laquelle seraient dus les troubles paresthésiques. Shaw la développe de nouveau, en croyant à l'action de produits toxiques sur un nerf prédisposé.

Depuis, la plupart des auteurs qui ont étudié la mèralgie paresthésique, en font une névrite plus ou moins profonde du nerf fémoro-cutané qui. par sa position superficielle, son parcours musculo-aponévrotique, est exposé aux violences de toute sorte. Telle est la pensée de MM. Sabrazès et Cabannes qui prétendent alors « que la mèralgie paresthésique n'a nullement la signification d'une entité nosologique; c'est un syndrome lié à une altération quelconque du fémoro-cutané ». Et cette altération, la névrite, serait due à une compression ou à un traumatisme direct, à une infection, une intoxication; ou bien elle dépendrait « de ce que les rapports anatomiques du nerf incriminé le prédisposent non seulement aux injures extérieures, mais encore à des tiraillements et à des phénomènes congestifs ». Pour eux

(1) Quénu. *Congr. de chir.*, VIe session, 1892.

une lésion du système nerveux central, telle que le tabes (Obs. de Pitres), peut encore en rendre compte.

Plus tard M. Claisse s'exprime ainsi : « L'affection n'est en somme qu'une névrite périphérique, qui doit à la composition histologique du nerf une physionomie clinique exempte de troubles moteurs et trophiques, qui doit de plus à sa disposition anatomique une vulnérabilité toute spéciale;... la méralgie n'est en somme qu'un paragraphe du grand chapitre des névrites périphériques. »

Ces opinions viennent d'être reprises et soutenues par M. Lenoir, puis par M. Brisard dans leurs thèses inaugurales. M. Brisard appuie la théorie de la névrite en grande partie sur ce fait qu'il existe un parallélisme exact entre les causes étiologiques de la méralgie paresthésique et des névrites périphériques. Elles sont en effet identiques et absolument superposables : le traumatisme, le froid, les infections, les intoxications, les dyscrasies sont leurs causes habituelles à toutes deux. De plus, il est des sciatiques, des névrites du saphène interne, d'origine variqueuse ; il en est de même pour la névralgie, témoin le cas de Chipault. L'examen histologique manque dans cette observation, mais il est infiniment probable qu'on eût trouvé, comme dans la sciatique de Quénu, une névrite interstitielle ayant amené secondairement une névrite parenchymateuse, par étouffement continu et progressif des tubes nerveux dans le processus de sclérose.

Dans tous les cas, la névrite semble bien en cause; aussi les auteurs s'accordent-ils actuellement et à juste titre à faire de la méralgie un syndrome nerveux tirant ces caractères particuliers de la nature sensitive des nerfs et de sa disposition anatomique, lui donnant une vulnérabilité toute spéciale.

La théorie congestive à laquelle nous nous étions rallié, en 1896, n'explique donc pas tous les cas, et ceux dont elle rend compte semblent bien devoir être subordonnés à une névrite engendrée par la stase elle-même : « Une simple gêne de la circulation veineuse du nerf, disait Quénu (1), peut aboutir à un moment donné à une dilatation persistante de ses veines, capable de faire naître une névrite interstitielle à marche ascendante. »

De plus, la théorie névritique explique l'anomalie singulière de la non-participation de la branche fessière d'une façon tout aussi satisfaisante que la théorie congestive; la situation superficielle du nerf donne facilement prise aux traumatismes, qui peuvent, par leur répétition, entraîner une irritation constante des filets fémoraux du nerf incriminé.

En somme, la théorie névritique doit conquérir actuellement tous les suffrages.

V

Marche. Pronostic. — Les symptômes méralgiques paresthésiques subissent, en général, une évolution lente et graduelle, présentant par moments des intermittences de plus ou moins longue durée, en rapport le plus souvent, nous l'avons pu constater, avec des modifications dans les habitudes ou la profession des patients. Un malade se tient constamment debout; la méralgie disparaît ou s'atténue chez lui durant une période, où cette obligation est momentanément suspendue; elle récidivera à une époque où la même attitude sera reprise. Chez la femme, les périodes où la méralgie prend plus d'intensité, coïncident fréquemment avec le moment des règles.

(1) Quénu. Pathogénie des ulcères variqueux, Soc. de chir., 1882.

Ordinairement longue et tenace, elle gêne les malades pendant des années, elle peut ne jamais disparaître. D'autres fois, elle disparaît seule, spontanément, sans cause, et sans que le moindre traitement ait été suivi. M. Brisard décrit sa marche rétrograde. « Les douleurs disparaissent d'abord, et d'abord à la périphérie ; ... la paresthésie persiste souvent pendant un certain temps, et disparaît à son tour. »

D'après tout ce qui précède, on peut accorder à l'affection un caractère de bénignité qui semble général. Certains cas, cependant, peuvent devenir très aigus; la souffrance entraîne parfois une certaine claudication, rend le malade impropre à tout travail, et affecte vivement son moral. Enfin, quelques réserves sont à faire quand la méralgie survient chez un syphilitique : on a vu que, dans une observation, elle a précédé immédiatement l'évolution du tabes.

VI

Diagnostic. — La méralgie paresthésique possède des caractères tellement spéciaux qu'il paraît presque impossible de la confondre avec les affections qui peuvent occasionner des souffrances dans la région antéro-externe de la cuisse.

Les lésions radiculaires de la première et de la deuxième paire lombaire s'accompagnent, cependant, d'un complexus symptomatique qui peut donner le change avec les phénomènes appartenant en propre à la méralgie paresthésique. M. Claisse est le premier auteur qui ait formulé en propres termes, que « certaines lésions radiculaires peuvent donner lieu à un syndrome qui pourrait être confondu avec celui de la méralgie. » Mais deux ans avant sa communication à la Société médicale des hôpitaux, sans formuler aussi nettement cette opinion, la division même de notre travail ne la faisait-elle pas comprendre implicitement? Ce travail, écrit en 1896, comportait un premier chapitre où étaient décrits les troubles survenant dans le domaine du fémoro-cutané, autres que la méralgie paresthésique; deux cas de lésions de ce nerf par un abcès pottique et par un testicule néoplasié en ectopie y étaient signalés; l'autre chapitre était spécialement destiné à l'étude proprement dite de la méralgie paresthésique. Cette division, sciemment établie, a passé inaperçue auprès de certains auteurs, dans les travaux desquels les deux précédentes observations se trouvent confondues avec celle où l'étiquette de méralgie paresthésique est apposée. Néanmoins, c'est à M. Claisse que revient le mérite d'avoir distingué, plus explicitement, les deux affections.

Elles doivent être différenciées cliniquement, car si l'une est due à une lésion du fémoro-cutané dans son trajet extra-pelvien, l'autre, la « pseudo-méralgie paresthésique », comme l'a nommée Chipault, reconnaît pour origine une cause intra-pelvienne ou même médullaire; on conçoit, dès lors, l'importance du diagnostic, quand il s'agit d'une intervention.

Dans un travail récent, Chipault a reconnu à chacune des caractères un peu différents.

Dans la pseudo-méralgie, le territoire où siègent les troubles sensitifs n'occupe pas la même situation que dans la méralgie vraie : ils sont situés plus haut sur la face antéro-externe de la cuisse ; ils se font sentir au niveau de l'aine, ou de l'épine iliaque antéro-supérieure, toujours intacte dans la paresthésie de Roth. De plus, on les rencontre en avant et en arrière de la ligne médiane, en avant sur les

bourses, en arrière sur la région fessière. Ceci ne correspond-il pas avec les deux observations précédemment rappelées, où la branche postérieure du fémoro-cutané, innervant les téguments fessiers était en cause, contrairement à ce qu'on observe dans la méralgie? Ces troubles sont souvent bilatéraux; c'est l'exception dans la mèralgie.

Les douleurs siègent en outre sur tout le trajet du nerf, et se font sentir dans la région lombaire.

L'attitude, prise par les malades pour atténuer la douleur, est encore un peu différente dans les deux cas : dans la mèralgie, le malade fléchit la cuisse sur le bassin; dans la pseudo-mèralgie, au contraire, il fléchit le bassin sur la cuisse.

Enfin, la cause originelle est facilement décelable pour expliquer la pseudo-mèralgie : mal de Pott, fibrome, grossesse, etc.

M. Chipault n'est pas éloigné de croire que les observations où la mèralgie paresthésique fut constatée au début du tabes, ne soient autres que des cas se rapportant précisément à des pseudo-mèralgies.

La mèralgie paresthésique de Roth demande encore à être différenciée d'avec une forme de claudication intermittente douloureuse que M. Brissaud (1) a nommée « mèralgie fonctionnelle périodique ». Elle aussi siège à la face antéro-externe de la cuisse, département vasculaire irrigué par les rameaux superficiels de l'artère fémorale. L'artérite de ces vaisseaux, ou leur spasme, donne lieu à des accès douloureux périodiques, provoqués par la marche pendant un temps déterminé, cessant immédiatement après le repas, pour reprendre ensuite après le même exercice. Les autres troubles sensitifs, spéciaux à la mèralgie paresthésique, font le diagnostic.

VII

Traitement. — Jusqu'à ces dernières années, le traitement médical était le seul en usage : le traitement chirurgical n'a été mis en pratique pour la première fois que le 12 mars 1899 par M. Chipault.

Traitement médical. — Pendant longtemps, à une époque où l'on ignorait totalement les causes étiologiques de la mèralgie paresthésique, le traitement médical n'était que symptomatique. Aussi s'est-on tout d'abord adressé à l'élément douleur, contre lequel on peut dire que toute la thérapeutique a été employée; il suffira de citer quelques moyens qui rarement ont été couronnés de succès : frictions sèches, frictions à la térébenthine, à l'alcool camphré, au salicylate de méthyle, massage, bains sulfureux, douches, etc.

L'électricité, faradique ou galvanique, semble avoir produit les résultats les meilleurs, mais encore d'une façon toute relative, les troubles nerveux cédant partiellement pendant un certain temps, pour récidiver ensuite.

« Ces moyens locaux ont réussi surtout dans les cas où la mèralgie était consécutive au froid ou à un traumatisme, mais ce traitement ne suffit plus, et échoue à peu près régulièrement, quand le grand rôle, dans la pathogénie, est tenu par une cause interne » (Brisard). C'est alors contre la cause qu'il faut se tourner. Florand, pensant sa mèralgie provenir de l'arthritisme, soigne son arthritisme, et la voit disparaître. Nous avons vu rétrocéder les troubles paresthésiques sous l'influence unique de l'hamamelis virginica; chez un malade où nous soupçonnions la mèralgie devoir relever de troubles veineux.

(1) Brissaud. *Presse méd.*, 15 juillet 1897.

M. Brisard résume, d'une façon très nette, les indications thérapeutiques auxquelles on doit se conformer :

« Mèralgie consécutive à un traumatisme ou au froid : repos, traitement local, électricité.

« Mèralgie sous la dépendance d'une cause locale et d'une cause générale : 1° même traitement que le précédent; 2° traitement de l'élément infectieux toxique ou dyscrasique. »

On doit y ajouter, si elle paraît cliniquement due à des troubles veineux : hamamelis virginica, etc.

Souvent, ces traitements divers sont insuffisants, ou même leurs effets sont nuls, et la méralgie persiste malgré tout. Elle peut prendre même une acuité qui rend les souffrances intolérables, et entrave toute occupation. En pareil cas, la résection du fémoro-cutané a été pratiquée avec succès.

Le manuel opératoire employé par M. Mauclaire est des plus simples :

1° « Incision verticale, commençant en haut, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et descendant sur la face antérieure de la cuisse, suivant une longueur de 6 à 7 centimètres.

2° Section de la peau.

8° Section du tissu cellulaire sous-cutané.

4° Section du premier feuillet aponévrotique de l'aponévrose crurale.

On tombe au sommet de l'incision sur le fémoro-cutané externe, que l'on voit se dédoubler en son rameau fessier, et en son rameau fémoral.

Celui-ci est réséqué après avoir été fortement attiré en bas sur une longueur de 2 centimètres.

Suture de tous les tissus en un seul plan.

Réunion par première intention. » (Mauclaire, in th. de Brisard.)

On connaît actuellement trois cas de résection du nerf fémoro-cutané : le premier de Chipault, le deuxième de Souques, opéré par Mauclaire, le troisième de Chipault.

Un résumé succinct de ces observations, à partir du jour de l'opération, est indispensable pour montrer ce qu'on peut attendre d'une semblable intervention encore toute récente.

1° Observation de Chipault. — Résection du fémoro-cutané, le 12 mars 1899. Pendant la période de repos ayant suivi l'opération, il y eut un mieux marqué. Mais dès que la malade reprit ses occupations, la récidive se produisit. La seule modification consista en ce que la zone d'hyperesthésie s'était transformée en zone d'anesthésie, et que les fourmillements, au lieu d'occuper tout le territoire du fémoro-cutané, se distribuaient en couronne à la périphérie de ce territoire, empiétant de 3 centimètres environ sur la zone anesthésique, et de 1 centimètre sur la région à sensibilité normale. La gêne et la boiterie qu'ils entraînaient, étaient exactement les mêmes qu'autrefois.

En avril, mieux sensible. La malade ne boite presque plus; les fourmillements ne surviennent que le soir, au coucher; la zone d'anesthésie s'est réduite à une plaque, large comme la paume de la main, située à deux travers de doigt en avant du grand trochanter.

Revue en mai, puis en septembre, puis en avril, elle paraît complètement guérie.

2° Observation de Souques-Mauclaire. — Opérée le 20 mai.

Résection sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Puis, repos au lit, étendue.

Depuis le 27 mai, la malade se lève toute la journée, aide les infirmières, repasse plusieurs heures sans éprouver la moindre douleur. Seule, l'anesthésie a persisté, elle s'est même agrandie, son domaine occupe aujourd'hui tout le domaine du nerf fémoro-cutané, et cette anesthésie est complète.

En fin juin, légère récidive, puis guérison complète.

3° OBSERVATION DE CHIPAULT. — Horticulteur, opéré le 12 juillet. Nerf fémoro-cutané, volumineux, parcouru de veinosités; résection sur 6 centimètres de longueur.

Pendant la période de repos, anesthésie. Puis, en fin juillet, quand le malade reprit son travail, nouvelles crises douloureuses, mais moins fortes. Les douleurs se disposaient en couronne à la périphérie du territoire du fémoro-cutané. La récidive dura environ un mois, et après avoir passé par une acmé, s'éteignit peu à peu.

Depuis la fin d'août ne souffre plus, il lui semble seulement qu'on lui tire la peau par en bas, à la partie inférieure de la cuisse. La plaque d'anesthésie a gardé ses dimensions antérieures.

La lecture de ces trois observations montre nettement que la guérison ne survient pas immédiatement après l'opération. Chez le malade de Souques, une récidive se produisit un mois après; ceux de Chipault reprenant leurs occupations une dizaine de jours après, revoyaient les douleurs survenir à nouveau pour diminuer ensuite progressivement et disparaître enfin totalement.

M. Brisard fait observer à ce propos l'analogie qui se révèle entre la mèralgie paresthésique et la mèralgie faciale qui ne guérit habituellement que trois mois après la résection du nerf. Il insiste aussi sur la disposition des douleurs en couronne, et fait remarquer à juste titre que, si la douleur disparaît du centre à la périphérie, il arrive ainsi le contraire de ce qui se passe dans l'amélioration ou la guérison spontanée, où les symptômes s'atténuent de la périphérie au centre.

En somme, les résultats obtenus par la résection sont jusqu'ici des plus encourageants, puisque les trois opérés ont complètement guéri. Le traitement chirurgical est donc de mise, et doit être conseillé dans tous les cas où l'acuité des phénomènes douloureux acquiert une grande intensité.

BIBLIOGRAPHIE. — ABASTANTE. *Congr. internat. de Moscou*, 1898. — ADLER. *Neurol. Centralbl.*, oct. 1897. — BACCELLI. Meralgia parestetica e tabe dorsale, *Riv. di patolog. nerv.*, Frienze, 1897. — BEDUSCHI. La meralgia parestetica; contribuzione allo studio delle claudicazioni nevropatiche, *Tribuna medica*, Milano, sept. 1896. — BELLOT. Nouvelle observation de paresthésie du nerf fémoro-cutané, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1895. — BENDA. Zur paresthesie der hantnerven aus cherschenkel, *Neurol. Centralb.*, mars 1897. — BERNHARDT. Sur les paresthésies localisées dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe, in *Revue neurol.*, nov. 1895; — Ueber isolirt in Gebiete des N. cutaneus femoris externus Vorkommende Paresthesien, *Neurol., Centrab.*, mars 1895. — BRISARD. *La méralgie paresthésique*, Th. de Paris, janv. 1900; — *Travaux de neurologie chirurgicale*, janv. 1900. — CHIPAULT. Mèralgie paresthésique, *Soc. de neurol.*, 1899; — Traitement chirurgical de la mèralgie paresthésique, *Presse méd.*, juin 1900. — CLAISSE. Mèralgie paresthésique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, déc. 1898; — Mèralgie paresthésique, *Gaz. des hôpit.*, 1898. — CLAUS. Meralgia paræsthetica, *Med. Weebkl. anat.*, déc. 1895. — CORA. La meralgia parestetica o claudicazione intermittente del Roth, *Gaz. des hôp.*, 30 oct. 1898. — DESTOT. Mèralgie paresthésique, *Lyon méd.*, sept. 1895. — DETHLESSEN. Meralgia paræsthetica, *Ugesk. f. Laeger Khobent.*, oct. 1896. — DEVIC. De la paresthésie du fémoro-cutané externe (paresthésie Bernhardt), *Province méd.*, juin 1895. — DONATH. Ein Fall von Bernhardt Roth'schen Parästhesie, *Wien. med. Woch.*, juin 1897. — DOPTER. *Des troubles de sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané*, Th. de Lyon, 1896; — *Gaz. hebd.*, 1897. — ESCAT. Un cas de mèralgie paresthésique de Roth, *Rev. neurol.*, oct. 1895. — FÉRÉ. Note sur un cas de mèralgie réflexe, *Médecine moderne*, janv. 1898; — *Belgique méd.*, juillet 1899. — FLORAND. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, déc. 1898. — FREUD. Ueber die Bernhardt'schen sensibilitätstörung aus Oberschenkel, *Neurol. Centralb.*, juin 1895. — GOLDFLANS. *Deutsch. med. Woch*, 1895, n° 36. — GOOD. *Ein Fall von Bernhardt'schen sensibilitätstörung aus Oberschenkel*, 1898. — HASKOVER. Meralgia parasthetica, *Lek. rozhledy*, 1899. — HIRSCH. Parasthetica of the external cutaneus nerve, *Journ. of nerv. and mental diseases*, mars 1896. — HORWATH. Ueber Parasthesie des nervus cutan. fem. lat., *Wien. med. Woch.*, sept. 1899. — INGELRANS. Un nouveau cas de mèralgie paresthésique, *Écho méd. du Nord*, Lille, fév. 1898. — JOUCHERAY. A propos de mèralgie paresthésique du nerf fémoro-cutané externe, *Arch. méd. d'Angers*, nov. 1898. — KALISCHER. Ueber paresthesien und neuralgien an der caussenscite des Oberschenkels, *Allgem. med. central Zeit.*, 1898. — KNAUER. Beitrag. zur meralgia paræsthetica, *Centralbl. für Nervenh. med. Psych.*, juin 1896. — KOSTER. Ein Beitrag zur Keuntniss der Bernhardt'schen sensibilitätstörnung aus Oberschenkel, *Neurol. Centralb.*, mars 1897. — LENAU. *La mèralgie paresthésique*. Th. de Bordeaux, 1900. — LOP. Mèralgie paresthésique, *Presse méd.*, mars 1899. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. De la mèralgie de Roth, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1895. — LUTZENBERGER. Beitrag zur Œtiologie des Bernhardt'schen sensibilitätstörung aus Oberschenkel, *Neurol. Centralb.*, 1895. — MŒBIUS. *Schmidt's Jahrb.*, 1895. — MIECISLAUS VON NARTOWSKI. Ueber die Bernhardtsche sensibilitätstörung aus Oberschenke, *Neurol. Centralb.*, 1898. — MOLLER. *Allgem. med. cent. Zeit.*, 1898. — MUSSER et SUILER. Mèralgie paresthésique, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, janv. 1900. — NACKE. Intorno ad alcuni punti della teoria di Bernhardt sulla parestesia della coscia, *Revista di psicol. fis. e neuropatol.*, 1897. — NACKE. Beitrag zur dem isolirt auffretenden Parasthesien in Gebiete des N. cutaneus femoris externus, *Neurol. Centralb.*, 1895. — NAWRATZKI. *Litzung der berliner Gesells. für Psychiat. und Nervenkr.*, janv. 1899. — W. OSLER. An certain mensual forms of paræsthetic meralgia, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, mars 1897. — PIERACCINI. La meralgia parestetica o claudicazione intermittente del Roth, *Settim. med. et exper.*, août 1896. — RAPIN. *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, janv. 1896. — ROTH. Meralgia paræsthetica, *Med. boorzr.*, avril 1895; *Id.*, Berlin, S. Karger, avril 1895. — SABRAZÈS et CABANNÈS. Méralgie paresthésique, *Rev. de méd.*, nov. 1897; — *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 déc. 1899. — SHAW. Paræsthesia of the external femoral region, *New-York med. Journ.*, fév. 1897. — SOUQUES. Un cas de mèralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané, *Rev. neurol.*, juillet 1899. — STEMBO. Zur Casuistik der paræsthetischen meralgie, *Saint-Pétersbourg med. Woch.*, mai 1896. — SPILLER. A case of meralgia paræsthica, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1898. — STRUMPELL. *Lehrbuch des Special. patol. and Therapeut.*, 1898. — TRANGOTT. Casuisticher Beitrag zur Bernarts'che sensibilitätstörung aus Oberschenkel, *Monats. für Psychiat. und Neurol.*, p. 116, vol. III. — VENTURI. Fermostsie crurale, *Riforma medica*, fév. 1896. — VERHOOGEN. Sur la mèralgie paresthésique,

Journ. méd. de Bruxelles, 1897. — Warda. Ein Fall von Neuritis des n. cut. femoris externus, *Neurol. Centralb.*, oct. 1897.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR (1)

Par M. A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Le 15 novembre entrait, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de trente-cinq ans. Cette femme portait depuis son enfance une canule qu'elle avait dû conserver à la suite d'une trachéotomie pratiquée pour des ulcérations laryngées, survenues à la suite de la fièvre typhoïde. Malgré cela, elle jouissait de la plus parfaite santé, lorsque, le 14 novembre au soir, elle fut prise d'un accès subit de suffocation : la portion intra-trachéale de sa canule s'était dessoudée et était tombée dans la trachée.

Cet accès de dyspnée fut de courte durée et la malade put, sans inconvénients, sortir le lendemain pour se soumettre à la radiographie. L'épreuve qui nous fut remise montra la canule à cheval sur l'éperon de la bifurcation bronchique; sa petite extrémité plongeant dans la bronche droite. Le 17, au matin, après anesthésie par le chloroforme, j'introduisis, par l'orifice trachéal, une pince longue et flexible que j'avais été choisir chez M. Collin, et je tentai d'extraire le corps étranger par les voies naturelles. Mais il me fut impossible de renouveler plus de deux fois cette tentative, des menaces graves d'asphyxie, avec de violents soubresauts du thorax, m'empêchèrent d'insister.

Je fus donc conduit à rechercher si, par la voie intra-médiastinale, je n'obtiendrais pas un accès plus favorable vers le corps étranger.

Je pratiquai la résection de la moitié supérieure du sternum, pénétrai dans le médiastin suivant une technique que je vous exposerai dans un instant, abordai la trachée près de sa bifurcation et l'explorai à plusieurs reprises. Mais, malgré tous mes soins, je ne sentis la canule ni dans la partie inférieure de la trachée, ni à l'origine de la bronche.

Dans ces conditions, craignant que le corps étranger ne fût descendu dans le poumon et ne fût définitivement hors d'atteinte, je m'arrêtai et, après avoir laissé une mèche dans la plaie médiastinale, je refermai le lambeau cutané. Les suites furent ce qu'elles devaient être. Après deux jours d'état satisfaisant, la température monta, atteignit 39°2, le quatrième jour, des phénomènes de gangrène pulmonaire se développèrent. La malade exhalait une odeur tellement infecte que je dus l'isoler au fond de l'hôpital.

Elle mourut six jours après l'opération, avec une asphyxie et une dyspnée progressives.

Malgré l'insuccès de l'intervention, je crois utile néanmoins de faire connaître dans le détail la technique opératoire que j'ai suivie. Car je suis convaincu qu'elle permet au chirurgien l'exploration large et facile de la partie supérieure du médiastin antérieur, et qu'elle peut être utilisée pour d'autres cas et dans d'autres conditions. L'expérience de chacun étant forcément limitée pour des opérations de ce genre, j'ai pensé qu'il était bon de communiquer à nos collègues les enseignements que j'ai pu tirer de ma tentative opératoire.

L'incision à laquelle j'ai recours part de l'articulation sterno-claviculaire gauche, suit le bord supérieur de la fourchette sternale, empiète d'un centimètre environ sur la clavicule droite et se recourbant perpendiculairement descend parallèlement au bord droit du sternum et 4 centimètres de lui environ. Arrivée au bord supérieur de la troisième côte, elle se réfléchit de nouveau à angle droit, devient horizontale et se dirige sur le sternum qu'elle traverse pour atteindre son bord gauche. En d'autres termes, c'est une incision en U dont la convexité est à 4 centimètres à droite du sternum et dont la branche supérieure longe la fourchette sternale.

Le lambeau est disséqué de façon à mettre à nu les cartilages costaux et la moitié droite du sternum; puis avec une rugine, on libère les parties molles qui remplissent l'espace intercostal, on désinsère au bistouri le cartilage de son insertion avec la côte, et, de la rugine et du doigt, on décolle les parties molles situées en arrière des cartilages costaux et du sternum. Cette dissection s'accompagne d'un suintement sanguin insignifiant dont on vient facilement à bout.

Pour découvrir le médiastin et relever le sternum, il faut désinsérer cet os de la clavicule et le sectionner dans son milieu sur toute la hauteur de la portion libérée. La seule partie délicate de ce temps opératoire est la désarticulation sterno-claviculaire, étant donné l'intimité des rapports de la face postérieure de l'articulation avec le tronc brachio-céphalique veineux. Il eût été périlleux de faire cette désarticulation au bistouri; aussi je me suis servi d'une pince-gouge étroite, analogue à celle qu'on utilise pour les craniectomies, et avec la plus grande facilité je morcelai l'interligne de la superficie vers la profondeur.

La section verticale du sternum fut faite rapidement à la pince coupante. Les parties molles de la moitié supérieure du médiastin étaient ainsi mises à nu.

Ce qui me préoccupa alors en premier lieu était l'ouverture du cul-de-sac pleural. La dissection s'en fit avec grande facilité. Le cul-de-sac pleural et la languette pulmonaire droite furent décollés, rejetés à droite et protégés par une compresse. Je n'eus à noter aucune modification dans le rythme respiratoire.

La face médiastine de la plèvre droite fut décollée avec une extrême facilité et on put voir alors la veine-cave supérieure très reconnaissable à sa direction verticale, à ses alternatives de vacuité et de réplétion ainsi qu'à son volume considérable.

Le tissu cellulaire est des plus lâches, aussi la crosse aortique est aisément libérée, mais plus difficilement maintenue par un écarteur, tellement étaient grands les mouvements de locomotion de l'aorte. Son volume nous a semblé bien plus considérable que celui que nous donnent les injections cadavériques même les plus fortement poussées.

Entre l'écartement de la veine cave supérieure et de l'aorte, plutôt derrière l'aorte, se trouve la trachée, reconnaissable au toucher, grâce à ses anneaux élastiques.

Le champ opératoire est absolument exsangue, seuls les mouvements d'expansion du poumon et les mouvements de locomotion de l'aorte gênent l'opérateur en ne permettant de saisir la trachée que pendant le retrait du vaisseau. Pendant sa diastole, l'aorte mal maintenue balaie le champ opératoire et cache le plan profond.

Néanmoins, c'est avec la plus grande netteté que j'ai pu voir toute la veine cave supérieure, la face médiastine de la plèvre, les ganglions péritrachéaux et la trachée.

Lorsqu'on cesse d'écarter les organes du médiastin, la cavité artificielle créée par l'opérateur, se comble d'elle-même, grâce à l'expansibilité des organes qui y sont contenus. Il est facile de drainer la partie inférieure de la plaie et de suturer le lambeau périosto-cutané.

L'exécution de cette opération sur le vivant me permet de vous soumettre les réflexions suivantes :

La résection de la partie supérieure du sternum et des cartilages costaux adjacents permet d'explorer facilement et aisément la partie supérieure du médiastin antérieur.

L'ouverture des culs-de-sac pleuraux, voisins de la ligne médiane, peut être évitée.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Lorsque l'intervention est bien conduite, il n'y a pas d'hémorragie sérieuse.

La brèche ainsi créée ne permet pas l'exploration au-dessous de la bifurcation bronchique à droite. A ce niveau, la bifurcation de la trachée, la partie initiale de la bronche droite sont à une profondeur de 10 centimètres ; la veine cave supérieure plonge dans le péricarde et se laisse difficilement écarter ; les veines pulmonaires affleurent ou débordent le bord supérieur de la bronche ; la cavité péricardique remonte le long de l'aorte et il est incontestable que là se trouve le point extrême où peut porter, par en bas, l'intervention chirurgicale.

C'est pour cette raison que je conseille de limiter la résection sternale au niveau du bord supérieur de la troisième côte. L'agrandissement du champ opératoire par la partie inférieure, est inutile et dangereux.

Au contraire plus on remonte, plus la veine cave devient accessible, plus l'aorte se dévie à gauche, plus la trachée est facile à atteindre. Au niveau de la bifurcation bronchique, la trachée se trouve, avons-nous dit, à une profondeur de 8 à 10 centimètres ; en face la première côte, elle ne se trouve qu'à 5 centimètres du plan cutané.

Il m'a paru qu'avec les moyens dont nous disposons actuellement, il serait périlleux d'essayer de suturer, à une telle profondeur, la plaie faite à la trachée. L'espace est profond et étroit, la locomotion de l'aorte, la distension alternative de la veine cave, les battements du cœur, l'expansion pulmonaire, rendent mouvant le champ opératoire et les organes aussi mobiles risqueraient de se blesser sur les aiguilles.

Malgré les difficultés spéciales, il résulte de ce que j'ai pu voir sur le cadavre que la voie sternale est la seule voie qui permette d'aborder le médiastin antérieur. La voie postérieure m'a paru absolument impraticable.

En terminant, je rappellerai qu'il ne faut pas compter sur la sensation fournie par le toucher pour reconnaître l'existence d'une canule dans la trachée. On a vu plus haut que je ne l'ai pas reconnue au cours de l'exploration ; sur la pièce apportée à l'École pratique, l'exploration digitale nous a donné les mêmes résultats négatifs. Et même, en ayant soin de fixer le corps étranger par une sonde cannelée, la sensation perçue était des plus vagues.

Il faut donc que le chirurgien qui tente d'extraire, par la voie médiastinale, un corps étranger de la trachée, se décide à inciser le conduit trachéal, même si son exploration a été négative.

Telles étaient mes conclusions et j'aurais borné là ma communication si j'avais été appelé à prendre la parole dans une des dernières séances. Mais depuis, grâce à l'obligeance de mon collègue et ami Rochard, j'ai eu connaissance d'un cas publié dans la *Lancet* du 26 janvier dernier, cas tellement semblable au mien que je dois l'analyser et le soumettre à votre appréciation.

Voici l'observation résumée : il s'agit d'un paysan égyptien trachéotomisé quelques années avant pour une sténose laryngée d'origine syphilitique. La canule se dessoude et tombe dans la trachée.

Après quelques jours, la température commençant à s'élever, M. Milton, après avoir échoué dans ses tentatives d'extraction par les voies naturelles, se décida à attaquer la trachée par la voie antérieure ; ici je lui laisse la parole :

« Une incision est faite de la plaie de la trachée à l'appendice xyphoïde. La peau est réclinée de chaque côté et le sternum et la trachée sont en vue. Les tissus sont alors séparés avec le couteau de l'échancrure sternale et le bout de l'index insinué aussi bas que possible sur la face postérieure de l'os repousse en arrière la trachée, l'artère innominée, et écarte la veine innominée. Le sternum est scié sur la ligne médiane, l'incision commençant au bord supérieur. A ce niveau, les organes profonds sont soigneusement protégés par l'index et graduellement repoussés en bas jusqu'à l'appendice xyphoïde. Un ciseau est entré dans l'incision et retourné suffisamment pour permettre l'introduction de deux écarteurs puissants au moyen desquels les deux parties du sternum sont écartées.

La principale difficulté pour la séparation vient des trousseaux fibreux situés sur la face postérieure de la poignée du sternum et après leur dissection soigneuse au bistouri les deux parties peuvent facilement être séparées.

L'écartement atteint 4 centimètres au niveau de la poignée du sternum.

La trachée n'était pas complètement exposée au point où elle est croisée par les vaisseaux innominés, mais même après qu'ils furent écartés, on ne peut voir la bifurcation.

Un crochet est alors introduit dans la trachée ouverte et la trachée est fortement amenée au dehors. Cette manœuvre combinée à l'écartement de vaisseaux permet de voir complètement la bifurcation.

Une incision d'environ 2 centimètres est alors faite sur la face antérieure de la trachée à la partie la plus inférieure de ce qui est amené (c'est-à-dire juste au-dessous de la bifurcation). Un mucus mousseux, purulent et de mauvaise odeur, s'échappe et est soigneusement essuyé. Les bords de l'incision étant écartés donnaient beaucoup de jour dans la trachée jusquà la bronche droite. Le tube de métal n'apparaît pas encore. L'extrémité du petit doigt est introduite alors et bute sur le tube qui avait commencé à noircir et qu'on pouvait apercevoir. Guidée par le doigt, une petite pince fut introduite, mais elle n'eut pas la force d'extraire la canule, parce que sa portion élargie était enclavée dans l'épaisseur de la bronche. Par hasard, le tube est partiellement retourné et alors saisi et extrait sans difficulté. Une suture fut très imparfaitement placée sur la trachée à cause de la profondeur de sa situation et la dureté de ses tissus.

La peau est réunie et derrière le sternum une mèche de gaze au dermatol sert de drainage et sort à mi-hauteur de l'ancien orifice de trachéotomie.

Le malade meurt le lendemain dans la nuit. L'autopsie démontra une médiastinite aiguë avec pneumonie double au début. »

Notre confrère M. Milton fait suivre son observation de réflexions intéressantes.

Il reconnaît que son malade est mort de septicémie, que cette septicémie est due à l'occlusion trop hermétique de la plaie, au mauvais drainage et à la nature particulièrement favorable du tissu cellulaire du médiastin à l'infection.

Il déclare que, dans un autre cas, il ne recourrait plus à la suture trachéale, à cause de sa grande difficulté.

Enfin, pour faciliter le drainage, il ferait la résection sous-périostée de la poignée du sternum. M. Milton insiste ensuite sur la nécessité de protéger des sutures cutanées par un pansement collodionné pour éviter l'infection venue de la plaie trachéale.

En analysant ensuite les dangers que cette opération fait courir au malade, M. Milton remarque qu'il n'y a pas de choc, pas d'hémorragie, pas de troubles des fonctions vitales, soit du côté de la respiration, soit du côté de la circulation, et que la septicémie est le grand danger. Aussi insiste-t-il sur la nécessité d'établir un bon drainage et il n'hésiterait pas à pratiquer d'avant en arrière un drainage à travers le médiastin postérieur, qui, dit-il, est presque praticable et pas aussi difficile qu'il le semble à première vue.

Cependant, il admet que le drainage à travers le sternum est encore la meilleure méthode.

J'ai tenu à rapporter l'observation publiée dans la *Lancet*, car elle est exactement superposable à la mienne et l'on peut en tirer quelques conclusions déjà plus étendues.

La technique opératoire qu'a suivie M. Milton est défectueuse et me paraît devoir être rejetée.

C'est une voie trop étroite permettant difficilement l'accès des organes profonds. Ceux de nous qui ont fréquenté les salles d'injections cadavériques savent avec quelle violence il faut écarter les deux valves du sternum fendu en sa moitié pour pouvoir aborder la crosse aortique. De plus on ne peut produire l'écartement du sternum qu'en l'éloignant du plan postérieur. Cela découle du mécanisme même de l'inspiration et du jeu des arcs costaux; aussi l'écartement du sternum augmente la profondeur de la plaie médiastine de 4 à 5 centimètres; on ne peut opérer qu'a bout d'instruments, ce qui accroît les difficultés déjà grandes de l'intervention et rend périlleuse la manœuvre du bistouri. Enfin je suis étonné que notre confrère ne parle ni de la crosse aortique, ni de la veine cave supérieure. J'ai répété son procédé sur le cadavre et je suis stupéfait de son silence à cet égard.

Cette fente sternale déjà défectueuse pour l'acte opératoire est mauvaise pour le drainage ultérieur, si mauvaise que M. Milton propose de terminer par la résection du manubrium. A mon avis, il vaut mieux commencer par la résection sternale qui donne une voie plus large, plus chirurgicale et moins aveugle.

Notre confrère a été particulièrement bien inspiré lorsqu'il recommande de soulever la trachée avec une érigne. Par cette manœuvre, il a pu rendre facilement accessible la bronche droite, qu'avant cette traction il atteignait difficilement.

Comme lui, j'avais conclu aux difficultés de la suture de la plaie trachéale. Comme lui encore, je pense que l'infection consécutive est le gros danger et que l'acte opératoire est plus simple qu'il le paraît *à priori*.

Mais la voie d'infection est double : elle peut venir de la plaie trachéale et de l'ancien orifice de trachéotomie. Chez notre malade, elle est venue de cet orifice par la chute des crachats fétides dans le pansement. Il y a là évidemment des précautions particulières à prendre.

Mais de l'ensemble de ces deux observations, il résulte que la voie sternale permet d'aborder d'une façon précise, sans choc, ni hémorragie, la partie supérieure du médiastin antérieur.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(20 MARS 1901)

La plus grande partie de la séance a été occupée par une importante communication de M. Ricard sur la **chirurgie du médiastin antérieur**. On a trouvé plus haut cette communication (voir p. 340).

M. Potherat a fait un rapport sur une observation de M. Fontoynont (de Tananarive). Il s'agit d'une **grossesse extra-utérine gémellaire**. Une femme hova a un premier enfant à dix-sept ans, un second à dix-huit ans; puis elle reste dix-sept ans sans en avoir; à trente-cinq ans, elle ressent les symptômes d'une nouvelle grossesse, mais après cinq mois elle a une hémorragie considérable qui fait croire à une fausse couche; on fait une injection intra-utérine, mais la température reste élevée. M. Fontoynont, en explorant, trouve une tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur; il croit à un phlegmon péri-utérin, incise, introduit le doigt et sent un fœtus. Comme cela saignait beaucoup, il fait un tamponnement; on injecte 200 grammes de sérum artificiel. Le lendemain, M. Fontoynont fait la laparotomie, extrait un fœtus blanc; il constate, chemin faisant, qu'il existe une perforation utérine. Il fait un double drainage abdominal et vaginal. Quand il retire, deux jours après, le tamponnement abdominal, il sent un corps dur de l'autre côté, introduit la main et retire un second fœtus qui, celui-ci, était noir; tamponnement abdomino-vaginal, guérison ; mort plusieurs années après de tuberculose pulmonaire.

M. Potherat ne croit pas que dans ce cas, il s'agisse de deux grossesses ectopiques. Il y avait une perforation utérine par laquelle a pu passer un de ces fœtus. Il y a donc tout lieu de croire qu'il y avait une grossesse utérine normale et une grossesse tubaire.

MM. Folet et Tuffier ont observé des cas analogues.

M. Demoulin a présenté un cas de **résection de la tête humérale pour carie sèche**, qui a donné un très bon résultat fonctionnel.

M. Walther présente deux **kystes dermoïdes de l'ovaire** qu'il a enlevés chez la même femme dans la même séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Université de Paris. — M. Pozzi, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris (fondation de la ville de Paris).

M. Kirmisson, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique chirurgicale des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris (fondation de la ville de Paris).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 11e semaine de l'année, 1 099 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1 181), et voisin de la moyenne ordinaire des semaines de mars. La diminution porte tout entière sur les maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde continue à être rare ; elle a causé 6 décès (au lieu de la moyenne 11).

La variole a causé 11 décès (au lieu de 7 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins s'élève à 94, chiffre plus élevé que pendant les semaines précédentes. Les personnes assez sages pour se faire revacciner se mettront à l'abri de cette maladie; elles devront prendre cette précaution, quel que soit leur âge et même si elles ont déjà été vaccinées.

La rougeole continue à être rare; elle n'a causé que 8 décès (au lieu de la moyenne 23). La scarlatine (5 décès) , la coqueluche (8), la diphtérie (12) présentent des chiffres voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile, toujours rare en hiver, a causé 24 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 28). Sur ces 24 décès, 23 ont eu lieu dans les quartiers pauvres de la périphérie.

En outre, 32 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 254 décès, au lieu de 300 pendant la semaine précédente et au lieu de 216, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 19 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 38 (au lieu de la moyenne 31); pneumonie, 62 (au lieu de la moyenne 58); autres maladies de l'appareil respiratoire, 135 (au lieu de la moyenne 107), parmi ces derniers 53 sont dus à la congestion pulmonaire et 76 à la broncho-pneumonie. En outre, la grippe a causé 25 décès (chiffre identique à celui de la semaine précédente).

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 26 décès; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 56 décès; les maladies organiques du cœur, 66; le cancer a fait périr 41 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 7 ; la néphrite, 28 ; enfin, 67 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 36. — MARDI 26 MARS 1901. 74e ANNÉE. MARDI 26 MARS 1901. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

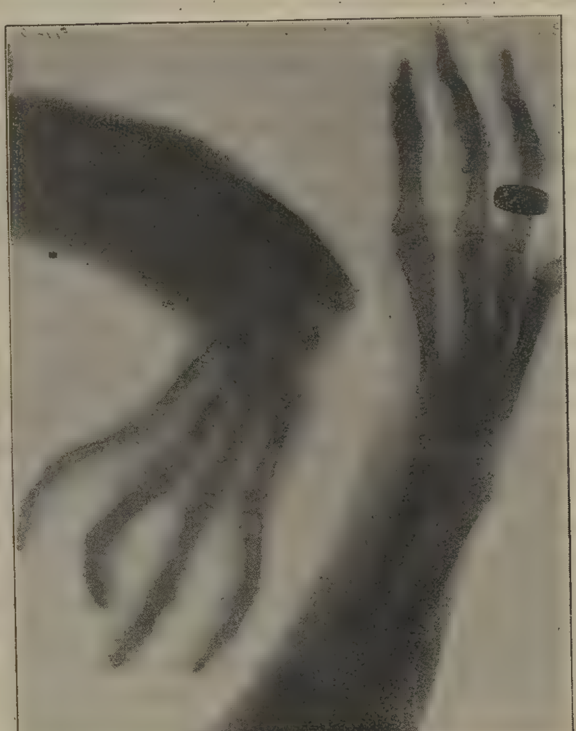
LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — La main bote héréditaire (*3 fig.*), par M. G. Gayet, ex-chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Le chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée avec ou sans dysménorrhée ; — La quinine et les bains frais dans la fièvre typhoïde. — Pratique médicale. Mode d'administration et dosage des bromures. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LA MAIN BOTE HÉRÉDITAIRE

Par M. G. Gayet,
Ex-chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

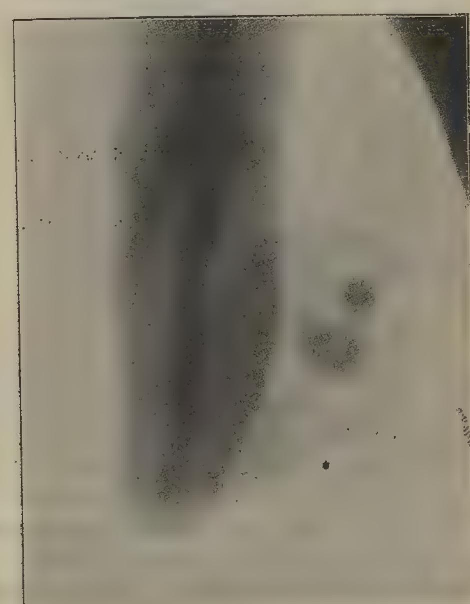
Observation I. — Mme C..., habitant les Echelles (Savoie), vient consulter notre maître M. Jaboulay au mois d'octobre 1900. Les antécédents héréditaires sont nuls au point de vue d'une tare nerveuse ou d'une malformation quelconque.



Cette femme, dont la santé est, par ailleurs, excellente, présente depuis sa naissance une difformité des deux membres supérieurs consistant dans l'absence du pouce de chaque côté; à droite la main déviée du côté externe offre les caractères de la main bote congénitale. A la palpation, on s'aperçoit bien vite de l'absence du radius de ce côté.

Mais ce n'est pas pour elle que Mme C... vient consulter; c'est pour son enfant nouveau-né, qui reproduit d'une manière frappante les malformations maternelles; il n'y a de même que 4 doigts chez le bébé, et c'est le pouce qui manque; les deux mains ont une tendance à la déviation en dehors, mais surtout à droite, et de ce côté le radius manque.

La mère raconte que, pendant toute sa grossesse, elle a été obsédée par l'idée que son enfant pourrait être infirme comme elle, et elle pense que cette préoccupation n'est pas sans avoir influé sur l'apparition de la difformité chez le bébé. Elle demande un traitement pour redresser les mains et empêcher l'installation d'une main bote.



Ces deux malades ont été radiographiés par M. Destot, et sur ces belles épreuves ont peut constater aisément en quoi consiste la lésion et sa symétrie parfaite chez la mère et chez l'enfant. On remarquera chez la mère un renflement de la partie supérieure du cubitus droit; à la dissection, on trouverait peut-être là un rudiment de radius. Mais à partir de ce point le cubitus se poursuit seul dans l'avant-bras; il est incurvé en dehors (probablement sous l'influence de rétractions musculaires non maintenues par le radius absent).

Au niveau du carpe droit, la radiographie ne laisse voir que trois os : à la première rangée un seul os, allongé transversalement, semblant représenter la fusion du semi-lunaire et du pyramidal. Cet os s'articule avec le cubitus par une facette qui sur ce dernier est non pas terminale, mais latérale. Le cubitus se termine par une surface non articulaire, mousse et épaissie, très épaissie, très loin de ressembler à l'extré-

mité inférieure normale. La deuxième rangée du carpe paraît se composer de deux os qui, de par leurs rapports avec le métacarpien, sont le grand os et l'os crochu. Le pisiforme n'est pas visible, mais il est probable qu'il existe. En somme sont absents le scaphoïde, le trapèze et le trapézoïde.

Il n'y a pas trace de pouce, ni comme métacarpien, ni comme phalanges.

Du côté droit le radius existe et paraît normalement constitué, peut-être cependant un peu grêle. Au niveau du carpe les os sont plus nombreux que du côté droit : il semble qu'ils soient au complet à la première rangée; à la seconde, le trapèze seul paraît manquer. Le pouce est complètement absent dans toutes ses parties.



Les deux dernières radiographies montrent l'absence du pouce des deux côtés, l'existence d'un radius bien développé du côté gauche, son absence complète à droite. Les détails du carpe non ossifié sont, bien entendu, impossibles à préciser.

Au point de vue fonctionnel, la mère ne se ressent pas de son infirmité au degré qu'on aurait tendance à admettre *a priori*. C'est ainsi qu'elle est arrivée à une certaine opposition de l'index et du petit doigt qui lui permet de se livrer à toutes ses occupations de ménagère. Ce qui l'ennuie le plus, c'est le point de vue esthétique, davantage encore pour son enfant que pour elle.

Cette double observation nous paraît très intéressante, disons-le tout de suite, à cause surtout de l'hérédité qui s'y montre si typique. En elle-même, l'anomalie n'est pas extrêmement rare. D'après Hoffa, elle se verrait une fois sur 1444 difformités; Bernacchi (de Milan) en trouve deux sur 1851 difformités. Werner Kümmel (1) a réuni 68 cas dont 28 seulement portaient sur les deux membres. Depuis, on n'en a guère ajouté plus de 4 ou 5, dont un inédit a fait l'objet de la thèse récente de Savornin (2), auquel nous empruntons ces détails.

(1) Werner Kummel. Inaug. dissert., Cassel 1895.
(2) Savornin. Th. de Lyon, 1899.

L'absence du pouce est à remarquer; il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi; le radius peut être absent et cependant le carpe et les métacarpiens bien développés; dans d'autres cas, le squelette du pouce peut être plus ou moins atrophié, il peut manquer une ou les deux phalanges, les os du carpe peuvent être diminués de nombre, et ce sont toujours alors les externes qui manquent; enfin toute la portion externe du squelette de l'avant-bras peut manquer comme dans notre cas : radius, os carpiens externes, pouce. Il faut noter que, lorsqu'un doigt manque dans cette anomalie, c'est toujours le pouce. On peut donc en conclure qu'au point de vue du développement, il existe une solidarité entre les différents segments du membre supérieur qui se forment suivant deux axes : radial et cubital, ce qui est, du reste, conforme aux lois de l'anatomie comparée.

Mais ce qui est surtout frappant dans notre cas, c'est l'hérédité qui s'y manifeste à un si haut degré. Ce caractère héréditaire de l'anomalie en question est exceptionnel. Nous n'en connaissons qu'une seule observation; elle est rapportée par Bouvier (1) et mérite d'être citée ici.

Obs. II (Bouvier). — Homme, cinquante ans, déviation cubito-palmaire. La main est soutenue par le cubitus; elle est légèrement fléchie en avant. Les doigts conservent des mouvements d'abduction et d'adduction, mais ils ne peuvent être fléchis. Il n'y a ni radius, ni pouce. Cet homme a eu cinq enfants dont un seul bien conformé, mort à l'âge de quatre ans. Une fille a trois doigts, une autre un seul, deux autres sont identiques au père.

Comme on ne connaissait, jusqu'à aujourd'hui, qu'un seul fait de transmission héréditaire de l'absence du radius, on voit citer par un grand nombre d'auteurs le cas de Bouvier pour le traiter d'exception et rejeter immédiatement la théorie de l'hérédité en tant qu'explication pathogénique. L'hypothèse qui a le plus de vogue et qui est défendue dans la thèse de Savornin est celle de la pression intra-utérine et des adhérences amniotiques. On apporte à l'appui les faits où on a constaté à la naissance une plaie ou une cicatrice sur le bord radial de l'avant-bras. Mais cette cicatrice est loin d'être constante, et d'autre part, si une adhérence explique aisément les amputations congénitales, et certaines ectromélies, on a de la peine à concevoir son action d'arrêt de développement sur un os tel que le radius, sans que son voisin le cubitus soit en rien altéré.

Dans notre cas, pas de cicatrice ni chez la mère, ni chez l'enfant, ce qui éloigne l'hypothèse bien hasardeuse d'une tendance héréditaire aux adhérences amniotiques, d'une malformation utérine quelconque. Le cas de Bouvier où c'est le père qui transmet sa difformité répond encore plus victorieusement à une telle argumentation et de par ces deux observations d'atavisme, l'un paternel, l'autre maternel, nous pouvons affirmer que la malformation était en puissance, ici dans l'ovule, là dans le spermatozoïde, au moment de la conception, et qu'aucune autre cause que l'hérédité pure ne peut être invoquée, au moins dans ces deux cas.

Les anomalies héréditaires passent généralement pour être l'indice d'un retour à une disposition ancestrale, à un caractère anatomique que l'on retrouve chez tel ou tel animal en remontant l'échelle des êtres. En présence de l'absence du radius et du pouce manifestement héréditaire, nous avons cherché à retrouver une telle conformation du

(1) Bouvier. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Main bote.

squelette chez un vertébré quelconque. En parcourant les traités d'anatomie comparée, on voit des modifications importantes se produire dans l'aspect des os de l'avant-bras; on voit chez des animaux inférieurs comme les *batraciens anoures*, un seul os antibrachial; mais cet os présente déjà un sillon extérieur longitudinal et une double cavité médullaire qui montrent une tendance à la différenciation de l'os unique en deux segments.

Chez les *oiseaux*, il y a toujours deux os à l'avant-bras; chez ceux qui ont le membre antérieur très peu développé (brévipennes), le cubitus est toujours plus fort que le radius et parfois la différence est considérable.

Il semble donc bien que, dans l'ordre d'apparition et d'importance, le cubitus soit le premier. C'est lui qui représente l'axe principal du membre, c'est là l'opinion de Poirier (1) : « L'axe principal du membre thoracique passe par l'humérus, le cubitus, le ménisque cubito-radial, l'intermédiaire (semilunaire) et aboutit au central (tête du scaphoïde)... Quant au radius et au radial (base du scaphoïde), ils constituent un rayon surajouté. Comme cet os est le dernier apparu, il est aussi celui qui a le moins de chance de se développer. »

Il en est de même pour la partie radiale du carpe et pour le pouce; ils suivent souvent le sort du radius et manquent avec lui; il peuvent aussi manquer alors que le radius persiste. Or, dans la série animale le plus instable des doigts est le pouce (exemple, le porc), tandis que le plus persistant est le médius (doigt unique du cheval).

On a quelquefois mis en doute la prééminence du cubitus en faisant remarquer que c'est lui qui disparaît chez certains vertébrés supérieurs (solipèdes par exemple). Mais il s'agit peut être d'une fusion des deux os, dans un but de solidité, et du reste cette instabilité du cubitus chez certains êtres déjà très développés ne signifie rien autre qu'une adaptation particulière.

L'embryologie humaine nous montre plus clairement encore l'ordre d'apparition des os de l'avant-bras et de la main. Ce sont ceux du côté externe du carpe et le pouce qui sont les derniers à apparaître (voir à ce sujet la fig. 18 de la thèse de Poirier, p. 63, préparation d'Henneguy très démonstrative). Chez un embryon de 12 millimètres et demi, ils sont encore invisibles.

Nous retrouvons donc ici une application de la règle générale : en cas d'arrêt de développement, ce sont les organes les derniers formés qui sont les premiers à manquer. Chez l'homme, le radius est, des deux os de l'avant-bras, celui qui est devenu l'organe de perfectionnement, celui qui, par sa mobilité, sa pronation et sa supination donne à la main les propriétés d'adresse qui n'existent que chez les êtres tout à fait supérieurs; on peut en dire autant du pouce par rapport aux autres doigts; c'est lui qui par ses mouvements d'opposition fait de la main cet instrument merveilleux particulier à l'homme. Ces organes si hautement différenciés sont les derniers à apparaître, les premiers aussi à disparaître en cas d'arrêt de développement.

Il ne nous paraît pas utile, par conséquent, de chercher ailleurs l'explication de l'anomalie en question et de sa fréquence. Elle est entièrement comparable aux autres arrêts de développement : bec de lièvre, spina bifida, etc., et on sait l'importance de l'hérédité dans l'étiologie de ces affections. Il est seulement étonnant que cette hérédité ne soit pas plus souvent mentionnée dans les cas d'absence du radius, et c'est à ce titre de rareté que nous avons jugé intéressant de faire connaître cette observation.

(1) Poirier. *Développement des membres*, Th. d'agrég., 1886.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(22 mars 1901)

Si l'on sait, de par l'enseignement des quelques dernières années, quel est le pronostic immédiat des **méningites cérébro-spinales aiguës**, pronostic d'ailleurs relativement peu grave, puisque les cas de guérison sont fréquents, on ignore tout, ou à peu près tout, du pronostic éloigné de cette maladie; une observation de M. Chauffard va aider à combler cette lacune. Voici le fait : un jeune homme de dix-sept ans entre le 29 octobre dernier à Cochin, au troisième jour d'une méningite cérébro-spinale aiguë typique, avec fièvre, pouls irrégulier, signe de Kernig, etc. Au sixième jour de la maladie, on pratique la ponction lombaire et on retire 3 centimètres cubes d'un pus épais, jaune verdâtre, amicrobien, riche en leucocytes polynucléaires. Le malade guerit peu à peu et reprend sa profession. En un mot, du fait que, dans la méningite cérébro-spinale, l'infection est purement péri-axiale et sous-arachnoïdienne, tandis que dans les méningites de la tuberculose, de la fièvre typhoïde ou de la variole, il y a méningo-myélite, malgré la gravité des accidents cliniques observés, malgré la nature purulente du liquide retiré par ponction lombaire, la guérison peut, au cas de méningite cérébro-spinale, se faire complètement par *restitutio ad integrum*, sans qu'il persiste aucune trace de l'infection.

M. Rendu publie une observation remarquable et peut-être unique de **péricardite tuberculeuse avec épanchement abondant**, qui guérit après ponction et injection de naphtol camphré. Le malade, que présente M. Rendu, était arrivé à l'hôpital avec un épanchement péricardique qui avait abaissé considérablement le diaphragme et amené la disparition presque complète de la sonorité gastrique; la matité, d'étendue énorme, occupait toute la partie antérieure du thorax, et dépassait le bord droit du sternum de deux travers de doigt. Une première ponction amena 900 grammes de liquide de nature tuberculeuse; une deuxième ponction permit de retirer 1200 grammes d'un liquide analogue; à la suite de cette ponction on fit une injection de naphtol camphré. Le malade guérit et ne conserve actuellement que les signes d'une symphyse cardiaque.

M. Béclère attire l'attention sur un cas tout à fait exceptionnel dans lequel un malade présente à l'état normal une main droite semblable à celle d'un phtisique au troisième degré, tandis que la gauche est saine. A l'extrémité de la main malade, les doigts sont renflés en baguettes de tambour, les phalangettes sont sphériques et les ongles, bombés, ressemblent à des verres de montre. Le point de départ de cette malformation est une ectasie de l'artère sous-clavière droite, qui s'est compliquée de symptômes aigus permettant de considérer comme très vraisemblable l'existence d'une phlébite de voisinage de la veine sous-clavière droite; c'est après l'apparition de ces symptômes aigus qu'est survenue la déformation des doigts. Ce fait, au point de vue pathogénique, se rapproche de la **déformation bilatérale** qui accompagne le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

M. Le Gendre montre les pièces anatomiques d'un adulte dont tout l'appareil respiratoire est envahi par la **diphtérie**.

MÉDECINE PRATIQUE

Le chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée avec ou sans dysménorrhée.

Voici comment M. Lafond-Grelletty envisage le traitement des règles abondantes, avec ou sans dysménorrhée.

Dans les cas où il n'y a pas de dysménorrhée, les praticiens ont le plus souvent recours à l'ergotine. Récemment encore, M. Dalché, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 23 avril 1899, proposait la formule suivante où l'ergotine entre pour la plus grande part.

Ergotine	0gr10
Sulfate de quinine	0gr02
Poudre de digitale	0gr01
Poudre de coca	Q S

Pour une pilule n° 20 : 4 à 5 par jour.

La formule est bonne, mais on peut se demander quelle part revient à l'ergotine dans l'action thérapeutique de ces pilules, et si ce n'est pas plutôt aux toniques et à la digitale qu'est due l'amélioration générale. Dans les cas observés par l'auteur, l'effet physique, logique, *local*, de l'ergotine, si réel qu'il ait été, n'a jamais, en effet, paru nettement suffisant.

Il ne serait pourtant pas exact de croire que les autres agents constricteurs (hydrastis, hamamelis, senecio, etc.) lui soient préférables. La formule de M. Dalché est la meilleure. Lorsque les règles sont régulièrement très abondantes, M. Lafond-Grelletty lui adjoint systématiquement le chlorure de calcium à l'intérieur. Les travaux de M. Cornil et de ses élèves, les expériences cliniques de Whrigt et P. Carnot, la thèse documentée de Trémolières montrent, en effet, l'action hémostatique puissante du chlorure de calcium, et justifient l'emploi de ce médicament dans les cas de règles trop abondantes. Le chlorure calcique peut être administré en potion, à la dose journalière de 1 à 2 grammes, selon la formule suivante :

Chlorure de calcium	9 grammes
Sirop de sucre	60 —
Eau	180 —

Une à deux cuillerées à soupe par jour.

Cette potion n'est pas trop désagréable au goût : elle est, de plus, facilement supportée par l'estomac, comme l'avait déjà remarqué G. Sée.

Il convient cependant de faire une réserve. Chez les chlorobrightiques, le chlorure de calcium détermine facilement des accidents d'intoxication, et en particulier des vomissements et de la céphalée. Il faut donc proscrire absolument cette substance quand on a des raisons sérieuses de soupçonner une néphrite. Dans ce cas, il est préférable de remplacer le sel par une préparation gélatinée (contenant 10 p. 100 de gélatine) et dont on injecte 5 à 10 centimètres cubes une à deux fois par jour.

M. Lafond-Grelletty ordonne la potion au $CaCl^2$ concurremment avec les pilules de M. Dalché. La potion est prescrite une semaine avant l'époque prévue. Les pilules doivent au contraire être prises quelques jours seulement avant les règles, et continuées pendant toute la durée de l'écoulement.

Il ne faudrait pas s'étonner de voir ce premier traitement échouer presque complètement : le plus souvent, d'ailleurs, il se montre peu efficace. Mais, le mois suivant, la médication sera déjà plus efficace, et si l'on continue six, sept et huit mois, on est à peu près sûr d'obtenir les meilleurs résultats.

Dans le cas où il y a dysménorrhée, le traitement varie suivant les personnes. L'administration du sel calcique doit ici être soigneusement surveillée, la suppression ou la diminution des règles s'accompagnant d'une façon constante d'une exagération dans l'intensité et la durée des douleurs.

On peut cependant obtenir quelques améliorations par l'association du $CaCl^2$ au senecio vulgaire. Le séneçon sera prescrit sous forme d'extrait fluide à la dose quotidienne de XL gouttes (en deux fois) ; ces gouttes seront prises dans une cuillerée à soupe de potion au $CaCl^2$ contenant dix centigrammes de ce sel. Cette médication, commencée deux à trois jours avant l'époque prévue, sera continuée pendant toute la durée des règles et prolongée encore quarante-huit heures, après la fin de l'écoulement cataménial.

On peut donc conclure de ce qui précède :

1° Que le chlorure de calcium, agissant comme hémostatique local et sur la masse totale du sang, diminue l'exagération des pertes sanguines au moment des règles ; et que celles-ci deviennent régulièrement normales, après un traitement prolongé ;

2° Que, malgré son action vasculaire toujours marquée, il ne saurait être efficacement employé dans les cas de dysménorrhée, dont il ne restreint ni la durée ni l'intensité du cycle douloureux ;

3° Qu'enfin son usage est contre-indiqué chez toutes les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement des reins (1). L. B.

La quinine et les bains frais dans la fièvre typhoïde.

Sous ce titre, M. Romme (2) rappelle les différentes opinions qui ont actuellement cours dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a un an, la Société de pédiatrie a consacré plusieurs séances à ce sujet. L'impression qui s'est dégagée de la discussion, malgré les efforts de M. Glénard, n'a pas été favorable à la méthode de Brand. Il semble que, chez les enfants du moins, on n'emploie la balnéation froide qu'en cas d'indications précises, et, quand on l'emploie, il faut prendre surtout en considération les réactions particulières de l'enfant : le premier bain sera donné à 35 ou 30 degrés, puis on abaisse progressivement la température pour arriver au bain à 25 degrés, quelquefois à 20 degrés. Quelques auteurs n'emploient que les bains tièdes, d'autres encore les bains chauds.

Erb vient de publier un véritable plaidoyer en faveur du traitement de la fièvre typhoïde par la quinine et le bain frais. La quinine sera donnée le soir, vers sept ou huit heures, quand la fièvre atteint son maximum. La dose, pour l'adulte, est de 1 gramme à 1gr50. Elle est prise en deux fois, après un court intervalle. L'effet se manifeste le lendemain par une rémission matinale accentuée : de plus, l'ascension vespérale est moins élevée. La quinine ne sera plus donnée que quarante-huit heures après la première dose, et ainsi de suite jusqu'à la défervescence.

Mais la quinine n'agit pas seulement sur la température. Dans la plupart des cas, elle exerce une influence très favorable sur toute l'évolution de la maladie et semble amener de meilleure heure la défervescence définitive. Les effets sont surtout nets quand on administre la quinine pendant la seconde moité du second septénaire et dans les cas moyens ; ils sont incertains dans les infections typhiques graves, surtout lorsque le début de la maladie remonte déjà à une quinzaine.

L'avis de M. Erb est partagé par M. Bink. Pour cet auteur, le sel de quinine à employer doit être toujours et partout le chlorhydrate de quinine, selon la formule de Lindwierm :

Chlorhydrate de quinine	2 grammes.
Acide chlorhydrique officinal	2 —
Eau distillée	50 —

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 mars 1901.
(2) *Pr. méd.*, 20 mars 1901.

Prendre la moitié de la solution dans de l'eau additionnée au besoin d'un peu de vin blanc.

Chez les enfants, M. Marfan commence toujours par essayer la quinine sous forme de chlorhydrate, lorsque la température rectale, prise entre quatre et cinq heures, dépasse 39 degrés. Le lendemain matin, si la médication quinique a paru agir, M. Marfan la continue, sinon, il emploie tout de suite la balnéation froide en commençant par le bain à 32 degrés, dont la température est généralement abaissée, pour les bains suivants, à 25 degrés. Mais la médication quinique est certainement, lorsqu'on peut l'appliquer, celle qui donne les meilleurs résultats. L. B.

PRATIQUE MÉDICALE

Mode d'administration et dosage des bromures.

Par le docteur P. Jamot.

Deux livres tout récents viennent de reprendre la question du traitement de l'épilepsie et lui ont fait faire un pas nouveau. Sous une forme réduite, ce qui a bien son mérite à une époque où l'on a tant à lire, les ouvrages du professeur P. Kovalevsky (1) et de M. Gilles de la Tourette (2) sont l'exposé bien à jour de la question.

Epilepsie, traitement, assistance et médecine légale, tel est le titre de l'ouvrage du professeur Kovalevsky. Il constitue, en réalité, une excellente Revue générale des travaux si nombreux consacrés à l'affection qui nous occupe.

Dans la partie réservée au traitement proprement dit, qui nous intéresse plus particulièrement, M. Kovalevsky étudie les méthodes thérapeutiques le plus en faveur actuellement en France et à l'étranger.

La grande majorité avec Séguin [de Boston (3)], Erlenmeyer, Agostini (4), est d'accord pour reconnaître que la médication bromurée mérite sa bonne réputation comme antiépileptique. C'est là d'ailleurs un fait qu'on ne discute plus.

A quelle dose donner les bromures? Voilà le point vraiment intéressant pour le praticien. Le livre de M. Kovalesky fourmille d'exemples qui montrent combien est difficile ce dosage. Ne retenons que les principaux.

Huchard préfère les doses fractionnées, jusqu'à 6 ou 8, rarement 10 à 12 grammes par jour. Si les accès arrivent la nuit, il faut donner une dose de brome considérable le soir.

Legrand du Saulle, dont la méthode est restée classique, donnait le bromure tous les deux jours pendant la premiére moitié du mois et tous les jours pendant la seconde moitié; dix-huit mois après le commencement du traitement il donnait les bromures chaque troisième jour de la première moitié du mois et tous les jours pendant la seconde; pendant deux ans encore chaque quatrième jour de la première moitié et tous les jours la seconde moitié du mois.

Si tous les spécialistes sont d'accord sur la durée très longue du traitement, il n'en n'est pas de même sur la dose à employer.

C'est à ce point de vue que le livre de M. Gilles de la Tourette est précieux pour le praticien.

« La fixation de la dose, dit-il, se base sur l'âge du sujet, sur sa tolérance particulière pour l'agent médicamenteux, sur le nombre et l'intensité des manifestations épileptiques. »

La tolérance individuelle s'apprécie par tâtonnement: les enfants tolèrent, proportionnellement, mieux le bromure que les adultes, mais il faut surtout se baser, pour instituer un traitement bromuré, sur ce fait capital qu'il faut donner au sujet ce que M. Gilles de la Tourette appelle *la dose suffisante*.

Pour établir cette dose suffisante, M. Gilles de la Tourette emploie la méthode préconisée par Charcot, qui procédait par *périodes d'administration de trois semaines*, à doses croissantes puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

« Je suppose, dit-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième on supprimera *deux* grammes et on reviendra à 3, 4 et 5 comme pour la première semaine. On donnera 3, 4, 5; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour, même pendant les règles. »

Pour que la dose soit suffisante il faut que le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, se sente réellement sous l'influence du bromure, qu'il sente une certaine lassitude, une certaine somnolence, enfin qu'il présente le *signe de la pupille*, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière ni à l'accommodation; qu'elles soient en outre à leur maximum de dilatation.

Comment devra-t-on maintenant administrer le bromure?

On doit le donner par la voie buccale, c'est la manière la plus sûre, mais à cause de la saveur salée du bromure, surtout à cause de son action caustique, il y aura avantage à l'associer au sirop d'écorces d'oranges.

Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur, qui contient 2 grammes par cuillerée à soupe, répond bien à ces indications.

Le bromure de strontium que préconise beaucoup M. Laborde, le bromure de sodium, les bromures associés ont été également l'objet des recherches de Henry Mure qui les dose de la même façon que le sirop de bromure de potassium. Avec eux le praticien est certain de ne jamais être désarmé et de pouvoir agir sûrement sans avoir à redouter d'intolérance.

(1) *Épilepsie, traitement, assistance et médecine légale*, Paris 1901, Vigot frères, édit.

(2) *Le traitement pratique de l'épilepsie*, Paris 1901, J.-B. Baillière.

(3) Seguin. *Lectures on some points in the treatment and management of nervous*, 1891.

(4) Agostini. Contributio all'azione de bromuro di potassio nella cura dell epilessia, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1891.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 15 au 20 avril 1901)

Examens de doctorat.

Lundi 15 avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Reclus, Delbet et Sébileau.

1er, *Faculté, salle* n° 3 (1re série) : MM. Poirier, Retterer et Lejars; — *Faculté, salle* n° 1 (2e série) : MM. Segond, Rémy et Teissier.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle* n° 1 : MM. Fournier, Méry et Gilles de la Tourette; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Legueu, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Reynier, Walther et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — M. Launois, suppléant.

Mardi 16 avril, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Richelot, Ricard et Quénu.

2e (nouveau régime), *Ecole pratique, salle* n° 4 : MM. Blanchard, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle* n° 2 : MM. Cornil, Achard et Vaquez.

4e (ancien régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Proust, Chantemesse et Thoinot.

1er, *Faculté, salle* n° 3 (1re série) : MM. Farabeuf, Brun et Retterer; — *Faculté, salle* n° 1 (2e série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Albarran;

— *Petit amphithéâtre* (3e série) : MM. Schwartz, Poirier et Rémy; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Bouilly et Campenon; — (1re série) : MM. Jaccoud, Marfan et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Dupré; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

MERCREDI 17 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Reynier, Rémy Mauclaire.

1er, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Reclus, Tuffier et Sébileau; — *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Legueu, Poirier et Delbet.

2e (nouveau régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Launois, Gley et Broca (André).

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Joffroy, Gaucher et Gilles de la Tourette; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Humbert et Walther; — (2e série) : MM. Jalaguier, Lejars et Broca (Aug.); — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 18 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Schwartz et Faure.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Roger.

1er, *École pratique, salle n° 4* (1re série) : MM. Brun, Rémy et Albarran; — *salle n° 2* (2e série) : MM. Bouilly, Campenon et Poirier; — *Petit amphithéâtre* (3e série) : MM. Guyon, Launois et Thiéry.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Grancher, Hutinel et Wurtz.

3e (oral, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Thiroloix

4e (ancien régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 19 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Segond, Poirier et Lejars.

1er, *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Delens, Gley et Sébileau; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Rémy, Reynier et Retterer.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Tessier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Legueu, Humbert et Jalaguier; — (2e série) : MM. Tuffier, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Grancher, Widal et Wurtz; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 20 AVRIL, à une heure. — 1er, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* (1re série) : MM. Farabeuf, Brun et Retterer; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Quénu, Ricard et Faure; — (3e série) : MM. Rémy, Thiéry et Gley; — M. Hanriot, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Widal; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Thiroloix; — M. Gilbert, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Richelot, Bouilly et Albarran; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Résultats du concours de l'agrégation de médecine. — PARIS. — MM. F. Bezançon, Gouget, Jeanselme, Legry et Rénon.

BORDEAUX. — MM. Cabannes et Mongour.

LILLE. — M. Paloir.

LYON. — MM. Chatin et Courmont.

MONTPELLIER. — M. Vedel.

NANCY. — M. Spillmann.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Barillet, du port de Toulon, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le *Carnot*, entré en armement à Brest pour être affecté à l'escadre du Nord.

M. le médecin principal Keisser, médecin-major au 6e d'infanterie coloniale à Brest, passera en la même qualité au 21e d'infanterie coloniale.

Société d'hypnologie et de psychologie. — *Prix Liébeault.* — Un prix fondé par M. le docteur Liébeault (de Nancy), sera décerné annuellement par la Société d'hypnologie et de psychologie à l'auteur de la meilleure thèse sur l'un des sujets suivants : Hypnologie, psychothérapie. — Pédagogie, criminologie, folklore. — Psychologie physiologique et pathologique.

Le prix Liébeault est de la valeur de 200 francs.

Les thèses des Facultés des lettres, des sciences et de droit sont admises à concourir au même titre que celles des Facultés de médecine.

Les thèses devront être adressées avant le 31 décembre de chaque année à M. le secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, 14, rue Taitbout, à Paris.

Banquet. — Les élèves et amis du docteur Pietkiewicz ont décidé de lui offrir un banquet en l'honneur de sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Le banquet aura lieu le samedi 20 avril, à sept heures et demie, au restaurant de Rome (Garnier et Gagé), 4, rue de l'Isly.

Les cotisations (20 francs) devront être adressées avant le 15 avril, à M. le docteur Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas, ou à M. le docteur Gaumerais, 80, rue du Rocher.

Hôpitaux et hospices civils de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie (saison d'été).* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Quénu, chef des travaux scientifiques, commenceront le lundi 15 avril 1901.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir de ce jour.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Semaine sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome : 2e classe, 103 francs; 3e classe, 67 francs (aller et retour).

Aller : départ le 1er avril, à 2 h. 10 soir (trajet direct). — Retour : dans un délai de 3 semaines par tous les trains comportant des voitures de la classe du billet, à l'exception des trains express partant de Rome à 7 h. matin et 10 h. 50 soir. Cinq arrêts facultatifs permettant de visiter Sienne, Florence, Pise, Turin et Gênes.

Billets délivrés dès maintenant à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie; dans les agences spéciales et dans les gares et stations de la Compagnie du Nord.

Nota. — On trouvera à Rome des billets spéciaux d'aller et retour pour Naples. Prix : 1re classe, 45 fr. 50; 2e classe, 31 fr. 85; 3e classe, 20 fr. 05.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 37. — JEUDI 28 MARS 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 28 MARS 1901. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE LA MALADIE DE BASEDOW, d'après M. LE FILLIATRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — REVUE DE LA PRESSE. *Obstétrique :* Embryotomie à lambeau; — *Syphiligraphie :* De la réinfection dans la syphilis. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE LA MALADIE DE BASEDOW

D'APRÈS M. LE FILLIATRE (1)

Le traitement du goitre exophtalmique a, depuis la découverte de la maladie, suscité de nombreuses recherches. En 1843, Graves préconise l'emploi de la digitale qui agit « efficacement pour calmer l'action exagérée du cœur » ; Stokes recommande l'iode à l'intérieur sous forme de teinture ou d'iodure de potassium. Parry met à la mode la saignée.

A une époque plus rapprochée de nous, Peter insiste sur les excellents effets de la révulsion dans les phases aiguës de la maladie ; il emploie, comme Graves, la digitale dans le courant de la maladie; il indique enfin, dès 1878, les résultats parfois remarquables de l'hydrothérapie. De Graefe reproche à la digitale de ne pas ralentir les battements du cœur et signale le danger du fer qui provoque l'éréthisme cardio-vasculaire. Aran conseille d'appliquer pendant longtemps de la glace sur la région précordiale et pense que « le goitre exophtalmique est une affection curable par un traitement suffisamment long et convenablement dirigé, ayant pour but à la fois de réveiller la contractilité des parois cardiaques et artérielles, de faire tomber l'irritabilité exagérée du cœur et des vaisseaux du cou, de combattre l'état névropathique général et l'altération du sang quand elle existe ».

Trousseau prescrit l'iode auquel il reproche d'exagérer tous les symptômes, bien que, dans certains cas, il puisse déterminer une amélioration passagère, c'est le plus souvent un médicament périlleux dans le goitre exophtalmique; aussi faut-il lui préférer le bromure de potassium et l'hydrothérapie. Le fer est nuisible à cause des phénomènes de congestion qu'il peut amener dans les périodes d'exacerbation de la maladie. La saignée est indiquée pour diminuer la congestion du goitre, et pour calmer les palpitations; mais le meilleur remède est encore la digitale qu'il faut employer à doses élevées jusqu'à intoxication. Huard, dans sa thèse de 1861, se rallie aux conclusions de Trousseau; Gros, vers la même époque, recommande avec ces auteurs l'emploi de la digitale, mais, contrairement à Trousseau, reconnaît à l'iode une action incontestable sur le goitre. Piorry (1862) vante également les bons effets de l'iode ; Corlieu rejette tous les médicaments employés à cette époque et n'admet que l'hydrothérapie.

En 1867, de Meyjounissas du Repaire condamne l'emploi de l'iode, du fer et des toniques, et préconise la digitale à faibles doses, la saignée, l'hydrothérapie et la glace. En 1872 Candesaignes divise le traitement du goitre exophtalmique en hygiénique et curatif : au point de vue de l'hygiène, il conseille une vie calme, exempte de soucis; le traitement curatif fait surtout appel à l'iode intus et extra, aux préparations toniques et ferrugineuses. La digitale serait moins active dans le traitement du goitre exophtalmique que la vératrine.

L'enseignement de M. Jaccoud (1873) nous ramène à une thérapeutique plus simple. Les médications chimiques, bien que recommandables dans certains cas, le cèdent en importance au traitement diététique et, dans la plupart des cas, « les cures au petit lait et au raisin sont plus efficaces que toutes les préparations pharmaceutiques. » Ball (1873) adjoint à l'iodure les bromures alcalins dans les cas où le goitre se complique de manifestations hystériques. Pour Friedreich, seul le traitement tonique peut donner un résultat avantageux, et une bonne hygiène produit de meilleurs résultats que toutes les médications thérapeutiques. Il insiste cependant sur l'emploi des courants constants sur la moelle dorsale supérieure et cervicale et sur le sympathique. Beni-Barde (1874) admet que l'hydrothérapie est, de tous les traitements proposés, le seul véritablement efficace. Bartholow (1876) emploie les courants continus avec succès. Peu après, Lister essaye de guérir le goitre exophtalmique par la thyroïdectomie partielle. Il n'obtient que des résultats médiocres, non sans courir de grands dangers opératoires. En 1879 Hammond recommande l'association de sels de fer à certains bromures, de digitale et de seigle ergoté, mais il ajoute que le courant galvanique est, dans bien des cas, l'agent principal de la cure. Debove (1880) pense que la digitale n'est utile que lorsque la maladie de Basedow se complique de lésions valvulaires; Dujardin-Beaumetz obtient la diminution de l'excitabilité cardio-vasculaire par les injections sous-cutanées de duboisine, mais, cette substance s'accumulant dans l'organisme, on est obligé d'interrompre le médicament au bout de huit jours. Grancher obtient des améliorations considérables en donnant pendant quelques jours

(1) Th. de Paris, 1901.

parties égales d'iodure, de digitale, de quinine, et un peu de liqueur de Fowler.

Les résultats opératoires obtenus par certains chirurgiens encouragent les auteurs récents (Bénard, Holmes, de Pennes, de Michel, Kocher, etc.) à l'intervention chirurgicale. Cependant Grenell (1883) continue à vanter les bons effets de l'hydrothérapie, Rendu reconnaît que l'iode, le fer, la digitale, le bromure de potassium, bien maniés, rendent de grands services, admet la galvanisation du sympathique, et repousse absolument la thyroïdectomie qui « fait courir au malade presque autant de dangers que la maladie elle-même ». L'hydrothérapie et le régime semblent à M. Rendu plus utiles que tous les médicaments qui ne s'attaquent qu'aux symptômes. C'est également la conclusion de M. Potain (1885) pour lequel « le traitement est fondé surtout sur une véritable hygiène morale ».

Liégeois (1887) subdivise le traitement du goitre exophtalmique en : 1° traitement hygiénique ; 2° traitement symptomatique, qui consiste : *a*. à combattre les symptômes cardinaux (digitale, ergot de seigle, bromure, etc.); *b*. à conjurer les paroxysmes (sinapismes, ventouses Junod, thyroïdectomie) ; *c*. à amender certaines manifestations particulières gênantes ; 3° traitement pathogénique (vésicatoires volants, pointes de feu le long de la colonne vertébrale) ; 4° traitement étiologique, qui vise les états constitutionnels ou acquis, lesquels coïncident le plus souvent avec le goitre exophtalmique et peuvent en être considérés comme la condition prédisposante.

Dès 1885, Charcot vantait, dans la *Gazette des hôpitaux*, le traitement électrique de Vigouroux, c'est-à-dire la faradisation au cou et la faradisation de la région précordiale. Avec ce traitement, « la guérison n'est en général qu'une affaire de temps. Tout au plus peut-il rester, si le goitre est de date ancienne, un léger degré de tuméfaction, dû à la persistance du tissu conjonctif de néo-formation ». En 1887-1888, les idées de Charcot, sur les bons effets de l'électrothérapie, confirment la méthode de Vigouroux, « la seule qui donne des résultats absolument remarquables, » et Charcot ajoute qu'il a à peu près abandonné les autres traitements depuis qu'il a vu les résultats de M. Vigouroux.

Cependant, différents auteurs continuent encore à préconiser l'usage de tel ou tel médicament. R. Valieri vante la cannabine, Huchard et Gauthier (de Charolles) l'antipyrine, Barié les antispasmodiques, G. Sée la vératrine, Brower le strophantus. Mais bientôt s'affirment à nouveau les tendances chirurgicales : Lavise, Fauquon, Neumann, Solary, Marie, Jaboulay et Poncet, Booth, etc., discutent les indications de la thyroïdectomie; Jaboulay (1896) pratique le premier la sympathectomie et voit disparaître l'exophtalmie; Jonnesco, Faure, Poncet répètent cette opération, qu'ils jugent moins dangereuse que la thyroïdectomie. La question de la supériorité de l'une ou l'autre de ces opérations est passionnément discutée, chacune d'elles ayant été suivie de quelques succès et de nombreux revers. A l'heure actuelle, la nécessité de l'intervention chirurgicale, sauf dans les cas d'extrême urgence, reste encore indécise; les médicaments n'ont plus autant de partisans que jadis, et c'est surtout à l'électricité que l'on demande la guérison du goitre exophtalmique.

Si maintenant l'on cherche à résumer les résultats obtenus par les différentes médications, on arrive à conclure avec l'auteur, que les *médicaments* ont donné de rares succès, soit employés seuls, soit associés. « En général, on a essayé presque tout, et chaque médicament a eu son jour de vogue. Leur insuffisance a créé deux camps, les partisans et les détracteurs. C'est ainsi que la digitale, ordonnée à dose toxique par Trousseau, est conseillée ensuite par Perry, Mac Naughton, Chatterton, etc., tandis que Guéneau de Mussy, Candarelli, Peter, etc., mettent formellement en doute son efficacité ; aujourd'hui, il est bien établi que la digitale n'a aucun effet sur les symptômes basedowiens; on ne doit l'employer que si la maladie se complique de lésions organiques du cœur, ou quand le basedowien est en asystolie : c'est un médicament purement cardiaque. »

Mêmes incertitudes au sujet du strophantus. Joffroy, Hammond, etc., le croient actif contre les palpitations : Hare, au contraire, lui attribue de nombreux accidents. Le strophantus, pas plus que la digitale, ne constitue le médicament du goitre exophtalmique : c'est simplement un médicament cardiaque. L'iode a soulevé, lui aussi, les plus vives discussions : il est ordonné par Basedow lui-même, mais la plupart de ses partisans sont les premiers à reconnaître qu'il peut aggraver les symptômes d'éréthisme cardio-vasculaire et qu'il est contre-indiqué dans les cas où cet éréthisme est accusé. Ses détracteurs vont plus loin : Trousseau le considère comme périlleux, Maisonneuve pense qu'il peut amener la mort. Actuellement, on reconnaît qu'il augmente les symptômes, tout en ne modifiant pas le goitre. Actuellement, on n'ordonne plus l'iode, même en injection, dans le goitre exophtalmique.

Le fer a été ordonné par beaucoup d'auteurs. Grisolle, Hutchinson, Lereboullet le croient efficace : Jaccoud, Rendu, Blache, etc., ne le donnent que dans les formes torpides; de Græfe, Day, etc., le trouvent absolument contre-indiqué. Et en effet, il exaspère les symptômes cardio-vasculaires : il doit donc être banni de la thérapeutique.

Le bromure a été préconisé par Trousseau, Hammond, Rendu, Jaccoud : mais il ne s'agit là que d'un médicament symptomatique, dont l'efficacité est nulle dans la maladie de Basedow pure.

L'action vaso-constrictive de l'ergot de seigle devait être mise à profit pour diminuer l'éréthisme du goitre ; et, de fait, on a attribué à cette substance quelques succès. Mais les insuccès sont encore plus nombreux, et les rares améliorations obtenues ne valent pas le bruit qu'on a fait autour d'elles.

Dujardin-Beaumetz affirme avoir obtenu des succès étonnants de la duboisine en injections hypodermiques. Pour Desnos, l'amélioration obtenue est passagère et ne porte que sur la vascularisation de la tumeur thyroïdienne et la gêne de la respiration.

L'aconit n'améliore pas les symptômes basedowiens de l'avis de tous ; peut être agit-il sur les douleurs névralgiques d'après Hutchinson. Candarelli le trouve efficace.

L'antipyrine, vantée par Huchard, est aujourd'hui complètement abandonnée.

G. Sée et Liégeois attribuent quelques succès à la vératrine. Mais Corlieu, Candarelli, Dobell n'ont jamais rien obtenu d'elle, si ce n'est une irritation de l'estomac. Dans tous les cas, elle n'agirait jamais que sur les battements de cœur.

Les sels de quinine ont été tentés contre les palpitations par Trousseau et Pidoux ; malgré les doses massives auxquelles les prescrit Liégeois, ils semblent n'avoir aucun effet, même sur l'hyperthermie.

G. de Mussy et Wilson ont essayé l'arsenic et auraient obtenu quelque amélioration de l'anémie.

L'ipéca a été employé récemment par M. Dieulafoy. Cette substance aurait l'avantage de produire une dérivation salutaire du côté du tube digestif, et d'amener une amélioration générale des symptômes. Mais l'ipéca provoque souvent la diarrhée. « Or, dans une maladie où la cachexie est très à craindre, il faut éviter les causes de déperdition : nous pensons donc que ce traitement est plutôt contre-indiqué. »

La thyroïdine devait forcément être essayée après les discussions pathogéniques de ces dernières années. Aven, Voisin, Jeaffreson, Gauthier, lui attribuent quelques guérisons. Plus nombreux sont les auteurs qui affirment, preuves en main, que la thyroïdine aggrave les symptômes basedowiens et qu'elle doit absolument être proscrite du traitement.

Arrivé au terme de cette longue revue des médicaments préconisés, l'auteur conclut que tous ces médicaments, quand ils agissent, ne combattent qu'un symptôme, et encore d'une façon toujours passagère et incomplète. « Ils sont inefficaces, et, les employer, c'est perdre du temps, et fatiguer le malade parfois avec des doses énormes pour obtenir un semblant d'amélioration. »

Les *méthodes chirurgicales* sont au nombre de quatre : la thyroïdectomie, l'exothyropexie, la ligature des artères thyroïdiennes, la sympathectomie.

La thyroïdectomie, de l'aveu même de Joffroy, est loin d'être toujours suivie d'un résultat favorable et nombreux sont les cas où, après cette opération, les symptômes principaux du goitre persistent ou s'aggravent. Aussi, pour Rendu, cette opération est-elle contre-indiquée dans la majorité des cas. C'est également l'opinion de Poncet, de Valençon, de Lyot, de Brissaud, de Bonardini. C'est de la thyroïdectomie qu'on peut dire que le traitement est pire que la maladie, puisque, alors que le goitre exophtalmique ne tue que dans 21 p. 100 des cas, la thyroïdectomie est suivie de mort dans 1/5 des cas.

Quant à la ligature des artères thyroïdiennes, elle est non seulement d'une exécution difficile, mais elle expose aux mêmes dangers que la thyroïdectomie. L'exothyropexie est certes moins dangereuse que la thyroïdectomie, mais aussi elle donne moins de résultats. Enfin la sympathectomie expose aux syncopes, aux récidives et aux complications. Toutes ces opérations possèdent donc une valeur restreinte puisqu'elles ne donnent qu'exceptionnellement une amélioration et qu'encore, dans une partie de ces cas heureux, l'amélioration est incomplète ou même discutable. Les expériences de Fr. Franck, établissant que rien ne démontre l'action excito-secrétoire thyroïdienne du sympathique cervical, ont d'ailleurs fait justice des théories pathogéniques, au nom desquelles, dans les cas de goitre exophtalmique, on pratiquait la sympathectomie.

Les effets de la *glace* sont encore discutés : quant à l'*hydrothérapie*, elle compte de nombreux partisans. Pour Béni-Barde, il faut donner aux basedowiens excitables une douche en pluie, d'abord chaude, puis froide, aux anémiques une douche froide à la lance sur les membres inférieurs, jamais sur le cou. La méthode de Gruell consiste en une douche matinale et vespérale en jet brisé à une température de 13 à 14 degrés et d'une durée de 40 à 50 secondes, suivie d'un bain de piscine. Dans la methode de Thermes on prescrit aux malades excitables des lotions, des affusions tièdes, puis des douches écossaises, enfin la douche froide. Peter ordonnait une douche en jet sur toute la région rachidienne, d'une durée de 4 à 5 secondes, suivie d'une douche en pluie sur tout le corps pendant 10 à 20 secondes.

Pour M. Vigouroux, il faut éviter tout choc, toute sensation désagréable, et user seulement de douches écossaises administrées par quelqu'un qui connaisse le malade. La douche, légèrement tiède au début, ne réveille pas l'éréthisme cardio-vasculaire ; la température de la douche s'abaissant peu à peu, la sensibilité du malade s'y habitue lentement, et l'on arrive ainsi à obtenir un froid suffisant pour avoir un effet sédatif.

Nous en arrivons à l'*électrothérapie*. Déjà essayée par Benedikt, von Dursh, Chworteck, Eulenburg, elle a trouvé dans Vigouroux un défenseur éloquent et convaincu. Il nous est difficile d'entrer dans le détail du procédé de Vigouroux, que l'auteur lui-même a décrit dans le *Progrès médical* d'octobre 1887. Disons seulement que ce procédé, qui utilise la faradisation, a été adopté par Charcot et Richer. Quant aux courants galvaniques et à la franklinisation, ils sont aujourd'hui peu employés.

Reste enfin la question du régime. Les aliments seront choisis en vue d'obtenir autant que possible l'antisepsie intestinale. A ce point de vue le régime lacté présente de très grands avantages. Quant à la quantité des aliments, elle sera proportionnée à l'état général du malade. Celui-ci perd-il de son poids, la suralimentation est nettement indiquée. Présente-t-il au contraire une nutrition ralentie, il suffit de diminuer la quantité des aliments. Le séjour sur la montagne est formellement contre-indiqué à cause de son action excitante sur le cœur. A condition de suivre un régime sévère et de se soumettre à une faradisation méthodique suivant la méthode de Vigouroux, on obtiendra sûrement une amélioration notable, et même parfois la guérison en peu de temps.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(26 mars 1901)

M. Proust, en son nom et au nom de M. Faivre, a lu son rapport sur les **épidémies de peste** qui ont sévi au Cap, à Glascow, à Oporto ; parmi les causes de contagion, il signale une coutume qui malgré toutes les défenses a été suivie surtout à Glascow, celle des veillées funèbres ; il est de tradition, en effet, lorsqu'un malade meurt, que les parents et les amis passent les nuits auprès de lui. Sur 29 cas qui ont été relevés à Glascow, 12 ont eu pour cause ces veillées. M. Proust donne des explications détaillées sur les mesures prophylactiques qui ont été prises ; l'isolement absolu de la zone de la ville où a apparu la peste, le transport immédiat des malades dans un hôpital préparé *ad hoc*, la désinfection au chlorure de chaux, les soins médicaux prodigués immédiatement, le passage à l'étuve de tout ce qui a été en contact avec le malade et les mesures prises à l'égard des personnes ayant été auprès des pesteux, telles que l'achat de trois maisons uniquement consacrées à ces personnes. Enfin, M. Proust insiste particulièrement sur l'efficacité réelle, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylactique, des injections du sérum de Yersin.

Par exemple, sur la petite épidémie qui a sévi sur le paquebot *Niger*, sur huit personnes atteintes dont deux médecins, il n'y a eu qu'un décès, les sept autres ayant été

guéries par le sérum de Yersin ; grâce à lui, l'épidémie a été éteinte sur place.

M. Proust rappelle que, dans les épidémies de peste, les rats et les souris présentent une mortalité considérable; il cite plusieurs bâteaux au fond desquels on a trouvé des cadavres de rats en grande quantité. Ayant été examinés ils ont été trouvés porteurs du bacille pesteux. Il est donc de toute urgence dans les pays menacés de procéder à la destruction des rats.

Arrivant aux mesures à prendre en France, M. Proust se résume ainsi :

En ce qui concerne notre pays, bien que la tendance de plus en plus grande à la dissémination de la peste puisse inspirer des préoccupations sérieuses, il y a tout lieu d'espérer que l'on pourra, grâce aux mesures prises et exécutées, prévenir l'importation de la maladie en France. Si, cependant, elle y pénétrait, elle y trouverait, en raison des progrès de l'hygiène générale et de notre état de bien-être, un terrain très différent de celui qu'elle a rencontré à d'autres époques, et qui subsiste encore dans certaines contrées orientales et même dans quelques régions du sud de l'Europe.

Il résulte de cet important rapport que, s'il y a lieu d'aviser et de penser à la peste dans nos ports, de prendre certaines mesures préventives, il n'y a pas de raisons de s'alarmer outre mesure. En effet, les épidémies d'Oporto, de Glascow, ont été facilement éteintes sur place, grâce à des mesures énergiques ; il en serait évidemment de même chez nous.

Il est démontré aujourd'hui que nous possédons dans le sérum de Yersin un moyen prophylactique et thérapeutique de premier ordre ; ajoutons pour rassurer les plus timorés que, prêts à tout événement, nous possédons une quantité plus que suffisante de sérum.

M. Laborde, au nom de M. Gibrat, médecin de première classe de la marine, appelle l'attention de l'Académie sur une mesure désastreuse employée dans la marine pour conserver les chaudières des torpilleurs en réserve ; il s'agit du procédé dit à la chaux et à l'acide carbonique. On met à demeure dans la chaudière quelques boîtes de chaux vive, et l'on y fait pénétrer les produits de la combustion d'un réchaud de charbon de bois, allumé dans la chaufferie. Quand la quantité réglementaire de charbon a été brûlée, on ferme hermétiquement toutes les ouvertures du compartiment jusqu'au nouvel armement du torpilleur. A ce moment, il est prescrit d'aérer la chaudière pendant plusieurs heures avant d'y faire pénétrer un homme, pour retirer les boîtes de chaux.

Peut-être serait-il bon d'y introduire au préalable quelques petits oiseaux qui sont, paraît-il, de bons réactifs pour l'oxyde de carbone.

M. Gibrat relate deux cas d'**intoxication par l'oxyde de carbone** ainsi produite sur le torpilleur 112, en réserve à Cherbourg ; l'un de ces deux hommes a pu être sauvé par les tractions rythmées de la langue, l'autre n'a pu être rappelé à la vie.

Ainsi que le fait observer avec juste raison M. Riche, il s'agit là d'un procédé barbare sur lequel il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs compétents.

Au début de la séance, M. Nocard a fait un rapport sur la communication faite récemment par M. Jarre et relative au **traitement de la fièvre aphteuse par l'acide chromique**. Des observations et des expériences relatées par M. Nocard, il résulte que l'acide chromique ne se montre pas toujours aussi efficace que l'a dit M. Jarre.

L'académie poursuit la discussion sur la **cocaïnisation de la moelle.**

M. Laborde signale que dans la bibliographie jointe à la monographie présentée par M. Tuffier à l'Académie, le nom de M. Reclus n'est même pas prononcé. Les travaux personnels de l'orateur et ceux de ses collaborateurs ne sont pas cités, bien qu'ils aient mis en lumière, dès 1884, les effets physiologiques de la cocaïnisation. Il le regrette, non pas comme question de priorité, mais parce que, si on avait eu présents à l'esprit ces phénomènes, on aurait évité des accidents sur lesquels on a glissé trop facilement.

Ces accidents sont tels que la méthode sous-arachnoïdienne de cocaïnisation doit s'effacer devant la voie sous-cutanée ou, dans quelques cas spéciaux, intra-musculaire.

M. Matignon, malgré la grande fréquence des vers intestinaux en Chine, n'a jamais eu l'occasion de voir, dans les quatre années et demie qu'il a passées à Pékin, un seul cas d'**appendicite**, tant sur les Chinois que sur la petite population européenne. Trois fois (chez un jeune Russe et chez deux missionnaires) il a noté des douleurs abdominales qui pouvaient rappeler la colique appendiculaire et qui semblent avoir été sous la dépendance de la présence d'un ténia dans le tube digestif, car elles ne se reproduisirent plus après l'expulsion du parasite.

La rareté de l'appendicite chez les Chinois semble corroborer l'opinion soutenue par Keen (de Philadelphie) et M. Lucas-Championnière, au sujet de l'influence prédisposante du régime carné dans l'étiologie de l'appendicite, car le Chinois du Nord se nourrit principalement d'aliments appartenant au règne végétal.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(7 mars 1901)

M. Oberthür apporte trois faits de **localisation périphérique secondaire chez des cancéreux.** Lubarsch, Francotte, Siemerling, Klippel, etc., ont signalé l'évolution au cours de cancers soit de polynévrites, soit de scléroses médullaires attribuées à l'intoxication cancéreuse. Mais à côté de ces lésions on peut observer des troubles dus à l'atteinte directe des nerfs par des noyaux cancéreux. Or, les trois faits de M. Oberthür sont d'autant plus intéressants qu'ils nous montrent trois mécanismes différents. Une malade, observée par MM. Souques et Philippe, présentait une paralysie faciale; à l'autopsie M. Oberthür trouve un cancer du rocher secondaire à un cancer de l'estomac et du poumon. Une deuxième malade présentait les signes d'une polynévrite douloureuse ; à l'autopsie M. Oberthür a trouvé une carcinose des muscles, secondaire à un cancer primitif du poumon avec carcinose miliaire généralisée : les noyaux musculaires avaient sectionné les nerfs intra-musculaires, créant ainsi le tableau clinique d'une polynévrite. Enfin la troisième malade est atteinte d'une paralysie radiculaire complexe, à prédominance cependant sur le groupe Dejerine-Klumpke, avec troubles pupillaires ; à l'autopsie, l'auteur a trouvé une masse cancéreuse pré-vertébrale secondaire à un cancer de l'utérus et ayant pris naissance dans des ganglions lymphatiques; cette masse avait englobé les racines des plexus dès leur sortie de la gouttière transversaire ; les

gaines de myéline étaient relativement peu altérées, mais les cylindraxes étaient œdémateux, vacuolaires, avec des hémorragies au sein des troncs nerveux.

On a déjà signalé que le pied bot creux n'est pas caractéristique de la maladie de Friedreich. M. Cestan a apporté en 1898 à la Société anatomique plusieurs faits qui montrent qu'on peut observer cette déformation lorsque le faisceau pyramidal est intéressé. MM. Allard et René Monod présentent un malade atteint d'un **pied bot paralytique simulant le pied de Friedreich**, ce pied bot paralytique s'accompagne d'une exagération des réflexes tendineux et doit être consécutif à un foyer de myélite lombaire.

M. Ferrand apporte les résultats **d'une autopsie d'une femme acromégalique** ayant présenté les signes classiques de la maladie isolée par M. Marie, avec au surplus du diabète et une hémianopsie homonyme temporale droite. A l'autopsie on a trouvé une tumeur pituitaire de la grosseur d'un œuf de pigeon ayant comprimé le chiasma optique; il semble que cette tumeur se soit développée aux dépens du tissu épithélial de la glande pituitaire; on peut donc la considérer comme un adénome. Il faut noter aussi l'hypertrophie du corps thyroïde et l'absence du thymus. Il est intéressant de noter que les céphalées très intenses de la malade avaient été améliorées par l'opothérapie pituitaire.

Deux communications sur la méthode de Bier, **injection intra-rachidienne de cocaïne**. M. Achard a traité ainsi trois cas de sciatique rebelle, deux femmes tabétiques à crises viscéralgiques et un cas de zona crural. Il a obtenu par une dose de 2 centigrammes de cocaïne une cessation des douleurs qui a persisté trois jours; mais les malades ont éprouvé quelques vertiges, des vomissements; ainsi que l'ont indiqué Pitres au congrès de neurologie et M. Sicard dans sa thèse, cette méthode peut être utile dans le cas de douleur très intense, mais on ne doit pas dépasser la dose de 1 centigramme de cocaïne par injection intra-rachidienne.

M. Allard a étudié dans le service de M. Tuffier **l'état de la contractilité musculaire et de la sensibilité électrique au cours de la cocaïnisation chirurgicale par injection intra-rachidienne**. La qualité de la secousse musculaire n'est pas modifiée, mais il existe une exagération très manifeste de la contractilité faradique et galvanique des nerfs et des muscles, réaction qui se rapproche de la réaction de contracture imminente ou confirmée et qui fait penser que la cocaïne doit agir par irritation sur les cellules des cornes antérieures de la moelle.

Au point de vue sensitif, alors que l'on dit que la sensibilité tactile persiste seule après cocaïnisation de la moelle, que le malade ne réagit plus à aucune excitation douloureuse, l'auteur a pu s'assurer que le courant électrique faradique et galvanique était perçu d'une façon douloureuse.

Deux présentations de malades intéressants, un syndrome **athéto-choréique** par M. Londe, et une **paralysie générale anormale** par MM. Brissaud et Monod; dans ce dernier cas, les auteurs ont constaté une lymphocytose considérable dans le liquide céphalo-rachidien. A ce propos M. Babinski dit qu'il a pratiqué dans son service la ponction lombaire chez de nombreux malades et qu'il a constaté aussi une lymphocytose marquée toutes les fois que l'on pouvait soupçonner une irritation méningée, surtout dans le tabes et la paralysie générale.

M. Oddo envoie une observation **d'ophtalmoplégie totale et de paralysie ascendante dans un cas de méningite tuberculeuse** causée et par une méningite basilaire et par une leptomyélite semblable à celle décrite autrefois par le professeur Raymond.

Depuis quelques séances, la Société de neurologie est saisie de plusieurs faits de paralysies associées des muscles des yeux (cas de MM. Crouzon, Babinski, Raymond et Cestan, Poulard); MM. Noguès et Sirol envoient une observation de **paralysie de l'élévation** développée chez une femme hystérique; l'affection est survenue rapidement à la suite d'un état infectieux; la malade ne peut volontarirement relever les globes oculaires au-dessus de l'horizontale; en outre elle présente des stigmates d'hystérie. Son cas est donc l'opposé du malade de MM. Crouzon et Babinski, qui présentait une paralysie de l'abaissement. Il est difficile de se prononcer sur la cause réelle de cette paralysie associée, une autopsie seule en donnera la raison; cependant MM. Noguès et Sirol estiment que cette paralysie de l'élévation est de nature hystérique, car Parinaud puis Raymond et Kœnig ont montré que, dans l'hystérie, les paralysies oculaires se présentaient toujours à l'état de paralysies associées.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

REVUE DE LA PRESSE

OBSTÉTRIQUE

Embryotomie à lambeau. — Lorsque, dans les présentations de l'épaule, la version par manœuvres internes est rendue impossible par la rétraction de l'utérus tétanisé sur le fœtus, par l'écoulement de tout le liquide amniotique, par l'engagement de la présentation, lorsque, en un mot, on a affaire à une présentation de l'épaule négligée, il ne reste plus comme dernière ressource à l'accoucheur que l'embryotomie. L'embryotomie cervicale, la section du cou constitue l'opération classique.

Ce mode de faire n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Si l'extraction du tronc et des membres inférieurs s'opère facilement à la suite de tractions sur le bras procident, il peut arriver que la sortie de la tête restée dans la cavité utérine présente de réelles difficultés.

C'est pour parer aux difficultés que la main ou les instruments rencontrent dans quelques cas à l'extraction de la tête dernière après la section du cou, que M. J. Gourdet (de Nantes) a imaginé un procédé d'embryotomie, qu'il appelle « embryotomie à lambeau ». Il a eu deux fois l'occasion d'y avoir recours, et les deux fois il en a obtenu d'excellents résultats. Ramener l'accouchement au mécanisme de l'évolution spontanée, tel est le but de l'embryotomie à lambeau. Quant au manuel opératoire, voici la description que l'auteur nous en donne dans la *Gazette médicale de Nantes* :

Des ciseaux de Dubois-Pinard, un crochet mousse, des pinces à traction fortes sont les instruments nécessaires.

Par des tractions sur le bras procident, on exagère l'engagement de l'épaule. L'opérateur introduit alors la main gauche et, avec elle, va coiffer le moignon de l'épaule, le pouce sur la clavicule, les autres doigts sur l'omoplate, ou inversement, suivant l'épaule qui se présente. Avec la pointe des ciseaux tenus de la main droite et guidée par la main gauche, on sectionne la peau entre le pouce et l'index de la main-guide. Cela fait, une des branches des ciseaux est introduite dans l'orifice supérieur du thorax, tandis que l'autre reste en dehors. Sous la conduite de la main qui empêche cette branche externe des ciseaux de léser l'utérus, on sectionne à petits coups d'un côté la clavicule et les arcs antérieurs des côtes, de l'autre l'omoplate et leurs arcs postérieurs. L'aide, continuant une traction modérée, écarte et engage de plus en plus le lambeau scapulo-thoracique ainsi découpé ; il est bon, en effet, de se reprendre de façon à avancer à peu près autant sur les parois antérieure et postérieure de la poitrine.

Il faut s'efforcer de sectionner la colonne vertébrale le plus bas possible, dans les dernières vertèbres dorsales ou au niveau de la première lombaire.

Lorsque les parois costales et le rachis sont totalement coupés, on donne quelques coups de ciseaux dans le diaphragme et la paroi abdominale antérieure, pour supprimer la rigidité de la paroi.

L'évolution s'achève alors assez facilement : on peut l'aider par des tractions sur le siège à l'aide du crochet mousse. Après l'extraction du tronc, on peut ou bien sectionner le pédicule qui réunit les deux lambeaux, si on ne l'a déjà fait, ou bien laisser le corps pendant entre les cuisses de la femme.

Grâce à la longueur conservée de la tige rachidienne et à la présence du bras adhérent, le lambeau supérieur devient très facile à extraire. On abaisse aisément le bras restant, et les manœuvres de Mauriceau ou de Champetier s'exécutent dans des conditions absolument normales. Si le bassin est rétréci ou le col contracturé, la tête pouvant être bien fixée, l'accoucheur a beaucoup plus de facilité pour la réduire avec le basiotribe. (J. Gourdet. *Gaz. méd. de Nantes*, 9 mars 1901.)

P. P.

SYPHILIGRAPHIE

De la réinfection dans la syphilis. — M. Nobl a ces jours-ci traité la question de la réinfection de la syphilis au collège des médecins de Vienne, à l'occasion d'un cas personnel particulièrement démonstratif.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, marié depuis longtemps, qui à la suite d'une cohabitation extraconjugale eut un chancre de la verge suivi de roséole et de plaques muqueuses guéries par des injections mercurielles intramusculaires ; ceci se passait en 1895.

Depuis, le malade ne présentait plus aucun symptôme de la maladie et sa guérison semblait confirmée par ce fait que sa femme mettait au monde en 1898 un enfant bien portant. En janvier 1900 le même homme vient consulter de nouveau M. Nobl; il est reconnu porteur d'un second chancre indubitable qui peut être attribué à un coït suspect, que cet homme a eu trois semaines auparavant; quatre semaines plus tard, il présentait une roséole accompagnée d'hypertrophie ganglionnaire généralisée, suivie plus tard de l'apparition de plaques muqueuses. La virulence de cette nouvelle infection fut démontrée par la contamination de la femme du patient, qui eut un chancre de la grande lèvre suivi d'éruption, traité également par M. Nobl.

Nobl admet qu'on ne peut parler de réinfection en pareil cas que si chaque fois le diagnostic de syphilis s'appuie sur la constatation de l'accident primitif et des manifestations générales survenant dans les délais d'incubation voulus et qu'il s'est écoulé entre les derniers symptômes d'infection générale dus à la première atteinte et la nouvelle, un laps de temps répondant à la durée ordinaire active de la syphilis (irritatives syphilisstadium). (C. R. d'un discours prononcé au Collège des médecins de Vienne, le 11 mars 1901).

P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La loi sur les patentes. — Dans sa séance du 26 mars, le Sénat a adopté, malgré l'opposition du gouvernement, l'article 4 ainsi conçu : « Par exception à l'article 14 de la loi du 15 juillet 1880, le médecin qui se transporte annuellement dans une ville d'eaux ou une station balnéaire ou thermale pour y exercer sa profession, et qui ne se livre pas ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable au droit proportionnel sur l'habitation que pour la maison qu'il occupe pendant la saison balnéaire ou thermale, même si cette maison ne constitue pas son habitation habituelle et principale. »

L'amendement de M. Labbé et plusieurs de ses collègues, tendant à ne faire porter le droit proportionnel que sur les loyers professionnels, viendra en discussion dans la séance de demain jeudi.

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 16 mars 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Forgues, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Dziewonski, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes; — Pauzat, maintenu adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre; — Camus, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; — Mignon, maintenu professeur à l'École d'application du service de santé militaire; — Famechon, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai.

— Par décision ministérielle du 16 mars 1901, M. le médecin-inspecteur Viry, nouvellement promu, est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée, à Marseille, en remplacement de M. le médecin principal de première classe Lenoir.

— Les jeunes gens pourvus du diplôme de dentiste délivré par une Faculté de médecine pourront à l'avenir être incorporés dans les sections d'infirmiers militaires.

Pour bénéficier de cette mesure, les intéressés devront justifier, avant le 15 octobre de l'année de leur tirage au sort, devant le commandant du bureau de recrutement de leur subdivision d'origine, de l'obtention dudit diplôme.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nivelet, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Commercy, dans sa quatre-vingt-treizième année; Camille Baunerot, médecin principal des colonies, décédé subitement à Nancy, à l'âge de quarante-six ans, et René Geoffroy, décédé à Nancy.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 38. — SAMEDI 30 MARS 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 30 MARS 1901. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La péritonite à pneumocoques chez l'enfant, par M. Ch. MICHAUT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — FORMULAIRE. Traitement des gastropathies d'origine cardiaque; — Contre la fièvre des tuberculeux. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. La responsabilité d'un docteur en médecine. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La péritonite à pneumocoques chez l'enfant.

Par M. Ch. MICHAUT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,

I

Historique. — L'histoire de la pneumococcie péritonéale ne remonte pas bien loin. Elle n'a pu être étayée qu'après la découverte du pneumocoque faite en 1881, par Pasteur, et surtout après les recherches de Talamon et de Frænkel. Cependant, il importe de faire remarquer, qu'en l'absence des données bactériologiques, la clinique avait déjà depuis longtemps individualisé une forme spéciale de péritonite : la péritonite idiopathique infantile qui sans aucun doute est la péritonite pneumococcique actuelle. A l'appui de ce que nous avançons, nous donnerons : le mémoire de Duparcque (1842) sur la péritonite essentielle des jeunes filles; la thèse de Féréol (1859) sur la perforation de la paroi abdominale dans les péritonites, les observations de Rilliet et Barthez (1861), Barrier, Marten, Albers (de Bonn), Baijeau (1875) et surtout la thèse de Gauderon (1876) sur la péritonite idiopathique aiguë des enfants. Cet auteur y a rassemblé 25 cas. Il divise les péritonites idiopathiques en deux grands groupes : les généralisées (11 cas); les circonscrites (14 cas dont 10 avec perforation ombilicale). Il fait remarquer que cette forme de péritonite est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (15 filles, 10 garçons), et comme cause déterminante il invoque le refroidissement.

Certes, on ne doit pas affirmer que toutes les observations de péritonites idiopathiques se rapportent à des pneumococcies péritonéales, car à cette époque où l'on n'osait pas entreprendre la laparotomie, bien des confusions ont dû être commises; mais on peut, sans crainte de se tromper, admettre qu'un bon nombre d'entre elles, en particulier les formes circonscrites, sont des péritonites à pneumocoques, car leur ressemblance avec les observations actuelles contrôlées par l'examen bactériologique est telle, qu'il ne saurait y avoir de doute sur leur nature.

Avec Bozzolo en 1885, commence la publication d'observations de péritonites pneumococciques confirmées par l'examen bactériologique. Jusqu'en 1890, toutes les observations publiées concernent des adultes. A cette date, Netter signale la coexistence d'une péritonite et d'une méningite à pneumocoques chez un enfant de quelques jours. Mais la première observation qui fait véritablement date dans l'histoire de la péritonite pneumococcique infantile est celle de Sevestre. La même année Galliard en relate un cas. Puis nous trouvons sur ce sujet : les trois thèses de Pajotte (1890), Morisse (1892), Lecoq (1893), en 1894 : les trois observations de Goriastchine, en 1895 la thèse de Degos (Bordeaux), l'observation de Kirmisson, celle de Pochon; en 1896 l'observation de Remy et Courdaux, le travail important de Cassaët (de Bordeaux) et l'article de L. Brun dans la *Presse médicale*. En 1897, un nouvel article de L. Brun, et les observations de Routier et de Walther rapportées à la Société de chirurgie.

A dater de ces diverses publications la pneumococcie péritonéale prend définitivement rang comme entité morbide. Dieulafoy leur consacre un chapitre spécial dans son Manuel, et cette affection fait l'objet d'une de ses cliniques. Elle est également décrite à part par Comby, par d'Espine et Picot, etc. Des observations nouvelles viennent confirmer l'existence désormais bien admise de cette variété de péritonite; en 1898, observations d'Hagenbach-Burckhardt, observation de Brault (d'Alger) et thèse de Témisne; en 1890, observations de Rosenthal, de Nann (de Bucarest), thèse de Blackburn et clinique de Broca.

Les publications précédentes montrent que la péritonite pneumococcique est une péritonite enkystée, évoluant d'une façon relativement lente, à tendance naturelle vers la guérison, et dont le pronostic est bénin car l'intervention a prise sur elle. Mais à côté de cette forme il en existe une autre généralement ignorée. Goriastchine est le seul à la signaler. Son tableau est celui d'une péritonite généralisée à allure grave, à terminaison rapidement mortelle, et contre laquelle l'intervention est rarement efficace.

Cette forme se trouve décrite par Brun (*Presse médicale*, février 1901) et par Quéhant qui dans sa thèse rapporte 33 observations de péritonites pneumococciques infantiles, 22 sont des péritonites enkystées, 11 des péritonites généralisées. Ces dernières se partagent en péritonites septiques diffuses (7 cas) et en péritonites purulentes (4 cas). L'existence de la forme généralisée ne saurait donc être mise en doute actuellement.

II

Étiologie et pathologie. — I. Causes prédisposantes. — Elles sont fournies par l'âge, le sexe, les saisons, l'état de santé antérieur du sujet, l'état du péritoine.

Age. — La péritonite à pneumocoques se rencontre à tous les âges de l'enfant. Netter l'a signalée chez un nouveau-né de quelques jours, mais c'est une exception, et toutes les autres observations ont trait à des enfants plus grands. La statistique donne 15 cas de deux à cinq ans, 12 de cinq à dix ans, 6 de dix à quinze ans.

Sexe. — Le sexe a une grande influence ; comme M. Brun l'a fait remarquer, c'est presque uniquement chez les filles que cette affection se rencontre. Sur 33 cas on trouve 27 filles et 6 garçons.

Les *saisons* n'ont pas sur le développement de la péritonite une action bien marquée. Sur 31 cas où le mois est donné on en trouve 10 au printemps, 5 en été, 11 en automne et 5 en hiver.

L'*état général* du sujet n'influe guère sur sa réceptivité pour le pneumocoque, car le plus souvent la péritonite se déclare chez des enfants jouissant d'une bonne santé habituelle et n'ayant présenté que les affections communes à cette période de la vie.

Les *lésions péritonéales* antérieures qui, au dire de Cassaët, sont assez souvent signalées chez l'adulte comme pouvant appeler sur la séreuse la localisation du pneumocoque, ne se rencontrent pas chez l'enfant. Seule l'existence d'un traumatisme abdominal est mentionné deux fois.

II. Causes déterminantes. — Nous devons examiner successivement le point d'origine de l'infection, la voie suivie par l'infection pour gagner le péritoine, enfin, les différents facteurs nécessaires pour que le pneumocoque détermine une péritonite.

1° *Source de l'infection.* — Le pneumocoque qui va se rendre dans le péritoine existe toujours au préalable en un point de l'organisme, mais il s'y trouve sous deux états différents : soit comme agent pathogène d'une affection en cours, soit à titre de saprophyte banal.

a. L'existence d'une affection à pneumocoques est une cause importante de péritonite pneumococcique qui alors est dite *secondaire.* Sur 33 cas nous trouvons 6 péritonites secondaires. 5 sont apparues à la suite d'affections pulmonaires (3 pneumonies et 2 broncho-pneumonies, deux des pneumonies étaient accompagnées de pleurésie), la sixième est une péritonite généralisée consécutive à une angine.

Bien que la péritonite pneumococcique puisse être secondaire à n'importe quelle localisation du pneumocoque, on voit qu'en pratique elle est consécutive à une manifestation pulmonaire de l'agent pathogène et que le terme de « péritonite secondaire » est presque synonyme de « péritonite post-pneumonique ». Les six cas de péritonite secondaire constituent un bien faible chiffre par rapport aux 27 cas de péritonite primitive et il y a lieu de se demander si certaines péritonites dites primitives le sont bien réellement, si elles ne sont pas en réalité secondaires à un foyer pulmonaire central qui reste méconnu, et nous sommes très portés à admettre l'origine secondaire de cinq ou six d'entre elles.

b. Malgré les restrictions précédentes, il ressort bien nettement de la lecture des observations que chez l'enfant la péritonite pneumococcique est le plus souvent *primitive.* Le pneumocoque se porte sur le péritoine sans avoir déterminé un foyer morbide antérieur en un autre point de l'organisme. Nous devons rechercher quelle est dans ces cas l'origine de l'infection. Les recherches bactériologiques de ces dernières années ont montré que l'homme possède en lui-même la source de l'infection pneumococcique : le pneumocoque se rencontre dans l'organisme sain et son lieu de résidence est la cavité bucco-pharyngée. Dans la bouche des sujets sains, Frænkel l'a trouvé dans 15 p. 100 des cas; Weichselbaum, Netter, dans 20 p. 100, Goldenberg, dans 50 p. 100; chez les sujets ayant été atteints antérieurement de pneumonie, on l'y retrouve plus souvent encore (Weichselbaum, 58 p. 100; Netter, 80 p. 100). Enfin, plus récemment, Bezançon et Griffon, prétendent qu'à la notion de fréquence il faut substituer celle de constance du pneumocoque dans la gorge des sujets sains ou malades. Un fait reste donc acquis, c'est qu'à l'état normal la cavité bucco-pharyngée renferme le pneumocoque, hôte inoffensif qui peut, sous des influences mal déterminées, acquérir de la virulence, devenir pathogène et, s'il est transporté dans le péritoine, provoquer une péritonite.

2° *Voies d'infection du péritoine.* — Le transport du pneumocoque dans la cavité péritonéale peut s'effectuer par quatre voies : lymphatique, intestinale, génitale et sanguine.

a. *Voie lymphatique.* — C'est la voie admise actuellement lorsque la péritonite succède à une manifestation pulmonaire pneumococcique. On invoque pour la défendre, tout d'abord les relations anatomiques qui existent entre les plèvres et le péritoine : communications lymphatiques entre les deux séreuses (recherches de Recklinghausen, de Ranvier); ensuite les relations pathologiques des deux séreuses : retentissement sur les plèvres des affections des viscères de la partie supérieure de l'abdomen et *vice versa.* Sans nier la possibilité de cette voie d'infection, nous ne croyons pas devoir l'accepter pour les cinq cas de péritonite post-pneumonique actuellement publiés, car, d'une part, les manifestations pleurales ne sont notées que deux fois sur cinq, et, d'autre part, dans les cinq cas, il s'agit de péritonites développées dans la région sous-ombilicale de l'abdomen. Dans ces conditions il est difficile d'admettre que le pneumocoque ait pu passer du poumon dans la partie inférieure de la cavité péritonéale, sans laisser de traces dans les plèvres et dans la partie supérieure du péritoine; il est préférable de croire à l'inoculation péritonéale par voie sanguine, le point de départ de l'infection étant au niveau du foyer pulmonaire.

b. *Voie intestinale.* — Par la lecture des observations, on est frappé de la fréquence avec laquelle la péritonite à pneumocoques débute par des accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, à tel point que le diagnostic porté est souvent celui d'appendicite. On est donc en droit de se demander si le pneumocoque ne peut pas, de la cavité buccale où il se trouve normalement, descendre dans les voies digestives et provoquer une péritonite par l'intermédiaire de l'appendice vermiforme.

Nous ne le croyons pas, en raison, d'une part, de l'acidité du milieu gastrique qui, rapidement, atténue la virulence du pneumocoque, et, d'autre part, des examens histologiques et bactériologiques de l'appendice pratiqués par Zuber dans deux cas et qui furent négatifs.

On ne doit pas, cependant, nier l'existence d'appendicites pneumococciques; deux cas en sont signalés, l'un par

Achard, l'autre par Veillon et Zuber, mais il s'agit alors d'infections appendiculaires se faisant par voie sanguine au même titre que les autres localisations du pneumocoque.

c. *Voie génitale.* — Les arguments qu'on peut invoquer pour la faire accepter sont la présence du pneumocoque dans la cavité utérine et dans l'épaisseur des parois (Boulay); la fréquence de l'affection chez les filles; les lésions des trompes qu'on a parfois constatées, enfin, la localisation sous-ombilicale de l'infection. Mais ces arguments peuvent être facilement détruits, et, avec Cassaët, nous devons conclure que « la transmission par voie génitale, pour être possible, n'est pas matériellement établie ».

d. *Voie sanguine.* — Après les éliminations précédentes c'est la seule qui reste, et elle satisfait pleinement pour expliquer aussi bien l'infection primitive que l'infection secondaire du péritoine par le pneumocoque. Cette conception cadre bien avec ce que l'on sait actuellement des différentes manifestations pneumococciques. Celles-ci sont fréquentes, il n'est pour ainsi dire aucun organe, aucun tissu qui ne puisse être atteint, et ces localisations variées impliquent nécessairement une pneumococcémie préalable. Si quelque doute subsistait, le fait qu'on a constaté le pneumocoque dans l'endocarde (Jaccoud, Netter), dans le caillot d'une veine (Mya), dans le caillot d'une artère (Ménétrier et Legroux) et cet autre fait qu'à maintes reprises on l'a trouvé dans le sang au cours des pneumonies, suffiraient à le lever. Expérimentalement, du reste, la voie sanguine d'infection du péritoine est démontrée : les injections intraveineuses de cultures pneumococciques faites aux animaux ont pu provoquer des péritonites.

3° *Causes qui rendent le pneumocoque apte à déterminer une péritonite.* — Il ne suffit pas que le pneumocoque pénètre à la surface du péritoine pour qu'une péritonite s'ensuive, car d'une part, Netter a constaté à toutes les autopsies de pneumoniques la présence du pneumocoque à la surface de la séreuse sans traces cependant de péritonite; et d'autre part, l'injection de cultures pures de pneumocoques dans le péritoine des animaux, montre qu'il est difficile de déterminer une péritonite (Boulay). Pour que ce microbe la détermine, il faut donc certaines conditions. Trois facteurs paraissent intervenir : le péritoine, le pneumocoque, l'idiosyncrasie du sujet.

a. *Péritoine.* — Pour Gravitz et Laruelle, les microbes pyogènes en suspension dans un liquide non irritant ne produisent rien sur un péritoine sain, tandis qu'ils déterminent une péritonite s'il y a irritation péritonéale. Pour eux, un état spécial du péritoine est nécessaire à la production d'une péritonite. Les expériences de Boulay (injections intra-péritonéales d'essence de térébenthine, suivies d'injections de cultures pneumococciques) qui furent négatives, ne permettent pas d'accorder au facteur péritonéal un rôle primordial; du reste, dans les observations, on ne trouve qu'exceptionnellement des causes (traumatismes, froid) ayant pu agir sur le péritoine pour l'irriter et le mettre en état de moindre résistance.

b. Le *pneumocoque* a en lui-même le pouvoir de provoquer une péritonite. La lecture des observations de péritonites pneumococciques, dans lesquelles les propriétés du pneumocoque trouvé ont été mentionnées, montre : 1° que le pneumocoque y est vivant; toutes les fois que la culture en a été faite, soit en bouillon, soit sur gélose, on a constaté qu'il se développait bien; 2° qu'il y est virulent; injecté à des souris, il a déterminé leur mort en vingt-quatre heures, parfois en trente-six heures, rarement en quarante-huit heures. On peut donc conclure que le pneumocoque de la péritonite pneumococcique est virulent, et comme les inoculations ont été pratiquées avec du pus recueilli longtemps (vingt, trente et quarante jours) après le début de la péritonite, il s'ensuit que pendant tout ce temps le pneumocoque a conservé sa virulence.

Cette persistance prolongée de la virulence du pneumocoque, qui fait contraste avec l'atténuation rapide qu'on observe, soit dans un foyer de pneumonie, soit dans les milieux habituels de culture, tient aux conditions que rencontre le microbe dans le péritoine : tout d'abord il est un milieu organique contenant du sérum, condition favorable à la conservation de ses propriétés; en outre et surtout, il est en milieu anaérobie; or, on sait qu'à l'abri de l'air le pneumocoque reste vivant et virulent pendant longtemps. Un fait est donc acquis, c'est que la péritonite à pneumocoques est fonction de la virulence du microbe; un pneumocoque atténué, mis dans le péritoine, ne s'y développe pas, tandis que si sa virulence a été exaltée, il provoque d'une façon constante une péritonite intense aux animaux inoculés (Issaeff).

c. Le troisième facteur en jeu est l'*idiosyncrasie* des individus, leur état de réceptivité plus ou moins grand. On sait que certains animaux offrent vis-à-vis de certaines infections des conditions de résistance dont l'ensemble constitue l'immunité naturelle; ainsi, le cobaye est très réfractaire à l'infection pneumococcique, tandis que la souris y est très sensible. A cet égard, l'homme présente une certaine immunité naturelle, qui fait que chez lui la septicémie pneumococcique est exceptionnelle. Il y a, en outre, une immunité acquise; les animaux très sensibles à l'action du pneumocoque peuvent, par différents procédés de vaccination, acquérir une immunité absolue. Un fait analogue se rencontre chez l'homme, puisque les frères Klemperer ont constaté qu'au moment de la défervescence de la pneumonie, le sérum de l'homme est immunisant.

4° *Application des données précédentes à la pathogénie des pneumococcies péritonéales.* — Les différentes notions indiquées précédemment expliquent certaines particularités que présente l'infection pneumococcique du péritoine.

A. *Péritonites secondaires.* — Leur rareté tient d'abord à ce que le pneumocoque, lorsqu'il a créé son foyer d'infection pulmonaire, a perdu sa virulence, ensuite à ce que la pneumonie a déterminé la création d'un état réfactaire des tissus, a immunisé l'organisme, l'a rendu inapte à une deuxième localisation morbide. L'allure moins aiguë des péritonites secondaires, leur caractère plus bénin, leur modalité enkystée tiennent à ce que la virulence, étant affaiblie au départ, est plus rapidement atténuée à l'arrivée.

B. *Péritonites primitives.* — Elles sont plus fréquentes que les secondaires, pour des raisons inverses : invasion du péritoine par un pneumocoque, dont la virulence n'a pas été atténuée par une localisation antérieure, organisme vierge de toute action immunisante, absence d'état réfractaire des tissus. C'est ce qui explique les accidents aigus alarmants du début, qu'on rencontre dans toutes les observations.

Puis, à la suite de l'invasion, suivant l'atténuation plus ou moins rapide de la virulence, on voit se développer soit une péritonite enkystée, soit une péritonite purulente généralisée, soit enfin une péritonite septique diffuse.

C'est donc bien la virulence du pneumocoque qui crée la

péritonite. On peut même dire que c'est à la variabilité de cette virulence qu'on doit rapporter la variabilité des lésions, c'est-à-dire les différentes formes de péritonite pneumococcique.

III

Anatomie pathologique. — Le pneumocoque produit deux formes absolument distinctes de péritonite : l'une est circonscrite, enkystée; l'autre est généralisée. Avant d'entreprendre leur étude anatomique, il importe de signaler un point capital pour la compréhension des lésions, c'est l'existence chez le pneumocoque de deux actions différentes : d'une part, son action fibrinogène; d'autre part, son action pyogène. Ces deux éléments, fausses membranes et pus, se retrouveront donc constamment, mais dans un rapport quantitatif variable, suivant la forme circonscrite ou généralisée de l'infection pneumococcique du péritoine.

1° Péritonites enkystées. — C'est la forme la plus fréquente (22 cas sur 33). Elle siège dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Ses parois sont formées : en avant, par la paroi abdominale, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse ; en arrière, par la masse des anses intestinales recouvertes par l'épiploon et par des fausses membranes épaisses; en bas, par les organes du petit bassin perdus au milieu d'une gangue membraneuse épaisse ; en haut, par l'adhérence de la masse intestino-épiploïque à la paroi abdominale au niveau de l'ombilic en général, parfois au niveau du bord antérieur du foie. Latéralement, la limite est formée par la paroi latérale de l'abdomen parcourue par les côlons. Il n'est pas rare de voir sur les côtés de la masse intestinale qui fait saillie dans la cavité de l'abcès, celui-ci forme des prolongements qui suivent le trajet des côlons jusqu'au foie et à la rate, et qui donnent au foyer suppuré une disposition en croissant. La masse intestinale est en quelque sorte exclue de la cavité suppurante, elle est renfermée dans une espèce de sac pseudo-membraneux qui la protège contre le pus, les anses sont indemnes, entre elles il n'y a ni pus, ni fausses membranes. On peut donc dire que, dans les péritonites enkystées, la cavité péritonéale est divisée en deux loges : une antérieure, constituée par le foyer suppuré, une postérieure renfermant le paquet intestinal et les autres viscères. Il s'agit bien là, comme l'a indiqué le premier Galliard, d'une péritonite pré-épiploïque, et cette disposition est pour M. Brun caractéristique.

Le contenu de la poche est formé par du pus épais, bien lié, crémeux, jaune verdâtre ou franchement vert pistache (Brun), le plus souvent sans odeur, en quantité variable, en moyenne de 1 à 3 litres, et par des fausses membranes épaisses, étalées ou ramassées en grumeaux et formant parfois de véritables paquets.

La poche suppurée est le plus souvent unique, mais dans certains cas il existe des cloisons incomplètes tendant à la diviser en cavités secondaires, et dans d'autres le cloisonnement étant complet, on rencontre plusieurs collections nettement séparées les unes des autres. Ces collections secondaires ont été constatées au niveau du foie, de la rate, du cæcum, et dans l'excavation pelvienne. L'existence d'une péritonite pneumococcique à foyers multiples n'est donc pas douteuse, elle nous paraît devoir être rangée dans la forme enkystée de l'infection.

II. Péritonites généralisées. — Bien différentes sont leurs lésions qui, du reste, varient suivant que la péritonite septique est diffuse ou purulente.

1° *Péritonite septique diffuse.* — A l'ouverture du ventre on trouve des fausses membranes et du pus, les fausses membranes constituent l'élément principal, elles sont rares ou nombreuses, minces, fibrineuses ou fibrino-purulentes, disséminées un peu dans tous les points de la cavité péritonéale, faiblement adhérentes, de coloration parfois jaune verdâtre, plus souvent blanchâtre. Le liquide est en quantité minime (quelques cuillerées dans le petit bassin) il peut avoir l'aspect franchement purulent. Mais habituellement c'est un liquide louche ou une sérosité brunâtre assez souvent fétide.

2° *Péritonite généralisée purulente.* — Ici le pus, très abondant, d'aspect crémeux, est en majeure partie collecté dans l'excavation pelvienne, et remonte le long des côlons jusque sous le foie et le diaphragme. Les anses intestinales sont libres, et baignent dans le liquide purulent, les autres viscères abdominaux sont également entourés de pus. On ne trouve que très peu de fausses membranes.

Dans la péritonite généralisée, le péritoine n'est pas épaissi, mais très souvent on note sa vascularisation anormale surtout accentuée au niveau des anses intestinales. On y a même signalé un piqueté hémorragique. Cette hyperhémie péritonéale explique l'aspect roussâtre que peut prendre l'épanchement dans la forme septique. Le mésentère a été trouvé farci de ganglions. Enfin, il n'est pas rare de constater de la dégénérescence du foie, de la congestion de la rate et des reins, et des lésions variables des viscères thoraciques.

IV

Symptomatologie. — L'infection du péritoine par le pneumocoque détermine, comme on vient de le voir, des lésions péritonéales différentes qu'on peut rattacher à deux formes complètement distinctes : la forme enkystée, où l'infection est limitée à une partie du péritoine, et la forme généralisée, où la séreuse entière est touchée. Cette division doit être maintenue au point de vue clinique.

I. Péritonites pneumococciques enkystées. — L'évolution générale de ces formes est toujours à peu près la même; toutefois, selon que la péritonite est primitive ou qu'elle est secondaire, la symptomatologie présente certaines modifications, surtout en ce qui concerne le début.

A. *Péritonites primitives.* — *Début.* — La péritonite pneumococcique primitive a un début extrêmement brusque; jamais dans les observations il n'est fait mention de symptômes prodromiques même légers. L'enfant est pris subitement d'une douleur abdominale intense, accompagnée ou suivie presque aussitôt de vomissements abondants; la diarrhée est un symptôme presque constant du début; elle peut toutefois ne pas être précoce, n'apparaître que le lendemain ou le surlendemain, elle peut même manquer, mais c'est exceptionnel, et la diarrhée doit être considérée comme un symptôme capital qui a d'autant plus d'importance que c'est la constipation qui est habituelle dans les péritonites aiguës.

La fièvre se montre également dès le début, elle est même assez vive. On a quelquefois noté la céphalalgie, mais jamais de frissons; enfin le facies peut dès le premier jour prendre le masque péritonitique. Douleur abdominale, vomissements, diarrhée et fièvre constituent donc le syndrome initial de la péritonite à pneumocoques. Cette crise suraiguë du début se calme en général notablement en moins de

vingt-quatre heures et la maladie évolue alors d'une façon un peu moins inquiétante.

Maladie constituée. — 1° *Symptômes fonctionnels.* — Ce sont les mêmes que ceux du début, mais ils se modifient un peu avec la marche de l'affection. La *douleur* diminue d'intensité sans jamais disparaître complètement. Au bout d'une semaine ou deux elle est en effet très atténuée, mais le palper la réveille toujours. Sa modalité est variable, tantôt elle est généralisée au début à tout l'abdomen et se localise ensuite rapidement le plus souvent au niveau de la fosse iliaque droite, tantôt, après avoir été limitée, elle se généralise pour décroître dans une troisième phase.

Les *vomissements* peuvent n'exister qu'au début et cesser complètement après vingt-quatre heures; habituellement ils persistent cinq à six jours et vont ensuite en diminuant, parfois ils sont tenaces; peu marqués au début, ils augmentent dans la suite et peuvent être encore observés un mois après le début. En somme, les vomissements sont constants mais ils sont beaucoup moins persistants dans cette variété de péritonite que dans les autres.

La *diarrhée*, contrairement aux vomissements, ne disparaît pas aussi vite, on la trouve encore mentionnée un mois après le début. Si la constipation initiale est exceptionnelle, elle est au contraire fréquente à la suite de la période diarrhéique. La diarrhée est répétée, abondante et liquide, d'aspect jaune, noir ou vert et presque toujours très fétide. Elle peut s'accompagner de coliques intermittentes, de ténesme rectal et de gargouillement au palper de la fosse iliaque droite.

2° *Signes physiques.* — Ils ont une grande importance. On peut décrire à l'évolution locale trois périodes :

a. *Période de météorisme.* — Le météorisme est le premier signe physique appréciable. Il ne se montre pas dès le début, mais se constitue peu à peu; dès le troisième jour il est assez accentué pour être reconnu et dès le sixième jour il a atteint son maximum. Il n'est toutefois jamais très marqué. Cette période dure de dix à quinze jours.

b. *Période d'épanchement péritonéal.* — Bien que l'épanchement commence à se former dès le début, il n'est le plus souvent reconnu que lorsqu'il est déjà très développé, en moyenne après le quinzième jour. La collection apparaît d'abord dans les parties déclives et pour la déceler on doit percuter avec soin les fosses iliaques, la région hypogastrique, les flancs; on constate d'abord de la submatité, puis de la matité qui est généralement fixe.

La palpation faite doucement est peu douloureuse et fournit des renseignements importants : le ventre au premier abord apparaît tendu, mais on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit d'une distension due en partie au météorisme, en partie à la collection qui se développe, et qui va prendre bientôt la première place, et non d'une tension active par contracture musculaire de la paroi; en effet, celle-ci ne présente pas cette défense musculaire si fréquente dans les appendicites, elle est relativement souple, laisse explorer assez facilement les régions sous-jacentes. On constate qu'il n'existe pas d'empâtement, de plastron induré; ce qu'on trouve, c'est au début un peu de rénitence profonde, à laquelle fait suite la perception d'une collection qui à un certain moment devient très appréciable et se manifeste alors par une fluctuation évidente. Cette collection est sous-ombilicale, habituellement médiane, franchement hypogastrique, elle peut dans certains cas être plus apparente d'un côté de la ligne médiane que de l'autre. Toutefois, à mesure qu'elle augmente de volume, elle tend à envahir symétriquement toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen; ella arrive ainsi à occuper la moitié inférieure de l'abdomen, s'étend de l'ombilic au pubis et d'une fosse iliaque à l'autre, elle peut même occuper les trois quarts de l'abdomen, ou paraître avoir envahi sa totalité. Son contour supérieur tantôt est convexe, en haut, sa partie la plus élevée est à l'ombilic, tantôt est concave, sa partie moyenne est à l'ombilic, tandis que ses parties latérales se perdent dans les flancs, la poche revêt donc soit l'aspect d'une vessie distendue, soit la forme d'un croissant. Au-dessus de la limite supérieure on retrouve, à l'épigastre et presque sous les fausses côtes, la sonorité des anses intestinales refoulées.

Le volume de la collection est généralement considérable, la quantité de pus qu'elle renferme n'est jamais inférieure à 1 litre, est en moyenne de 2 à 3 litres et peut atteindre 4, 5 et même 7 à 8 litres.

On conçoit qu'une pareille suppuration détermine une augmentation de volume du ventre qui peut devenir énorme ce qui fait contraste avec la maigreur souvent très marquée des membres; en outre, il n'est pas rare de voir les veines sous-cutanées abdominales distendues former un réseau parfois bien apparent.

c. *Période d'extériorisation de l'épanchement péritonéal.* — On pourrait l'appeler période de formation d'une hernie purulente ombilicale, car c'est le mode le plus habituel d'extériorisation de la collection abdominale. C'est là un signe très fréquemment observé dans les cas où l'on a laissé la péritonite suivre son évolution naturelle (12 fois sur 22 péritonites enkystées). S'il n'est pas constamment noté, cela tient à ce que les malades ont été opérés avant le temps nécessaire à sa production. La hernie purulente de l'ombilic est en effet une manifestation tardive. On la voit survenir du dix-septième au quarante-deuxième jour de la maladie. Elle a en général le volume d'une noix, est manifestement fluctuante et sa réduction momentanée dans l'abdomen est facile; la peau qui la recouvre est celle de l'ombilic déplissé, rapidement elle présente des phénomènes inflammatoires, rougeur, plaques de sphacèle; aussi, sous l'influence simultanée de la distension et de l'inflammation, on assiste au bout de quelques jours à une perforation ombilicale centrale, par laquelle s'écoule une grande quantité de pus; alors le ventre s'aplatit, devient souple, les douleurs cessent; pendant quinze jours, un mois ou davantage, l'ombilic laisse écouler du pus dont la quantité diminue de plus en plus, puis la suppuration cesse, la fistule ombilicale se ferme, la guérison est complète.

L'évacuation de l'ombilic est le mode d'extériorisation le plus fréquent, mais il n'est pas le seul; le pus peut fuser à l'extérieur en d'autres points que l'ombilic. Dans l'observation de Rémy, il apparaît dans le scrotum à la faveur d'un sac herniaire; un cas d'Hagenbach nous le montre passant sous l'arcade de Fallope pour aboutir à la racine de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. Enfin, le pus peut se faire jour dans un organe creux abdomino-pelvien : vagin, vessie, rectum.

En somme, lorsque le pus est collecté dans l'abdomen, il a tendance à se faire jour au dehors. Les péritonites purulentes enkystées à pneumocoques tendent à s'ouvrir à l'ombilic ou dans les viscères abdominaux, tout comme les pleurésies purulentes tendent à fuser vers un espace intercostal ou dans les bronches. Il existe donc véritablement une « variété perforante » de péritonite, pour employer une

expression de Féréol, c'est la péritonite enkystée à pneumocoques.

3° *Phénomènes généraux.* — Ils sont assez variables suivant les cas et suivant les périodes de la maladie. L'état général passe par trois phases :

a. Première phase, pendant laquelle il est toujours sérieusement atteint.

Tantôt les phénomènes abdominaux sont très marqués et retentissent sur l'état général, de telle sorte que le facies devient péritonitique : traits tirés, nez pincé, yeux excavés, etc.; tantôt les phénomènes péritonéaux sont plus effacés, des phénomènes généraux d'infection dominent la scène, fièvre, langue saburrale, céphalalgie, épistaxis, prostration, délire, état typhoïde.

b. Dans une *deuxième phase*, l'état général subit ordinairement une amélioration notable, rapide si le retentissement péritonéal a dominé le début, plus lente à apparaître s'il y a eu état typhoïde. Cette phase d'amélioration est habituellement de courte durée.

c. Dans la *dernière phase*, l'état général redevient mauvais; c'est une phase de cachexie, l'amaigrissement fait des progrès, les malades ressemblent à des tuberculeux.

Pendant l'évolution de la pneumococcie péritonéale enkystée primitive, la sécrétion urinaire est rarement touchée; le pouls, rapide pendant la période de début, s'améliore ensuite, pour redevenir mauvais vers la fin. La courbe thermique mérite de nous arrêter davantage. Dès le début, la température monte brusquement à 38°8, 39 degrés, et elle arrive dès les premiers jours à son maximum, qui est de 39°5; elle reste pendant plusieurs jours en plateau avec de petites oscillations entre 38 degrés et 39 ou entre 38°5 et 39°5. Ce plateau est suivi, du dixième au quatorzième jour, d'une chute de la température, qui n'est pas brusque, mais progressive, et est incomplète, ne descend pas au-dessous de 37°5. Elle peut même manquer; en tous cas, il est de règle de voir la température remonter et présenter alors de grandes oscillations; elle ne tombe qu'avec l'intervention, et il suffit souvent d'une intervention légère (ponction) ou même de la perforation spontanée pour la faire disparaître; toutefois, cette disparition n'est que temporaire si on ne donne pas plus largement issue au pus.

Terminaison. — La péritonite pneumococcique enkystée peut guérir spontanément après évacuation spontanée du pus par l'ombilic. Mais à attendre cette terminaison, on expose l'enfant à mourir de cachexie. Cette mort peut, en outre, être provoquée par des complications intercurrentes, d'autant plus fréquentes et plus graves qu'on temporise davantage. Les deux seuls cas de mort observés dans la forme de péritonite qui nous occupe sont le fait de complications pulmonaires, pneumonie dans un cas, broncho-pneumonie dans l'autre.

B. *Péritonites secondaires.* — Elles surviennent soit après une pneumonie (3 cas), soit après une broncho-pneumonie (2 cas). Il n'est pas nécessaire que ces affections soient compliquées de pleurésie. Leur début est absolument insidieux, il est impossible d'en déterminer la date. Elles passent complètement inaperçues jusqu'au jour où elles se révèlent d'elles-mêmes par un signe physique important : la hernie purulente de l'ombilic et parfois l'issue du pus au dehors (Pochon). L'évolution de la collection péritonéale secondaire est donc identique à celle de la péritonite primitive. On observe la même tendance à l'évacuation spontanée, la même guérison rapide après une intervention. Les deux formes ne diffèrent que par leur mode de début : dramatique dans le cas de péritonite primitive, il est insidieux dans le cas de péritonite secondaire.

II. Péritonites pneumococciques généralisées. — La péritonite généralisée a un début généralement brusque, identique à celui de la péritonite enkystée primitive. D'emblée, les symptômes sont alarmants : la douleur abdominale est intense, et pour relâcher la paroi les malades fléchissent les cuisses sur le bassin; le facies prend rapidement le type péritonitique; la pâleur du visage est constante, les traits sont tirés, le nez se pince, les yeux s'enfoncent, le regard exprime l'angoisse, la langue, saburrale au début, se sèche rapidement ainsi que les lèvres; une soif vive torture les malades, des vomissements habituellement porracés, parfois noirs, les secouent péniblement; la diarrhée est abondante. On signale dans quelques cas de la rétention d'urine, de l'oligurie, de l'anurie et de l'albuminurie soit légère, soit massive. Des phénomènes nerveux se présentent fréquemment : céphalalgie, insomnie, agitation, délire. Presque toujours on note de l'oppression, et même une véritable dyspnée. La température est moyennement élevée, 38, 39 degrés. Le pouls est rapide, 140, 150, 160. Aussi la symptomatologie dénote une intoxication profonde de l'enfant dont l'état devient rapidement agonique. A cette période, tandis que le pouls s'accélère, devient misérable et incomptable, la température ne s'élève pas et même parfois baisse. Cette dissociation, jointe aux autres phénomènes, indique que la terminaison est proche. En effet, les extrémités se refroidissent, se cyanosent, le corps se couvre de marbrures, le regard se voile, et la mort arrive par collapsus cardiaque.

Pendant cette évolution rapide, parfois foudroyante des symptômes généraux, la réaction abdominale est variable. La douleur se montre toujours diffuse, cette diffusion est le signe local le plus important, car le ballonnement et la tension de la paroi sont sujets à de grandes variations. On peut observer deux aspects du ventre : tantôt il est ballonné, tendu, et présente de la défense musculaire, c'est l'aspect le plus fréquent; tantôt il n'est pas ballonné et reste souple, sans défense musculaire. Ces deux aspects se rencontrent indistinctement, que la péritonite soit septique, diffuse ou qu'elle soit purulente.

Au point de vue de l'évolution, ces deux formes de péritonite généralisée présentent des différences : la *variété septique diffuse* (7 obs.) détermine la mort en un temps qui varie de vingt-quatre heures à sept jours. Un seul malade a survécu; il avait du reste présenté plutôt une péritonite à foyers multiples qu'une péritonite septique diffuse; la *variété purulente* (4 obs.) peut tuer également en six ou huit jours, mais c'est dans cette forme qu'on constate de la matité dans les flancs et qu'on peut observer des cas de guérison.

En somme, la péritonite généralisée pneumococcique partage la gravité de toute péritonite non enkystée : sa nature pneumococcique n'est pas un brevet de guérison, le pneumocoque pouvant se comporter à la façon des pires agents infectieux.

V

Diagnostic. — Nous ne nous occuperons pas du diagnostic par l'examen bactériologique, qui est souvent indispensable pour reconnaître certaines péritonites pneumococciques, mais qui n'offre ici rien de particulier. Seul le diagnostic clinique sera envisagé.

I. Péritonites enkystées. — A. *Diagnostic positif.* — 1° Les *péritonites secondaires* ne sont diagnostiquées que lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur évolution. L'existence d'une péritonite passe longtemps inaperçue en raison des manifestations de la maladie primitive qui seule attire l'attention, ensuite sa nature pneumococcique n'est le plus souvent pas soupçonnée en raison de l'évolution insidieuse de la collection péritonéale qu'on diagnostique généralement : ascite tuberculeuse ; cependant la constatation d'une collection enkystée dans la partie inférieure de l'abdomen, a la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, autorisé à porter d'emblée le diagnostic de péritonite à pneumocoques, et ce diagnostic devient certain lorsqu'on voit apparaître le déplissement de l'ombilic. La difficulté réside plus dans le diagnostic de l'existence même de la péritonite, que dans celui de sa nature pneumococcique.

2° Les *péritonites primitives* manquent d'un des deux éléments précédents : la manifestation pulmonaire. Toutefois le diagnostic peut encore en être fait en se basant sur l'évolution symptomatique ; début brusque par le syndrome : douleur abdominale, vomissements, diarrhée et fièvre. Atténuation au bout d'un certain temps de ces phénomènes alarmants mais avec persistance de la diarrhée, production d'un épanchement enkysté, apparition du déplissement de l'ombilic. La saillie de l'ombilic jointe au mode de début si spécial de l'affection permet un diagnostic certain ; mais entre les phénomènes initiaux qui se calment rapidement et l'apparition du déplissement ombilical qui est tardive, on voit souvent se dérouler des manifestations multiples de l'infection générale, dont l'existence à cette période intermédiaire de la maladie explique les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été faites. Sur 16 observations qui mentionnent le diagnostic porté, 9 fois le diagnostic exact a été fait avant l'intervention, mais c'est toujours tardivement qu'il l'a été, généralement après trois semaines d'existence de la maladie, lorsqu'on eut constaté une collection nettement enkystée, et surtout la hernie purulente de l'ombilic.

B. *Diagnostic différentiel.* — 1° La *péritonite secondaire*, avons-nous vu, est habituellement confondue avec la péritonite tuberculeuse.

2° La *péritonite primitive* expose à des erreurs plus nombreuses. Tout à fait au début, en raison des symptômes abdominaux intenses qui se passent le plus souvent au niveau de la fosse iliaque droite, c'est au diagnostic d'appendicite qu'on s'arrête. Si le malade n'est vu que vers le sixième ou le septième jour, par suite des phénomènes généraux qui surviennent et qui deviennent rapidement prédominants, on songe à une fièvre typhoïde. A la deuxième période, lorsqu'on voit se développer une collection abdominale, on pense, suivant le diagnostic fait à la première période, soit à une péritonite appendiculaire, soit à une péritonite post-typhique. Enfin à la troisième période, en raison du développement progressif et assez insidieux du ventre, et du mauvais état général du sujet, on croit à une péritonite tuberculeuse. Il est même fréquent de voir porter chez le même malade, suivant les différentes phases de la maladie, ces divers diagnostics d'appendicite, de fièvre typhoïde, de péritonite tuberculeuse.

Si nous relevons les erreurs de diagnostic maintenues plus ou moins longtemps, parfois jusqu'à l'opération, nous constatons qu'on a cru 8 fois à la fièvre typhoïde, 5 fois à l'appendicite, 4 fois à la péritonite tuberculeuse ; 1 fois à la hernie étranglée, et 1 fois à l'ostéomyélite ; mais dans ces deux derniers cas l'affection avait présenté une évolution tout à fait anormale.

Ce sont ces différents diagnostics que nous devons esquisser.

1° *Fièvre typhoïde.* — L'erreur est excusable au début, mais au bout d'un certain temps on devra s'étonner de l'existence de phénomènes trop marqués pour une dothiénentérie (vomissements, douleurs) et de l'absence de symptômes qu'on a coutume d'observer dans la fièvre typhoïde (taches rosées, hypertrophie de la rate). Alors un examen attentif permettra de reconnaître qu'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde, et fera songer à la forme pseudo-typhoïde de la péritonite pneumococcique.

2° *Appendicite.* — C'est l'affection qui simule le plus longtemps la péritonite à pneumocoques.

Toutefois dans l'appendicite il y a certaines particularités qu'on ne rencontre pas habituellement dans la péritonite pneumococcique et qui sont : les crises douloureuses antérieures dans la fosse iliaque droite, la constipation, la douleur franchement iliaque au point de Mac Burney, la contracture localisée initiale ; l'apparition rapide, vingt-quatre ou trente-six heures après le début d'une tuméfaction iliaque. Lorsque l'appendicite a déterminé la formation d'un foyer suppuré, celui-ci a des caractères spéciaux : *a.* de siège dans la fosse iliaque droite (sauf en cas d'appendicites pelviennes ou sous-ombilicales ou d'appendicites compliquées de phlegmon de la cavité de Retzius) ; *b.* de consistance, on a une sensation d'empâtement, de plastron ; *c.* d'évolution, les faits de migration vers l'ombilic des collections d'origine appendiculaire sont tellement exceptionnels qu'on est en droit de les négliger dans la pratique, tandis qu'au contraire la saillie de l'ombilic constitue un signe de quasi certitude de péritonites à pneumocoques.

3° *Péritonite tuberculeuse.* — On évitera l'erreur de cette affection en se rappelant que la péritonite tuberculeuse n'a pas le début aigu de la péritonite pneumococcique, qu'elle est en général précédée par une phase d'amaigrissement du sujet qui présente des alternatives de constipation et de diarrhée, qu'elle donne au palper une sensation de gâteaux péritonéaux et à la percussion des zones de matité et de sonorité juxtaposées et séparées par des lignes sinueuses, enfin que, si elle s'ouvre à l'ombilic, la fistule est généralement pyostercorale.

Deux autres affections peuvent encore être confondues avec la péritonite pneumococcique : ce sont la péritonite à streptocoques et le phlegmon sous-péritonéal de la paroi.

4° *Péritonite à streptocoques.* — Habituellement généralisée et secondaire, elle peut être enkystée et primitive (obs. de Lorrain) et ressembler de très près à la forme semblable de la péritonite pneumococcique. Dans quelques cas le diagnostic clinique de la péritonite streptococcique est possible, mais nous devons reconnaître que le plus souvent le diagnostic n'est fait que par l'intervention qui montre les caractères différents du pus, et surtout par l'examen bactériologique de ce pus.

5° *Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi.* — C'est à la première période que le diagnostic différentiel présente des difficultés. On donne comme signes en faveur du phlegmon : l'existence de troubles digestifs ou vésicaux ; le siège plus superficiel et plus circonscrit des phénomènes inflammatoires, l'œdème pariétal plus manifeste, le ventre plus plat, les vomissements plus rares, la conservation d'un meilleur état général. A la deuxième période, le diagnostic

est plus aisé; le phlegmon forme un large plastron en relief à la surface du ventre; ce plastron fait corps avec la paroi et est nettement induré. En outre, il a une forme spéciale aussi bien dans la variété sous-ombilicale de Heurtaux que dans la variété hypogastrique de Retzius. A la troisième période, ces deux variétés de phlegmasie sous-péritonéale aboutissent à l'ombilic, mais elles ne distendent pas la cicatrice, elles forment au niveau de son pourtour, le plus souvent à sa partie inférieure, un point plus saillant qui s'amincit, rougit et se perfore. La fistule est donc para-ombilicale. Après l'évacuation, les deux affections diffèrent encore : dans la péritonite, le ventre devient plat, ses parois sont souples, tandis que, dans le plegmon, il persiste assez longtemps, autour de la poche vidée, une induration phlegmoneuse. Enfin, un stylet introduit par la fistule prend une direction différente.

II. Péritonites généralisées. — Elles sont rarement diagnostiquées : sur onze cas, l'idée fut émise une seule fois qu'il s'agissait peut-être d'une péritonite à pneumocoques. Les affections avec lesquelles on les confond sont l'appendicite et la péritonite gonococcique.

1° *L'appendicite* détermine, comme la péritonite pneumococcique, soit une péritonite septique diffuse, soit une péritonite purulente; l'erreur est donc presque inévitable, les deux affections ayant à peu de chose près le même tableau clinique.

a. La forme septique diffuse de l'appendicite présente les mêmes symptômes fonctionnels : douleur diffuse, vomissements, diarrhée; les mêmes signes physiques : ballonnement modéré du ventre et défense musculaire peu marquée; même atteinte profonde de l'état général; même évolution rapidement mortelle.

b. La forme purulente de la péritonite généralisée appendiculaire, s'accompagne de deux signes importants : la rigidité de bois de la paroi et la constipation absolue; le premier de ces signes se rencontre souvent dans la péritonite pneumococcique généralisée purulente; le deuxième, seul, reste un signe différentiel, puisque c'est la diarrhée qu'on rencontre dans la péritonite à pneumocoques.

2° La *péritonite gonococcique* présente le même début brusque avec symptômes péritonéaux extrêmement alarmants : douleur abdominale violente, fièvre, vomissements bilieux, diarrhée. « On ne sait, dit Broca, pendant les premiers jours, ni comment cela va tourner ni à quelle variété microbienne on a affaire. » Mais dans la péritonite gonococcique, après trois ou quatre jours d'état inquiétant, on voit les accidents s'amender rapidement.

3° Enfin, nous devons indiquer que la péritonite généralisée pneumococcique peut être prise : pour une *péritonite streptococcique*, un *étranglement interne* ou une *péritonite par perforation* autre que la perforation appendiculaire (perforation tuberculeuse ou typhique de l'intestin, rupture de la vésicule biliaire, etc.).

VI

Pronostic. — Il dépend essentiellement de la disposition anatomique des lésions : bénin dans la péritonite enkystée qui guérit comme un simple abcès, il est grave, au contraire, dans la péritonite généralisée.

I. Les péritonites enkystées constituent une maladie bénigne : 22 cas, 2 morts; mortalité, 10 p. 100.

Formes primitives : 17 cas, 2 morts; mortalité, 12 p. 100.

Formes secondaires : 5 cas, 5 guérisons.

Les deux morts sont dues à des complications extra-péritonéales (pneumonie, broncho-pneumonie).

II. Les péritonites généralisées sont d'une gravité extrême : 11 cas, 9 morts, mortalité 82 p. 100.

Formes septiques diffuses : 7 cas, 6 morts, mortalité 86 p. 100.

Formes purulentes : 4 cas, 3 morts, mortalité 75 p. 100.

Sans une complication inattendue survenue chez un des malades, la mortalité pour cette dernière forme serait de 50 p. 100 et la mortalité de l'ensemble des formes généralisées serait de 73 p. 100.

Mortalité globale de la péritonite pneumococcique, 33 p. 100.

La statistique de Ganderon, concernant les péritonites idiopathiques des enfants, donne :

Formes circonscrites : 14 cas, 4 morts, mortalité 29 p. 100.

Formes généralisées : 11 cas, 8 morts, mortalité 73 p. 100.

Mortalité globale : 25 cas, 12 morts, mortalité 48 p. 100.

La comparaison des deux statistiques montre que ce sont seulement les formes circonscrites qui bénéficient de la thérapeutique actuelle (mortalité 10 p. 100 au lieu de 29 p. 100), laquelle ne réussit pas mieux que l'ancienne à l'égard des formes généralisées.

VII

Traitement. — I. Le traitement médical était autrefois le seul mis en œuvre dans les cas de péritonites idiopathiques. Dans certains cas, il paraît suffisant. Nous faisons allusion aux faits de résolution spontanée qui paraissent réellement exister (Tordens, Broca), et à ceux de guérison par évacuation spontanée de la collection péritonéale. Les observations anciennes, relatées dans la thèse de Gauderon, en attestent la possibilité et même la fréquence. Mais ce mode de guérison est très aléatoire, et à l'attendre on s'expose à voir le malade, après une amélioration passagère succédant à l'ouverture, mourir de cachexie ou de complications.

II. Traitement chirurgical. — C'est le traitement de choix.

1° *Péritonites enkystées.* — La ponction et l'incision simple de l'abcès qui proémine, sont des procédés le plus souvent insuffisants. Ils doivent céder le pas à la laparotomie, d'autant plus que, comme le dit Brun, « c'est une intervention qui, le plus souvent, présente un tel caractère de simplicité qu'elle constitue en quelque sorte une simple ouverture d'abcès. »

L'incision médiane sous-ombilicale de la paroi doit être suivie d'un drainage largement assuré. Les lavages sont rarement nécessaires. Ce traitement amène la guérison en l'espace de moins d'un mois.

2° *Péritonites généralisées.* — Le traitement est encore la laparotomie qui est le plus souvent une incision latérale droite en raison du diagnostic d'appendicite porté généralement. Dans ces formes, il est indiqué non seulement de drainer, mais de laver la cavité péritonéale. Mais on ne doit pas se dissimuler que l'intervention, même précoce et large, est le plus souvent impuissante à enrayer la marche de l'affection, qui tue les malades par une véritable intoxication suraiguë.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. *Observations anciennes concernant la péritonite idiopathique des enfants.* — Duparcque. *Arch. d'obst. et des mal. des femmes*

et des enfants, 1842. — SECOND-FÉRÉOL. Th. de Paris, 1859. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies des enfants*, 1861. — BARRIER. *Traité des maladies de l'enfance*, 1861. — MARTEN. *Virch. Arch.*, 1861. — ALBERS (de Bonn). *Deustch. Klin.*, 1862. — WEST. *Leçons sur les maladies des enfants.* — BAIXEAU. *Arch. de méd.*, 1875. — GAUDERON. Th. de Paris, 1876.

II. *Observations de péritonites pneumococciques infantiles avec examen bactériologique.* — NETTER. Soc. méd. des hôp., 1890. — SEVESTRE. Soc. méd. des hôp., 1890. — GALLIARD. Soc. méd. des hôp., 1890. — LAJOTTE, MORISSE, LECOQ. Th. de Paris, 1890, 1892, 1893. — GORIASTCHINE. In th. Degos, 1894. — DEGOS. Th. de Bordeaux, 1895. — KIRMISSON. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895. — POCHON. *Médecine infantile*, 1895. — RÉMY et COURDOUX. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1896. — CASSAET. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896. — BRUN. *Presse méd.*, 1897. — ROUTIER, WALTHER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897. — DIEULAFOY. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898. — BRAULT. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898. — TÉMISNE. Th. de Paris, 1898. — HAGENBACH-BURCKHARDT. In *Rev. mens. des mal. de l'enfance* et *Arch. de méd. des enfants*, 1899. — ROSENTHAL. Th. de Paris, 1900. — NANU. *Rev. de chir.*, 1900, p. 451. — BLACKBURN. Th. de Paris, 1900. — BROCA. *Gaz. hebd. de méd. et chir.* 1900. — COMBY. Art. PÉRITONITE. *Traité des maladies de l'enfance*, t. III. — BRUN. *Presse méd.*, fév. 1901. — MICHAUT. Th. de Paris, 1901.

FORMULAIRE

Traitement des gastropathies d'origine cardiaque.

M. Valentin, dans sa thèse de Lille, inspirée par M. le professeur agrégé Carrière, recommande contre la dyspepsie flatulente et l'hyposthénie les formules suivantes :

Le malade prendra avant les repas (en l'espèce ils sont remplacés par du lait) une cuillerée à café de la teinture composée suivante :

Teinture de noix vomique		5 grammes.
Gouttes amères de Beaumé	*ââ*	10 —
Teinture de gentiane		
Teinture de rhubarbe composée.	*ââ*	20 —
Eau de laurier cerise		
Eau de menthe		Q. S. p. 100cc.

Si le patient mange, on pourra encore lui faire prendre, au milieu du repas, une cuillerée à bouche de la solution :

Acide chlorhydrique officinal	3 grammes.
Sulfate de strychnine	0g05 centigr.
Eau	300 cent. cubes.

Au moment de l'accès gastralgique, on tirera de bons effets de la médication suivante :

Eau chloroformée saturée	150 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0g50 centigr.
Eau de fleurs d'oranger	50 grammes.
Eau distillée	100 grammes.

Une à trois cuillerées à soupe au moment des accès.

Enfin, si dans la période d'asystolie surviennent des vomissements incoercibles, on fera prendre avec chaque dose de lait de I à IV gouttes de la mixture :

Picrotoxine	0g10 centigr.
Alcool pour dissoudre	Q. S.
Chlorhydrate de morphine	0g05 centigr.
Sulfate d'atropine	0g05 —
Eau de laurier-cerise	10 grammes.

Contre la fièvre des tuberculeux.

Tartre stibié	0g05 centigr.
Julep gommeux	120 grammes.

A prendre par cuillerées d'heure en heure, en alternant avec la potion de Todd (Bucquoy).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La responsabilité d'un docteur en médecine.

La cour de Caen vient de statuer sur une affaire qui, par les conséquences de l'arrêt qu'elle a rendu, vaut d'être contée en quelques lignes.

Un M. D... avait réussi à se faire remettre par sa tante, la demoiselle M..., une somme de 4 000 francs représentant toutes ses économies, et pour se soustraire aux nombreuses demandes de remboursement à lui adressées, il décida de faire passer pour folle sa parente. Il s'adressa, dans ce but, au docteur X..., qui lui délivra un certificat établissant que la demoiselle M... était sujette à des accès de folie furieuse et devait être internée. Elle le fut, en effet. Cependant, après une mise en observation de huit jours, elle fut rendue à la liberté par l'autorité préfectorale; les médecins de l'asile n'ayant constaté chez elle aucun phénomène délirant ni aucune surexcitation anormale quelconque.

Mlle M... assigna en dommages-intérêts son parent et le docteur X..., et voici les principaux attendus de l'arrêt en ce qui concerne le médecin :

« Considérant que le docteur X... ne saurait échapper à la responsabilité de ses actes d'imprudence, de négligence, de légèreté et de méprise grossière, qui ont causé à la demoiselle M... un sérieux préjudice;

« Que, quelle qu'ait été sa bonne foi, il a eu tort d'accorder une confiance aveugle aux récits intéressés des époux D..., qui lui ont représenté leur parente comme dangereuse pour leur sûreté personnelle et pour l'ordre public;

« Qu'il n'a constaté ni précisé aucune manifestation extérieure de la manie furieuse attribuée, par son certificat non motivé, à la demoiselle M...;

« Qu'il est d'autant plus inexcusable de s'être ainsi trompé qu'il connaissait de longue date la demoiselle M..., et qu'il savait qu'elle n'avait jamais donné le moindre signe d'aliénation mentale;

« Qu'il a formé sa conviction sur les seuls dires de D... et de la dame D..., sans soumettre la demoiselle M... à un examen ou à une observation quelconque et sans chercher à vérifier la vérité et la portée des faits qui lui étaient racontés. »

Le docteur X... a été, pour sa part, condamné à payer à Mlle M... la somme de 2 000 francs à titre de dommages-intérêts.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'infection en chirurgie d'armée. Évolution des blessures de guerre (1), par MM. NIMIER et LAVAL.

Ce livre est le quatrième volume que les auteurs ont consacré à leur *Traité de chirurgie d'armée*.

L'ouvrage comporte huit chapitres qui traitent des causes favorisant l'infection des blessures de guerre et des principales maladies qui sont engendrées par l'agent infectieux suivant sa nature.

Après avoir étudié les causes d'infection, venant soit du chirurgien lui-même, soit du projectile, MM. Nimier et Laval étudient d'une façon complète les *pyohémies*, les *septicémies*, puis le *tétanos* et la *pourriture d'hôpital*. Les données bactériologiques et étiologiques spéciales, qui sont consignées à l'occasion de chacun de ces processus infectieux, ne font qu'ajouter le plus grand intérêt à la description clinique qui en est faite, et que les auteurs ont su émailler de faits historiques dont la lecture est des plus attrayantes.

Somme toute, le livre de MM. Nimier et Laval sera lu

(1) In-12. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

avec le plus grand fruit : en montrant le rôle joué par les agents infectieux dans les traumatismes de guerre, il met en garde contre les accidents de cette nature qui pourront survenir, en moindre quantité, il est vrai, dans les combats à venir, et donne les moyens de les prévenir.

Hygiène de la grossesse et des suites de couches (1), par L. Vorlet.

Ce mémento est divisé en trois sections : *hygiène de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches*, envisagées aussi bien au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant. Dans chacune des divisions l'auteur, après un bref aperçu physiologique ou pathologique, indique les précautions hygiéniques ou thérapeutiques à prendre. Écrit simplement, ce livre sera lu avec profit par le public auquel il s'adresse.

L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux. — *Chirurgie.* — Le concours s'est ouvert lundi. Questions sorties : « Gaines synoviales palmaires ; — Leur synovite chronique. »

Questions restées dans l'urne : 1° « Vaisseaux du rectum; — hémorroïdes. » — 2° « Ligaments de l'articulation de la hanche ; — luxation congénitale de la hanche. »

La première séance de lecture des copies aura lieu le mardi 16 avril, à quatre heures et demie, à la Charité.

La loi sur les patentes. — Dans sa séance du 28 mars, le Sénat a rejeté l'amendement de M. Labbé et de plusieurs de ses collègues, amendement tendant à ne faire porter, pour les médecins, le droit proportionnel que sur les loyers professionnels.

Création d'une caisse de recherches scientifiques. — Dans sa séance du 25 mars dernier, la Chambre des députés a adopté une proposition de loi de M. Audiffred ayant pour objet la création d'une caisse des recherches scientifiques investie de la personnalité civile et divisée en deux sections, dans le but de favoriser les travaux de science pure relatifs ; 1° à la découverte de nouvelles méthodes de traitement des maladies de l'homme, des animaux domestiques et des plantes cultivées ; 2° à la découverte, en dehors des sciences médicales, des lois qui régissent les phénomènes de la nature.

La commission technique est divisée en deux sections : la première section connaît des recherches qui ont pour objet le progrès des sciences biologiques, notamment dans le but de découvrir de nouvelles méthodes de traitement des maladies de l'homme, des animaux domestiques et des plantes cultivées.

La seconde section connaît des recherches qui ont pour objet le progrès des autres sciences.

La commission technique de la première section comprend le directeur de l'enseignement supérieur, quatre membres de l'Académie des sciences, élus par elle et choisis l'un dans la section de médecine et de chirurgie, le deuxième dans la section d'anatomie et zoologie, le troisième dans la section d'économie rurale et le quatrième dans la section de botanique ; un membre de l'Académie de médecine élu par elle ; les deux délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique ; l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; un membre de la commission consultative permanente du Conseil supérieur de l'agriculture.

Les ressources de la caisse des recherches scientifiques comprennent :

1° Les subventions de l'État, des départements, des communes, des colonies et autres établissements publics ; 2° les dons et legs ; 3° les versements à titre de souscriptions individuelles ou collectives ; 4° les allocations prélevées sur la partie du fonds du pari mutuel affecté aux œuvres locales de bienfaisance en vertu de l'article 5 de la loi du 2 juin 1891, allocations dont le montant annuel, sans pouvoir être inférieur à 125 000 francs, sera fixé chaque année, sur la demande du conseil d'administration de la caisse, par la commission spéciale instituée au ministère de l'agriculture pour l'application dudit article 5 de la loi du 2 juin 1891 ; 5° l'intérêt des fonds libres, placés en rentes sur l'État ou versés en compte courant au Trésor.

La caisse de recherches scientifiques relève du ministère de l'Instruction publique.

Guerre. — Par décret en date du 12 mars 1901, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Guilhem, Ramonet, Cabanié, Maria.

Marine. — M. le médecin principal Lefranc, précédemment désigné pour le service des troupes coloniales à Brest, sera affecté au 6e d'infanterie, en remplacement de M. le docteur Gouzer.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 12e semaine de l'année, 1 091 décès, chiffre un peu inférieur à celui de la semaine précédente (1 099), mais encore un peu supérieur à la moyenne des semaines de mars (1 072).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, chiffre voisin de la moyenne (11). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins n'est que de 15.

La variole a causé 6 décès. Le nombre des cas nouveaux s'élève à 83.

La rougeole, qui avait été remarquablement rare cet hiver, a causé pendant la dernière semaine 16 décès (au lieu de 8 pendant la semaine précédente). Ce chiffre reste d'ailleurs très inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de mars (23).

La scarlatine n'a causé que 1 décès. La coqueluche, 8, chiffre identique à la moyenne.

La diphtérie, qui dépasse légèrement la moyenne depuis deux mois, a causé 17 décès (au lieu de la moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins est de 81, dont 21 dans l'arrondissement de Montmartre.

En outre, 33 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 226 décès, au lieu de 254 pendant la semaine précédente et au lieu de 216, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 27 (au lieu de la moyenne 31) ; pneumonie, 67 (au lieu de la moyenne 58) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 118 (au lieu de la moyenne 107), parmi ces derniers 46 sont dus à la congestion pulmonaire et 59 à la broncho-pneumonie. En outre, la grippe a été invoquée 27 fois comme cause de mort.

La phtisie pulmonaire a causé 234 décès (au lieu de la moyenne 212) ; la méningite tuberculeuse, 18 décès ; la méningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50 décès ; les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 58 personnes ; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Guide médical et pharmaceutique de Paris, 1901 (1re année, 1re édition). — Prix : 3 fr. 50. — Paris, direction et administration, 11, rue de Rocroy.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 39. — MARDI 2 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. MARDI 2 AVRIL 1901. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — UN NOUVEAU CAS DE PERVERSIONS SEXUELLES; débilité mentale; stigmates physiques de dégénérescence; bizareries dès l'enfance; perversions sexuelles multiples avec prédominance de fétichisme des étoffes; prétentions non justifiées comme poète, comme ingénieur et comme grammairien; hérédité morbide convergente, par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, et WAHL, médecin-adjoint des Asiles d'aliénés. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le sérum gélatiné en gynécologie; — Dans la diète lactée il est utile d'additionner le lait de sel; — Rétablissement de la sécrétion lactée par l'electrisation. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 1er avril 1901.

Il y a quelques années, nous avons mis nos lecteurs en garde contre les agissements d'une soi-disant société d'assurances qui avait mis en coupe réglée les médecins. Cette société garantissait ses assurés contre les accidents et les maladies, et pour mener à bien une telle entreprise, elle avait organisé un service médical des plus complets. La société payait elle-même les honoraires au lieu et place de ses assurés et à un taux des plus rémunérateurs. Nombre de jeunes médecins furent inscrits, alléchés par les promesses d'un directeur, fort aimable et trop poli, qui venait en personne solliciter leur concours. Quelques jours après avoir donné son acquiescement, le confrère recevait les statuts de ladite société, statuts qu'il signait, les yeux fermés, car, en grosses lettres et bien en évidence, étaient inscrits les chiffres d'honoraires très exactement conformes à ceux qui étaient convenus. Malheureusement, en bas de la page, en petits caractères, se glissait un alinéa, anodin en apparence et disant : « Tout membre du personnel médical fait partie des assurés, » de sorte qu'après avoir signé, le médecin se trouvait prendre les charges et obligations de l'assurance. Plus de 600 de nos confrères, tant à Paris qu'en province, furent circonvenus de la sorte, et eurent à payer de fortes primes.

Mais aucun client ne vint jamais solliciter la visite des médecins; seul l'agent de la compagnie apparaissait trimestriellement toucher ses primes. La fraude ne tarda pas à être découverte. La soi-disant compagnie d'assurances contre les maladies n'avait pas un assuré. Elle n'avait que des médecins; de là, récrimination, procès des médecins lésés qui se groupèrent en syndicat pour soutenir au mieux leurs intérêts; mais l'engagement de leur part vis-à-vis de la Compagnie était formel, et cet engagement les liait pour dix ans. Grâce à la bonne volonté du tribunal, une transaction fut proposée et acceptée; et nos confrères s'en tirèrent non sans laisser quelques plumes aux serres de ces aigrefins.

Si nous rappelons ces faits déjà anciens de plusieurs années, c'est qu'aujourd'hui les mêmes agissements se reproduisent sous une autre forme. Des courtiers vont en ce moment proposer aux jeunes médecins d'entrer dans une société, qu'on nous permettra de ne point désigner plus clairement. En vertu d'un traité qui les lie pour trois ans (50 fr. par an) la société s'engage à les recommander comme médecins auprès de ses adhérents. A la fin du bulletin chargé de cette publicité s'étale une liste de plus de 6000 fonctionnaires. On s'imagine que ces 6000 noms sont des noms d'adhérents : erreur. Notre correspondant qui nous signale ce fait n'a pas encore pu découvrir un seul de ces adhérents. On expédie ces bulletins à tort et à travers, et tous ou presque tous, font retour à l'envoyeur. Chaque jour cette société fait de nouvelles victimes parmi nos confrères, il est temps de donner l'alarme et d'éviter que la fraude ne prenne une plus grande extension. L'affaire est d'ailleurs menée avec habileté car des noms de médecins sympathiquement connus sont donnés comme faisant partie de la société.

Déja certains confrères désabusés sont en procès avec la société. Ils perdront, à n'en pas douter, car leur signature est donnée. Mais nous avons tenu à limiter le mal, en mettant nos lecteurs en garde contre les exploiteurs qui pourraient venir les tenter.

UN NOUVEAU CAS DE PERVERSIONS SEXUELLES

DÉBILITÉ MENTALE; STIGMATES PHYSIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE; BIZARRERIES DÈS L'ENFANCE; PERVERSIONS SEXUELLES MULTIPLES, AVEC PRÉDOMINANCE DE FÉTICHISME DES ÉTOFFES; PRÉTENTIONS NON JUSTIFIÉES COMME POÈTE, COMME INGÉNIEUR ET COMME GRAMMAIRIEN; HÉRÉDITÉ MORBIDE CONVERGENTE.

Par MM. Paul GARNIER,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale,
et WAHL,
Médecin-adjoint des Asiles d'aliénés.

Nous avons eu, récemment, l'occasion d'examiner, à l'Infirmerie spéciale, un nouveau cas de perversions génitales, dont la relation nous a paru intéressante. Nous ne voulons point, à propos de ce malade, répéter ce qui a été dit, il y a quelques mois à peine, au XIIIe Congrès international de médecine (1). Nous nous bornerons à y joindre la présente observation.

(1) Paul GARNIER. *Des perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal*, 3e question du programme, section de psychiatrie.

H... a vingt-six ans, c'est un garçon d'aspect malingre et chétif, étroit de poitrine et faible de constitution. Il paraît à peine dix-huit ans, le système pileux est mal développé; c'est à peine si un soupçon de moustache ombrage sa lèvre. Les organes génitaux sont également d'un faible développement, mais ne présentent pas d'anomalie. Par contre, le jeune H... est porteur de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : la face est asymétrique, le lobule de l'oreille adhérent, la voûte palatine ogivale; les dents sont mal implantées, difformes; les épines iliaques, éloignées l'une de l'autre, donnent au bassin de ce malade l'apparence d'un bassin féminin. Ce jeune homme parle avec une certaine facilité et quelquefois chez lui, comme chez beaucoup de débiles, l'élocution est prétentieuse.

C'est un enfant naturel. Son père avait vingt-six ans lorsqu'il devint l'amant de sa mère. Il n'avait, paraît-il, jamais approché aucune femme jusqu'alors, et lorsqu'il commença à partager le lit de Mme H..., il resta dix jours sans avoir avec elle de rapports sexuels. Il exigeait que sa maîtresse fût bien habillée, et paraissait tenir à ce détail d'une façon tout à fait spéciale. Plus tard, il régularisa cette liaison, il eut quatre enfants, dont deux moururent en bas âge. Mme H... qui nous donne ces renseignements, ignore ce que son ancien amant est devenu actuellement. A l'époque où l'enfant naquit le père était sobre.

Du côté maternel, les antécédents héréditaires du jeune H... sont encore plus chargés. Sa mère est une grande nerveuse qui a eu, autrefois, de nombreuses crises hystériques, qui ont été particulièrement fréquentes après la naissance de l'enfant. Elle ne présente pas, actuellement, de stigmates hystériques. Elle est, d'ailleurs, d'après les renseignements qu'elle nous communique, d'un caractère fantasque, bizarre, irritable parfois. Elle ne présente pas de signes cliniques d'alcoolisme et nie toute habitude d'intempérance. Dans son enfance, cette dame a eu des terreurs nocturnes et, un peu plus tard, dit-elle, du somnambulisme. Elle se réveillait parfois ailleurs que dans son lit, sans savoir comment elle y était venue. Un jour, elle s'est retrouvée ainsi dans l'étable de ses parents, tenant un mouton dans ses bras.

Nous constaterons, dans le cours de l'observation qui suit, certaines particularités qui nous permettront de faire remarquer que Mme H... n'a sur les convenances sociales et même sur la morale que des notions un peu vagues.

Le grand-père maternel du jeune H... était un buveur occasionnel, mais n'aurait pas été un ivrogne à proprement parler. La grand'mère était, paraît-il, un peu nerveuse, mais n'avait pas de crises.

Pendant qu'elle était enceinte de Jules H..., sujet de cette observation, Mme H... était très triste. Elle avait, nous dit-elle, « des idées noires, » elle pensait à se suicider et ne pouvait se faire à l'idée d'être abandonnée par son amant, qui venait de se marier.

H... est né à terme, l'accouchement a eu lieu par le sommet, sans intervention d'aucune espèce. Mais le travail aurait duré cinq jours, nous dit la mère.

Élevé au sein, à la campagne, notre malade a été cependant assez négligé, parce que la mère ne pouvait acquitter régulièrement les mois de nourrice. Vers l'âge de six mois environ et jusque vers un an, il a eu un *gros ventre* (rachitisme ?).

Vers quatre ou cinq ans, il a eu la coqueluche, et à ce moment a présenté deux ou trois fois des convulsions.

L'année suivante il fut atteint d'une scarlatine, qui paraît avoir été assez bénigne; mais, à la suite de cette affection, il a eu une congestion pulmonaire du côté droit, et a été obligé de prendre des soins particuliers jusqu'à l'âge de dix-neuf ans : on le disait poitrinaire.

Entré à l'école maternelle, à l'âge de six ans environ, il y apprenait bien, jouait avec ses petits camarades des deux sexes, mais préférait cependant les jeux des petites filles à ceux des petits garçons, trouvait celles-ci plus sages et plus tranquilles.

A l'âge de sept ans et demi, il fut envoyé en pension à Saint-Denis : « Là, nous dit-il, j'étais bien avec les professeurs, mais mal avec les camarades, jamais je ne jouais avec eux, je n'aimais pas leurs jeux, et d'ailleurs ils me battaient. J'étais considéré par les professeurs, avec lesquels j'avais des conversations sérieuses et scientifiques pendant les récréations, comme un sujet d'élite, ce qui rendait mes camarades jaloux de moi. » — Sa mère alors lui coupe la parole pour nous dire que cette pension était assez mal tenue, à tel point qu'on en retira les pupilles du département qu'on y avait placés, et qu'un professeur fut traduit en justice pour attentat à la pudeur quelque temps après que H... eut quitté cette pension.

« Les camarades qui ne m'aimaient pas, continue H..., cherchaient à me faire punir, me volaient ou me salissaient mes livres; j'étais très sensible aux punitions, et toujours triste à cause des misères que j'endurais. Pour me consoler j'avais pour amies les mouches, les araignées et les fourmis dont je suivais les ébats pendant les récréations, et, avec la conversation sérieuse des professeurs, c'était ma seule distraction. J'étais très peureux à cette époque; un jour, je fus mis au cachot pendant vingt-quatre heures. C'est à ce moment que la sainte Vierge m'apparut et chercha à me consoler. »

Depuis l'âge de onze ans H... mouche, par intervalle, du pus, et a de l'ozène. Il a été soigné, sans grand résultat, par un spécialiste connu. Depuis la même époque il présenta, pendant plusieurs années, de temps à autre, des saignements de nez abondants. Une fois même, pareil accident dura deux heures, nous dit sa mère.

A onze ans et demi, on le retire de la pension de Saint-Denis pour le mettre à l'école communale. Là, il montra quelques aptitudes. Étant moins en rapport avec ses camarades, il avait moins à souffrir de leurs taquineries. Il obtint, l'année suivante, son certificat d'études avec la plus grande facilité, se présenta au concours des bourses de lycée et ne fut pas nommé, malgré d'assez bonnes épreuves. Il fut, à l'occasion de cet échec, pris d'un très grand découragement, il ne mangeait plus, il devint apathique, maigrit dans de notables proportions.

On le plaça successivement en qualité d'apprenti chez un tailleur, puis chez un tapissier qui, ne pouvant rien en faire, le rendirent bientôt à sa mère. Faisons remarquer que H... était alors à l'époque de la puberté, pendant laquelle les troubles de l'intelligence sont particulièrement fréquents chez les dégénérés.

Cette crise passée, H... recouvra son activité, entra comme employé chez un grand éditeur de Paris, où il resta deux ans et demi et en sortit avec d'excellentes références.

C'est à ce moment, vers l'âge de quinze à seize ans, que notre jeune homme donna les premiers signes de ses perversions génitales. Sans doute, étant tout jeune, il répétait bien souvent à sa mère, qui, à cette époque, travaillait pour

une grande maison de couture : « C'est beau, le velours ! je voudrais être ingénieur ou maître d'école, quand je serai grand, pour t'offrir des belles robes de velours comme en ont ces belles *madames*. » Mais, en somme, cela ne signifie rien au point de vue qui nous occupe. Un fait plus caractéristique est l'attitude bizarre que H... a eue partout où il a passé; sa manière d'être vis-à-vis de ses petits camarades, de ses maîtres, des animaux, etc. Tout cela indique une bizarrerie d'instincts tout à fait remarquable.

Vers l'âge de seize ans environ, il se prit d'un amour excessif pour une affiche de Chéret représentant une femme bien vêtue et qui servait d'amorce pour la pièce du *Maître de forges*, de M. G. Ohnet. Il se mit à envoyer des baisers à l'affiche et même à embrasser la figure qui y était représentée; mais il n'avait pas d'érection à ce moment, nous dit-il. Un jour, il s'enhardit, décolla l'affiche, la rapporta chez lui la nuit dans son lit, se la plaça sur le ventre, à la hauteur de l'ombilic, et *s'en servait comme d'une femme*. Il eut, à ce moment, une érection et une éjaculation sans intervention manuelle ou autre, et cela très rapidement. « Mais la sensation de volupté était encore augmentée, nous dit H..., *lorsque je déchirais l'affiche placée sur mon ventre;* alors j'éprouvais un véritable spasme. Il faut, pour arriver à ce résultat, que je sois seul chez nous au lit et que l'objet soit placé sur mon ventre, et surtout que je me frappe, que je me torde, que je me plie le corps de mille manières. Souvent l'éjaculation n'a pas lieu, mais alors c'est une véritable douleur, mais si agréable ! »

Peu après l'aventure de l'affiche, il commença à collectionner des objets de provenance féminine et même d'enfants des deux sexes, mais surtout d'objets de *soie*, de *velours*, de *dentelles*, un ruban de cheveux, une robe de femme, d'enfant, même de *poupée!* Plus ces objets sont sales, mieux cela vaut pour lui, pourvu toutefois qu'ils ne soient pas souillés de sang. Il appuie ces objets sur son ventre, les presse sur *ses ovaires*, c'est-à-dire au voisinage du pubis, au point de provoquer une douleur. C'est seulement alors que l'éjaculation se produit. Il répète de tels actes plusieurs fois dans la nuit, de telle sorte que, souvent, *il a*, dit-il, *de l'irritation le long du canal de la verge et que cela se* SAUVE TOUT SEUL. Il arrive à l'érection complète avec éjaculation en se mettant sur le ventre des *poupées habillées de soie et même un vieux parapluie garni de cette étoffe. Le plaisir est décuplé lorsqu'il peut déchirer les objets*. Il a ainsi réuni chez lui une collection de chiffons, la plupart sales, couverts de boue, qu'il met dans son lit et avec lesquels il se procure d'infinies jouissances. Il y a deux ans, il fut arrêté à la suite d'une scène désordonnée : il voulait s'emparer d'un morceau d'étoffe chez un brocanteur et, à cette occasion, il nous fut amené à l'Infirmerie spéciale.

Plusieurs fois, sa mère a essayé de lui faire avoir des rapports sexuels normaux; tentative infructueuse; les femmes l'intimident. *Une femme nue, c'est pour lui un oiseau déplumé, un arbre sans feuilles*. Une seule fois, une jeune fille a réussi à le faire mettre en érection, mais il n'a pu aller jusqu'à l'éjaculation. « A deux reprises différentes, nous dit sa mère, j'ai donné de l'argent à des filles pour qu'elles viennent chez moi avec mon fils, mais elles n'avaient ni soie, ni dentelle, et mon fils ne put rien faire avec elles. »

Un jour, il y a six mois environ, sa mère eut la malencontreuse idée de jeter quelques-unes de ses *saletés* qu'il adorait. Mal lui en prit, son fils se précipita sur elle, voulut la frapper et même l'étrangler. Une autre fois, il brisa sa poupée parce que sa mère l'avait outragée, l'avait battue. « J'aime, nous dit-il, les poupées bien habillées, en soie, qui ont des dessous blancs et roses ; j'aimerais aussi posséder une enfant pétrifiée dans de l'esprit de vin ; une idole qui aurait été vivante, dont on puisse faire mouvoir les articulations; un corset d'enfant, mais non de grande personne. Autrefois, j'augmentais ma jouissance en déchirant les objets; aujourd'hui, je les racommode, mais il faut qu'ils aient appartenu à quelqu'un ayant de longs cheveux soyeux, peu m'importe que ce soit un garçon ou une fille. Si je voyais corriger un enfant qui ait une belle robe, il faudrait que je me jette sur la mère et que je lui en fasse autant. »

Appelé à faire son service militaire, H... fut malade dès son arrivée au corps : il lui manquait ses poupées, ses colifichets. Il pleurait tout le temps, se plaignait à ses camarades qui se moquaient de lui. Il entra bientôt à l'infirmerie, puis à l'hôpital, et, peu après, fut réformé définitivement. En six mois, il n'avait été que douze jours à la chambrée.

De retour à Paris, il a cherché du travail mais, jusqu'à présent, il n'a pu en trouver.

H... écrit des vers à ses poupées : vers mirlitonesques, où l'assonance remplace souvent la rime, et qu'il vous récite avec emphase, mais dont il ne veut pas nous laisser prendre copie. Il a une haute opinion de son mérite. Il veut réformer l'orthographe; il écrit le français comme on le prononce, et c'est de cette singulière façon que sont orthographiées les poésies qu'il nous lit. Il rêve — et c'est presque chez lui une idée fixe — d'entrer dans une compagnie de tramways à quelque titre que ce soit. Mais il a sur les tramways et sur les chemins de fer des idées spéciales. Il nous montre un cahier assez volumineux qu'il a rempli de projets d'itinéraires pour locomobiles de toutes sortes; il demande instamment que des personnes compétentes prennent connaissance de ces élucubrations.

Tel est le jeune homme que la mère parle de marier !

Ce qui nous a engagé à publier cette observation, c'est qu'elle concerne un des types les plus complets de dégénérescence mentale, telle qu'on la comprend depuis les travaux de M. Magnan et de ses élèves. On trouve chez notre malade les stigmates physiques de cette dégénérescence, de l'hérédité psychopathique, de nombreuses perversions de l'instinct génital, des prétentions en art et en science, des violences passagères et une incapacité presque complète de pourvoir par le travail à ses besoins. Son internement, différé jusqu'à ce jour, s'imposera sans doute comme une mesure nécessaire à courte échéance.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(29 MARS 1901)

La variole des nouveau-nés — en dehors des considérations théoriques auxquelles elle peut amener — présente un intérêt pratique très grand. Une fort intéressante communication de M. Roger permet d'assigner à la variole des nouveau-nés une place à part dans les formes cliniques de cette infection ; car, il est constant que, de par les caractères de la courbe thermique et de l'éruption, elle revêt une physionomie tout à fait spéciale. Qu'on en juge :

M. Roger a eu l'occasion d'observer, dans son service à l'hospice d'Aubervilliers, onze femmes enceintes, atteintes de variole, qui ont accouché à terme ou près du terme. Au premier abord, les enfants paraissent normaux, mais bientôt on s'aperçoit qu'ils sont en état d'hypothermie. Générale-

ment le thermomètre reste entre 36 et 37 degrés, et parfois on le voit descendre à 31 degrés, ou même 28.

Trois enfants ont succombé ainsi quatre, six et onze jours après leur naissance, n'ayant pour tout symptôme que de l'hypothermie et de l'ictère. Un autre présenta, la veille de sa mort, une éruption scarlatiniforme. Enfin, dans les sept autres cas, l'évolution a été plus complète; elle a abouti au développement d'une éruption variolique, laquelle a été précédée d'une élévation de température qui atteint ou dépasse le chiffre normal.

En somme, la variole des nouveau-nés diffère totalement de la variole des adultes. Elle s'annonce par une hypothermie, généralement considérable. Puis l'ictère apparaît, alors deux évolutions sont possibles : ou bien l'enfant s'affaiblit et meurt en hypothermie, sans présenter d'autres symptômes, ou bien une éruption apparaît, coïncidant le plus souvent avec une élévation de température et caractérisée par des papules peu nombreuses, qui ne tardent pas à se flétrir et à se couvrir de croûtes.

« Cette évolution spéciale, ajoute M. Roger, est tout à fait comparable à celle qu'on observe chez quelques animaux. J'ai montré, avec M. Weil, que les lapins inoculés avec du pus variolique succombaient presque tous. Généralement, ils n'ont pas d'éruption, ou bien ils présentent, comme les nouveau-nés, des papules peu nombreuses, qui se dessèchent sans se remplir de pus, puis ils maigrissent et meurent en hypothermie.

L'analogie qui existe entre la variole des nouveau-nés et la variole du lapin tient, en partie, à ce que, dans les deux cas, l'inoculation est massive. Nous injectons aux animaux des doses considérables de pus. Or, chez le fœtus, les microbes pénètrent en grand nombre. J'ai eu l'occasion d'étudier, avec M. Weil, l'eau de l'amnios de deux femmes enceintes atteintes de variole confluente; le liquide renfermait une quantité prodigieuse de corpuscules, que nous considérons comme les agents de la maladie. Ce résultat démontre en même temps que les éléments, par nous décrits, ne sont pas de simples débris nucléaires provenant des leucocytes, car ces cellules faisaient presque complètement défaut dans ces deux cas. »

M. Pierre Teissier dans une communication qui a pour titre : **Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme poly-articulaire aigu**, rapporte l'histoire de deux malades, chez lesquelles une dilatation aiguë du cœur est survenue au cours d'un rhumatisme poly-articulaire généralisé, en dehors de toute endocardite ou péricardite appréciable cliniquement, et sans qu'à aucun moment de l'évolution du rhumatisme, une cause d'ordre réflexe ou mécanique, susceptible de réagir sur le cœur, ait pu être observée. Cette dilatation était cliniquement caractérisée, surtout par l'agrandissement et la déformation de la surface de matité, par un choc diastolique dans un cas, présystolique dans l'autre, et par une légère exagération de fréquence du pouls sans autres phénomènes généraux. Il est difficile de savoir, en présence de cas semblables, s'il s'agit seulement d'un trouble fonctionnel du myocarde sans lésions structurales ou s'il s'agit d'une lésion du myocarde, d'une myocardite aiguë parenchymateuse, semblable à celle que MM. Weil et Bayon, Bouchot, Merklen et Rabé ont fait connaître. M. Barié, à propos de cette communication, rapporte deux autres cas de dilatation aiguë du cœur survenue au cours d'une crise de rhumatisme poly-articulaire.

MM. Pierre Marie et Guillain ont tenté, dans le **traitement de la sciatique, l'injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne** (5 milligrammes). Ils ont observé une très rapide amélioration dans un cas.

A propos de la communication récente de M. Chauffard, M. Antony dit que les statistiques des médecins militaires, relatives à la **méningite cérébro-spinale épidémique**, parlent en faveur de la gravité très grande de cette maladie, non seulement pour le pronostic immédiat, qui doit toujours être réservé, mais aussi pour le pronostic éloigné.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(27 mars 1901)

La communication de M. Ricard, dans la dernière séance, sur la **voie transmédiastinale dans la recherche des corps étrangers de la trachée et des bronches** (Voir *Gaz. des hop.*, 1901, n° 35, p. 340) a amené M. Quénu à la tribune.

M. Quénu admet la légitimité de la voie transmédiastinale pour la recherche des corps étrangers quand il est impossible de les extraire par la voie naturelle, mais en pareil cas, il ne suivrait pas la voie indiquée par M. Ricard, il préférerait la *voie postérieure*. La voie antérieure lui paraît périlleuse à cause des gros vaisseaux, elle ne donne pas accès sur la bifurcation de la trachée, mais sur un point plus élevé et par conséquent ne permet pas l'exploration des bronches; de plus elle découvre la trachée en avant, c'est-à-dire du côté des cerceaux qui s'opposent à la perception du corps étranger, comme cela est arrivé à M. Ricard. Enfin la voie antérieure paraît plutôt à M. Quénu devoir être réservée aux interventions sur le cœur et le péricarde.

A la suite de nouvelles recherches sur le cadavre, M. Quénu donne la préférence à la voie postérieure d'après la technique suivante : création d'un lambeau postérieur en volet allant de la troisième à la dixième côte et rabattu en dedans, résection des quatrième, cinquième et sixième côtes, décollement de la plèvre médiastine; à l'aide de larges écarteurs, on récline le poumon en dehors, l'œsophage et le pneumogastrique en dedans, on récline également ou on résèque entre deux ligatures la crosse de la veine azygos, le seul vaisseau qu'on rencontre ici; puis, l'index gauche ayant reconnu la face postérieure de la trachée et des bronches aux tubercules qui terminent les arcs cartilagineux, recherche à travers la paroi membraneuse la situation exacte du corps étranger; il ne reste plus qu'à inciser en ce point, après avoir attiré la trachée en avant, et à procéder ensuite à l'extraction. On termine par la suture de la trachée ou de la bronche et par le drainage du médiastin.

M. Poirier rappelle à ce sujet qu'il a déjà employé la voie transmédiastinale *antérieure* pour l'extirpation d'un énorme sarcome du médiastin chez un malade en imminence d'asphyxie. Il fit une incision en U, analogue à celle décrite par M. Ricard, et cette voie d'accès lui paraît extrêmement commode et ne donnant que peu de sang.

A propos de ces interventions sur les voies aériennes, M. Tuffier propose, quand on ne peut déterminer la situation du corps étranger par la palpation, d'avoir recours à la radiographie et de s'aider d'un écran fluoroscopique au cours de l'intervention.

M. Béclère, médecin des hôpitaux, vient lire une communication sur l'emploi de la **radiographie stéréoscopique en chirurgie** et sur les avantages indéniables de cette méthode

A propos de l'**hystérectomie dans l'infection puerpérale**, M. Rochard apporte une statistique de M. Faure, comprenant 7 cas où l'intervention a amené 6 morts et 1 guérison.

M. Faure en conclut que cette intervention est recommandable, car les six cas de mort ont porté sur des moribondes, alors que la septième malade a été opérée dans les quarante-huit premières heures de l'infection. Enfin il préfère la voie vaginale, ce qui n'est pas l'avis de M. Rochard.

M. Broca fait deux rapports sur **deux cas de spina bifida** dus, l'un à M. Le Toux (de Vannes), l'autre à M. de Rouville (de Montpellier).

Enfin une série de présentations terminent la séance.

M. Chaput présente un homme atteint de fracture de la rotule traitée par la suture des ailerons; les résultats sont excellents.

M. Le Dentu présente un volumineux épithélioma de l'ovaire; son opérée va très bien.

Enfin M. Monod apporte un énorme fibrome du ligament large.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum gélatiné en gynécologie.

M. Lafond-Grellety a étudié les effets du sérum gélatiné *en applications directes* dans quelques cas spéciaux de pratique gynécologique (1) :

1° *Dans les hémorragies de la grossesse*, le tamponnement vaginal simple, même très bien fait, donne des résultats inconstants. Le tamponnement avec une solution de sérum gélatiné semble toujours être suivi de succès; il est en outre plus facile à pratiquer, plus rapide, et ne peut être exécuté sans remuer la femme de la place qu'elle occupe dans le lit Il doit être fait de la façon suivante :

Un premier pansement est appliqué avec 2 ou 3 tampons un peu gros et trempés dans la solution gélatinée chauffée à 37 degrés. Un quart d'heure après, on fait un second pansement semblable au premier, après avoir lavé les parois vaginales avec la solution gélatinée chaude : pour ce lavage, le jet de l'injection doit être modéré, afin de ne pas reproduire l'hémorragie; les caillots s'écoulent facilement si le spéculum est bien ouvert. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures pendant cinq à si jours.

2° *Dans les endométrites et métrites généralisées.* — Si la leucorrhée s'accompagne d'écoulement sanglant et si le curetage ne peut être fait immédiatement, on injectera tous les jours, *dans la cavité utérine*, 5 centimètres cubes d'une solution gélatinée à 10 p. 100, chauffée à 37 degrés. L'injection intra-utérine est suivie d'une injection vaginale faite avec une solution contenant 10 p. 100 de gélatine, et 1 p. 100 d'acide phénique. On appliquera enfin deux tampons d'ouate trempés dans la dernière solution et changés tous les jours.

Ce traitement arrête les hémorragies et les rend moins faciles après le curetage. Il diminue la leucorrhée, mais ne *l'arrête pas*, au moins d'une façon durable.

3° *Dans le curetage de l'utérus* (avec ou sans amputation du col). — Le curetage provoque quelquefois des hémorragies. Le plus souvent ces hémorragies ne sont pas graves, mais masquent le champ opératoire et, par l'obligation où l'on se trouve d'arroser largement les cavités utérine et vaginale pour les débarrasser des caillots, ralentissent l'opération. On peut remédier à ces inconvénients de la façon suivante :

Employer une curette du modèle d'Auvard permettant l'irrigation de la cavité utérine en même temps que le curage. L'irrigation est faite avec une solution à 10 p. 100 de gélatine et 1 p. 100 d'acide phénique, maintenue à 37 degrés au moins. L'écoulement du liquide doit être assez lent; mais, quand le curage est terminé, il est bon d'ouvrir largement le robinet, afin d'obtenir un jet assez énergique pour chasser au dehors les débris de la muqueuse. L'emploi d'une solution gélatinée additionnée d'acide phénique, réalise à la fois l'hémostase et l'antisepsie des régions.

4° *Dans les cancers inopérables de l'utérus.* — Des tampons imprégnés de la solution gélatinée chaude arrêtent bien les hémorragies. Le point délicat ici est de les retirer sans provoquer un nouveau saignement, car le tampon gélatiné adhère à la muqueuse et doit être enlevé avec certaines précautions.

On ne munit pas les tampons de fils avec lesquels on exercerait une traction dangereuse; mais il suffit de les arroser avec une solution gélatinée chaude pour qu'il soit ensuite facile de les retirer avec une pince à pansements utérins. Le pansement est fait toutes les douze heures environ. L'emploi du porte-tampon sera prohibé : cet instrument permet aux personnes de l'entourage de la malade de faire les pansements; or ceux-ci doivent être pratiqués avec trop de douceur pour être confiés à des mains inexpérimentées.

Ces pansements arrêtent les hémorragies et diminuent les douleurs du cancer. L. B.

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 fév. 1901, n° 6, p. 63.

Dans la diète lactée il est utile d'additionner le lait de sel.

M. Boureau (1), après Senator, prescrit d'additionner au lait 3 à 4 grammes de sel par litre. A cette dose, la saveur du lait est à peine modifiée, elle est même agréable : on peut, sans inconvénient, le sucrer.

Le lait contient, en effet, à peine 1 gramme de chlorure de sodium par litre. D'autre part, l'excrétion urinaire du NaCl s'élève chaque jour à 10 ou 12 grammes. Il faut donc restituer aux milieux liquides de l'économie la quantité de sel marin que ne lui apporte plus l'alimentation habituelle.

A ce sujet, M. Boureau rappelle, puisque cette question concerne surtout les albuminuriques, quelques règles diététiques intéressantes.

L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime lacté. Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu (Robin).

Il est nécessaire de limiter la quantité de lait ingéré : une trop grande quantité de liquide surmène le rein, augmente la tension artérielle des malades qui sont déjà des scléreux, et finalement retentit sur le cœur.

Le poisson paraît augmenter l'élimination d'albumine.

Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine. Il est rare que l'addition de pain à un régime quelconque augmente la déperdition d'albumine (1).

L. B.

Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation.

A la déjà longue liste des médicaments galactogènes, il convient d'ajouter, d'après M. Bédart, l'électrisation, déjà préconisée par Erb et Estachy.

Des recherches de M. Bédart, il résulte, en effet, que la faradisation de la glande mammaire ou l'excitation, au moyen des diverses formes de l'électricité statique (souffle, aigrette, étincelle), de la surface du mamelon détermine la sécrétion, non seulement du côté électrisé, mais même du côté opposé. C'est donc là un précieux moyen à employer dans tous les cas où la sécrétion lactée devient insuffisante.

L. B.

(1) *Gaz. méd. du Centre*, mars 1901.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le 25 juin 1901, à huit heures du matin. Les candidats déposeront leurs titres au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, avant le 10 juin 1901. Pour les autres conditions, consulter l'affiche spéciale.

Marseille. — La commission administrative des hospices civils de Marseille a décidé, par 5 voix contre 4 et un absent, la suppression des aumôniers qui étaient logés et nourris dans les hôpitaux, ainsi que des sommes allouées pour les différents cultes.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : Les docteurs Danel (Mlle), Faivre, Lehmann, Marié, Savoire, Schlemmer, Soulié, Tourangin des Brissards, Belin, Bénard, Berbez, Blayac, Boulanger, Bucquoy, Corniet, Dromain, Fourrier, Francis, Froger, Ischall, Kœnig, Kuhn, Laffont (de Paris); Alexandre (d'Arques), Bachelez (de Saint-Omer), Bachelot-Villeneuve (de Saint-Nazaire), Balp (de Draguignan), Castaing (de Montmirail), Cavaillon (de Carpentras), Cayla (de Bergerac), Collongues (de Bagnères-de-Bigorre), Deshayes (d'Orléans), Desvergnes (de Verteillac), Doillon (de Vesoul), Dugan (de Bergerac), Fayart (de Niort), Girat (de Neuvy-Saint-Sépulcre), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Lebreton (de Lassay), Legrain (de Ville-Évrard), Lignac (de Villeneuve-de-Marsan), Linarès (de Lineuil), Marie (de Saint-Aignan-sur-Cher), Moulinier (d'Excideuil), Ollé (de Saint-Gaudens), Ollive (de Nantes), Paganel (de Saint-Silvestre), Petit (de Cette), Pouliot (de Givry-en-Argonne), Puech (de Rodez), Rouflay (d'Alger), Rousseau (de Bordeaux), Sallefranque (de Saint-Maur-les-Fossés), Salomon (de Savigné-l'Évêque), Sicard (de Castres), Steibel (de Tournan), Soula (de Pamiers), Vincent (de Monvaux).

Officiers d'Académie : Les docteurs Barré, Bosquain, Brouardel (G.), Cordonnier, Rozier, Tabary, Thierry-Azéma (Mme), Bailly, Balland, Bazerque, Beausse, Bioux, Blottière, Bouteron, Cachera, Calton, Charropin, Clairfond, Courtade, Douhet, Droubaix, Dubar, Dugardin, Dupont, Ertzbischoff, Gachet, Genesteix, Gilbert, Got, Gourichon, Grunberg, Labelle, Labit, médecin-major de première classe, Labitte, Lafount, Lelarge, Letellier, Magdelaine, Mercier, Michel-Dansac, Miot, Naudin, Netter, Nissin, Péraire, Phisalix (Mme), MM. Planchon, Pochon, Poirrier, Ponzio, Riche, Robin, Rouge, Ruault, Sée, Sicard, Sonrel, Terrien, Thérèse, Tissier, Vicente, Weisgerber (de Paris).

MM. les docteurs Agussel (de Ponthieu), Armand (d'Albertville), Aubineau (de Brest), Aubry (de Prunay-le-Gillon), Barbanneau (de Pouzauges), Bargy (de la Cellette), Barré (de Passais), Barre (de Caromb), Bellat (de Brenty-la-Couronne), Bertaille (d'Ancy-le-Franc), Bex (de Saint-Simon), Billet (de Marseille), Blond (de Chateauneufval-de-Bargis), Bole (de Roubaix), Bon (d'Orthez), Bonnaud, Boudon (de Gennevilliers), Bouvet (d'Angers), Brigault (de Sainte-Maure-de-Touraine), Bron (de Crazannes), Bureau (de Corbeil), Cadeau (de Tourcoing), Calbet (de Chatou), Campana (de Cervone), Capmas (du Vésinet), Carton (de Mehun), Castets (de Meés), Chabert (de Leiches), Chardon (de Rennes), Charvet (de Bois-Colombes), Chéron (de Tarbes), Christen (de Versailles), Christine (d'Asnières), Coguet (de Bordeaux), Courtade (d'Outarville), Crespin (de Valeine), Crouzet (de Nîmes), Dalbéra (de Contes), Daleine (de Noisy-le-Sec), Dausse et Dupeux (de Bordeaux), Dauzats (de Sceaux), Decourt (de Mitry), Mory Delair (de Nevers), Delaux (de Bresles), Delobel (de Noyon), Delpierre (d'Ansanvilliers), Delplanque (de Lille), Dorfan (de Montmeyron), Ducloux (de Cahuzac), Dulac (de Montbrison), Dulieu (de Longueval, Dupiellet (de Carleix), Ecoiffier (de Thuir), Evesque (de la Motte-Chalançon), Faucillon (de Chinon), Fayoux (de Niort), Filloux (de Contres), Folliot (de Château-Gontier), Fortin (de Rouen), Gagey (de Dôle), Gaillat (de Gand), Galibert (de Clermont), Gardette Garet (de Brest), Gauthier (de Preuily-sur-Loire), Gillard (de Suresnes), Guidicelli, Gougeon (de Laval), Groll (de Grenoble), Guertin (de Chalo-Saint-Mars), Guesdon (de Buzançais), Guibal (de Montpellier), Guidon (de Joigny), Guyot, Hermette (de Saint-Martin-de-Ré), Honney (de Scès), Izoard (d'Embrun), Jacquemart (de Saint-Julien), Klein (de Nantes), Kleinschmidt (de Montpellier), Knœri (de Reims), Lacurie (de Montgiscard), Lafourcade (de Bayonne), Laumet (de Troyes), Laurent (de Bois-Colombes), Laurent (de Cavillargues), Lefèvre (de Malakoff), Lefranc (de Clécy), Lejeune (de Clichy), Lemonnier (de Troarn), Lerat (d'Évreux), Lespine (de Verdun), Leuillieux (de Conlie), Luzet de Georges (d'Oléron), Magnan (de Luc-en-Diois), Marietti (d'Ajaccio), Martin (d'Issoudun), Martin (de Conches), Martres (de Betchat), Massard (de Saint-Henri-de-Marseille), Merveilleux (de Bou-Sper), Messier (de Badonviliers), Miltas (de la Souterraine), Mossel (de Mâcon), Ouvry (de Limeray), Paris (de Chantonnay), Paux (de Lille), Payan (de Marseille), Penot (de Malesherbes), Peyre (de Bordeaux), Plaignard-Flaissières (de Marseille), Platelli (de Rosult), Pombourcq (d'Acheux), Pommier (de Thorigny-sur-Vire), Pradel (de Prades), Rachet (de Honfleur), Rebière (de Bonnières), Renaud (de Gay), Ricard (d'Agen), Ricoux (de Levallois-Perret), Ringuet (de Trélon), Rion (de Challans), Rivière (de Bordeaux), Robin (de Pantin), Rodiet (de Moret-sur-Loing), Rossignol (de Vitré), Rouveyrolis (d'Aniane), de Saint-Fuscien (de Grandvilliers), Santelli (de Canari), Savidan (de Lannion), Schneider (d'Oran), Séguinard (de Bazas), Sérieux (de Ville-Évrard), Sizaret (de Saint-Ylié), Tarrade (de Châteauneuf-la-Forêt), Thierry (d'Ancy-le-Franc), Vandier (de Breloux), Vannereau (d'Auxerre), Verdenal (de Pau), Villemus (de Trest), Weill (de Versailles).

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 16 mars 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Robert, maintenu au 146e d'infanterie; — Dupeyron, maintenu au 67e d'infanterie; — Castel, maintenu au 87e d'infanterie; — Dumontier, maintenu au 84e d'infanterie; — Spite, maintenu au 8e d'infanterie; — Piot, maintenu au 32e d'artillerie; — Lepagnez, désigné pour le 162e d'infanterie; — Cornille, désigné pour le 2e zouaves; — Tayac, maintenu au 66e d'infanterie; — Pascaud, maintenu au 39e d'infanterie; — Fabre, désigné pour le 23e d'infanterie; — Bernardy, désigné pour le 81e d'infanterie; — Vaquez, désigné pour le 68e d'infanterie; — Martin, maintenu au 98e d'infanterie; — Pelletier, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Faveret, désigné pour le 1er d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Leymarie, maintenu au 105e d'infanterie; — Masure, désigné pour le 3e hussards; — Mainguy, maintenu à l'escadron de spahis soudanais; — Legrand, maintenu au 157e d'infanterie; — Bory, maintenu au 150e d'infanterie; — Oui, maintenu au 98e d'infanterie; — Peyroux, maintenu au 74e d'infanterie; — Coullaud, maintenu au corps expéditionnaire de Chine; — Lamoureux, maintenu au 46e d'infanterie; — Léon, désigné pour le 3e zouaves; — Couraud, désigné pour le 152e d'infanterie; — Gault, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Carrey, désigné pour le 5e d'artillerie; — Ponsot, désigné pour le 42e d'infanterie; — Mauviez, maintenu au corps d'occupation de Madagascar; — Caziot, désigné pour l'orphelinat Hériot de Maubeuge; — Renard, désigné pour la direction du service de santé du 7e corps d'armée; — de Lauwereyns de Rorendaele, désigné pour le 73e d'infanterie; — Guichard, maintenu au corps expéditionnaire de Chine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. André (de Marseille), Audric (de Trets, Var), Boullan (de Paris), Bridoux (de Beuvry), Licourt (de Châtillon-sur-Marne); Fayolle, ancien interne des hôpitaux; et de M. Durocher, étudiant en médecine (de Levroux).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traumatismes, infections et diathèses, par P. VILLEMIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge, de 550 p., avec fig. en couleurs dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 40. — JEUDI 4 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 4 AVRIL 1901. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE, par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* La tension intermittente de l'épigastre; — *Médecine infantile :* Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — VARIÉTÉS. La reine Marie Leczinska était-elle atteinte du « haut mal »? par M. CABANÈS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par M. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Parmi les maladies microbiennes, il en est qui, sans aucune prédisposition antérieure, s'attaquent indifféremment, pour ainsi dire, à tous les individus : telles sont la syphilis, la variole, la vaccine, etc. D'autres, par contre, propres aux organismes affaiblis et débilités, ont besoin d'un terrain préparé et spécial, sans lequel l'agent pathogène ne peut rien ; la tuberculose est de ce nombre. Pour ces dernières, la prophylaxie ne comporte pas seulement des mesures à prendre vis-à-vis de l'agent pathogène, mais elle doit viser, avant tout, les circonstances étiologiques susceptibles de débiliter l'organisme et chercher à les éviter dans la mesure du possible. Or, ce sont ces causes et ces moyens que je voudrais mettre en relief, dans cette communication.

L'étude de la tuberculose, comme celle de toute maladie, est justiciable de deux méthodes : l'observation clinique et l'expérimentation, qui s'entr'aident et se complètent, à la condition que la première serve de guide à la seconde. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et, trop souvent, l'expérimentation vient s'imposer à l'observateur. Appliquer à l'homme ce qui se passe chez le lapin ou le cobaye n'est pas rigoureusement exact, puisque les conditions de résistance de ces êtres, en face des agents pathogènes, sont loin d'être identiques. Aussi, croyons-nous que, pour avoir des données précises sur la prophylaxie de la tuberculose, il convient d'étudier le mode de développement de cette maladie chez l'homme, ce qui est chose facile, en présence des trop nombreux faits qui sont à notre disposition.

Il est digne de remarque, cependant, que, depuis la découverte du bacille de la tuberculose, l'observation de cette maladie chez l'homme, a été généralement négligée, et que la plupart des propositions présentées à cette Académie, ou ailleurs, dans le but de s'opposer à sa propagation, reposent bien plutôt sur des données expérimentales que sur l'étude clinique. Aussi, est-ce pour réagir contre cette tendance que nous nous sommes décidé à vous présenter ce travail qui résume 2192 observations, recueillies par nous, depuis bientôt quarante ans. Son objet est de prouver, que, pour devenir tuberculeux, comme pour faire du muguet de la bouche, une *prédisposition générale est absolument nécessaire* et, souvent aussi, une *prédisposition locale* ; car s'il en était autrement, chacun de nous aurait toutes les chances d'être phtisique, étant donné que le bacille tuberculeux existe partout, et qu'il n'est personne qui ne l'ait, à un moment donné, dans ses voies respiratoires.

Envisagée au point de vue des circonstances qui peuvent préparer le terrain et le rendre favorable à son développement, la tuberculose se répartit, d'après nos observations, de la façon suivante :

Tuberculose et alcoolisme	1229
Aération insuffisante ou sédentarisme	651
Misère et privations	82
Misère et grossesse	91
Tuberculose dans la famille (hérédité probable)	93
Contagion	46
TOTAL	2192

Nous excluons, à dessein, de cette statistique, les cas de tuberculose reconnaissant pour cause prédisposante une maladie dystrophique telle que les divers diabètes, le tabès, etc.

De ces chiffres, il résulte que plus de la moitié des phtisiques, observés par nous, sont des buveurs de longue date. Puis, viennent des personnes exerçant, pour la plupart, des professions sédentaires, logeant dans des appartements trop étroits, ou travaillant dans des ateliers encombrés ; en un mot, manquant d'air, et parfois d'exercice musculaire, toutes conditions favorables à la dénutrition de l'organisme humain. Sur un rang de beaucoup inférieur, se rencontrent des malheureux, vivant de privations ; des femmes grosses, soumises à de mauvaises conditions d'hygiène. Autant de cas qu'il est possible de faire entrer dans notre seconde catégorie et dont le chiffre, tout en s'élevant à 824, est de beaucoup inférieur à celui des tuberculeux alcooliques. En dernier lieu, viennent l'hérédité et la contagion, représen-

(1) Communication à l'Académie de médecine.

tées, la première, par le chiffre 93, la seconde, par le chiffre 46.

I. Alcoolisme et tuberculose. — Les 1 229 cas de tuberculose observés chez des buveurs, auxquels se trouvent joints 50 cas appartenant à des individus exerçant des professions à poussières — non seulement à cause des habitudes de ces derniers, mais encore parce que les poussières, même les plus insolubles, ne conduisent guère à la phtisie que les individus alcoolisés — se divisent tant au point de vue du sexe que de celui de l'âge, de la profession, des localisations anatomiques comme il suit :

Ages.	Hommes.	Femmes.
Avant 20 ans	5	4
De 20 à 30	121	40
De 30 à 40	307	160
De 40 à 50	306	69
De 50 à 60	115	37
De 60 à 70	30	11
Ages inconnus	15	9
TOTAUX	899	330

PROFESSIONS

Hommes.

Hommes de peine, terrassiers, etc.	107
Marchands de vins, garçons d'hôtel, de café, etc.	80
Charretiers, camionneurs, cochers	74
Employés de commerce, commis-voyageurs	67
Forgerons, chauffeurs, mécaniciens, etc.	56
Menuisiers, charrons, emballeurs	51
Cordonniers, selliers	46
Peintres en bâtiment	45
Tapissiers, ébénistes	40
Tonneliers	36
Maçons, tailleurs de pierre	41
Bouchers, charcutiers	33
Boulangers, pâtissiers	35
Cuisiniers	31
Plombiers, fumistes, couvreurs	27
Imprimeurs-lithographes	25
Horlogers, bijoutiers	23
Tailleurs d'habits, coupeurs	20
Gardiens de la paix	15
Chapeliers	10
Sans professions déterminées	37
TOTAL	899

Femmes.

Journalières, ménagères, etc.	75
Blanchisseuses	45
Couturières, lingères, fleuristes	45
Cuisinières	35
Filles de brasserie	29
Matelassières, tapissières, chiffonnières	20
Marchandes des quatre-saisons	19
Sans professions déterminées	62
TOTAL	330

Les altérations des poumons, dans ces différents cas, prédominent :

A droite	690 fois.
A gauche	268 —
Des deux côtés	271 —

Les autopsies, au nombre de 328, ont permis de constater : la forme granuleuse avec cavernes peu nombreuses et peu étendues, **186** fois ; la forme granuleuse avec cavernes étendues, **142** fois.

Indépendamment des lésions pulmonaires, il nous a été possible de constater l'altération des organes suivants :

Intestins	97
Larynx	95
Péritoine	54
Méninges	41
Reins	34
Rate	30
Foie	28
Organes génitaux	24
Système osseux	12
Ganglions du cou	8
Capsules surrénales	5
Cerveau	3

De l'analyse de ces faits, il résulte que la tuberculose du buveur se distingue : 1° par sa localisation habituelle au sommet du poumon droit; 2° par des granulations, ordinairement disséminées, rarement par une infiltration lobulaire.

Les poumons sont, en outre, congestionnés, parsemés de taches pigmentaires, du moins à leur surface, et, dans un certain nombre de cas, les granulations tuberculeuses sont elles-mêmes fréquemment pigmentées et noirâtres. Il existe enfin, dans les formes lentes et chroniques, une sclérose pulmonaire à peu près constante.

C'est donc à la partie supérieure du poumon droit que débute, en général, la tuberculose du buveur, et cette localisation suffit, à elle seule, pour mettre l'observateur sur la voie des circonstances étiologiques qui ont préparé le terrain favorable à son développement. Elle s'explique, du reste, croyons-nous, par l'état de la bronche droite qui, plus courte et plus large que la bronche gauche, imprime au sommet du poumon droit une activité plus grande, favorise l'élimination d'une plus forte proportion d'alcool et produit ainsi une irritation plus intense de ce côté que du côté opposé.

L'hémoptysie, symptôme commun de cette forme de tuberculose, se présente 1 fois sur 5 cas environ, et le plus souvent, au début de la maladie; la diarrhée est presque aussi commune (1 fois sur 6) ; l'albuminurie a été notée, en tout, 27 fois. La fièvre, généralement élevée, peut monter jusqu'à 40 degrés centigrades, du moins dans les cas d'infiltration granuleuse aiguë ; les sueurs ne sont pas rares.

Les plèvres, souvent adhérentes, étaient atteintes d'épanchement séreux 4 fois, d'épanchement purulent 9 fois; le pneumothorax a été constaté 7 fois.

La tuberculose du buveur procède presque toujours par poussées successives, laissant entre elles des temps d'arrêt, du moins pendant sa première phase ; il n'est pas rare, d'ailleurs, de la voir revêtir une forme aiguë et généralisée qui emporte rapidement le malade dans un état de délire et d'asphyxie.

Le plus souvent, toutefois, la mort résulte de la fièvre et du dépérissement général. Le délire, toujours rare dans la phtisie ordinaire, est, au contraire, fréquent dans la tuber-

culose du buveur, puisque nous l'avons observé environ 1 fois sur 7.

La fréquence plus grande de la tuberculose chez l'homme que chez la femme résulte de ce que cette dernière est, jusqu'ici, moins adonnée aux excès de boisson que le premier. Cependant, la véritable passion que crée, chez elle, l'usage des apéritifs et de toutes les liqueurs avec essence, comme je l'ai maintes fois constaté dans ces dernières années, me donne, en ce qui la concerne, de vives inquiétudes pour l'avenir.

La fréquence de la maladie à l'époque de la vie où l'homme est dans toute la plénitude de sa force, c'est-à-dire entre vingt-cinq et cinquante ans, est également d'une explication facile, puisque cet âge est celui des plus grands excès.

De même, les conditions particulières dans lesquelles se trouvent les personnes ainsi affectées qui, en général, sont des travailleurs robustes vivant au grand air, exerçant des professions qui exigent une grande dépense de force musculaire, et dont la santé ne laissait auparavant rien à désirer, sont la preuve convaincante qu'il s'agit bien d'une tuberculose acquise, préparée par les excès alcooliques.

Toutes les boissons spiritueuses contribuent à la genèse de la tuberculose et à son développement, comme le montre la statistique suivante :

Intoxications par les boissons avec essences	239
— par les essences et l'alcool	254
— par l'alcool	91
— par l'alcool et le vin	93
— par le vin	164
— mixtes (alcool, vin et essences	388
TOTAL	1229

De cette statistique il résulte que les essences sont les boissons les plus dangereuses au point de vue de la tuberculose; viennent ensuite les intoxications mixtes, puis celles que déterminent l'alcool et le vin, ces deux dernières boissons se trouvant placées à peu près sur le même rang.

Nous ferons remarquer que cette statistique ne concerne que Paris et ne peut s'appliquer à d'autres pays, pas plus qu'à d'autres contrées. Effectivement, en Normandie et en Bretagne, où le privilège des bouilleurs de cru s'exerce sur une grande échelle, et où l'usage de l'alcool est des plus répandus, cette boisson tient de beaucoup le premier rang dans la prédisposition à la tuberculose; et l'on conçoit que, dans d'autres contrées, il puisse en être autrement.

La recherche du degré de fréquence de la tuberculose, par rapport au nombre de buveurs, ne pouvait nous laisser indifférent; aussi avons-nous essayé de la faire aussi exactement que possible; en voici les résultats :

Alcooliques chroniques	1.984
— tuberculeux	853

Ce qui donne, pour les hôpitaux de Paris, 1 tuberculeux sur 2,33 alcooliques, chiffre véritablement effrayant, et qui, depuis longtemps, nous a conduit à dire que la *tuberculose était le plus grand danger de l'alcoolisme*.

II. **Aération insuffisante, sédentarisme et tuberculose.** — Les faits de tuberculose liée au défaut d'aération et au sédentarisme, auxquels nous ajoutons ceux que nous attribuons à la misère, aux privations et à la grossesse forment un total de 749 cas qui se répartissent, au point de vue de l'âge, du sexe, des professions et des localisations anatomiques, comme il suit :

Ages.	Hommes.	Femmes.
De 15 à 20 ans	66	77
De 20 à 25	91	67
De 25 à 30	93	49
De 30 à 40	109	74
De 40 à 50	45	32
De 50 à 60	14	13
De 60 à 70	6	4
Ages inconnus	7	2
TOTAUX	431	318

PROFESSIONS

Hommes.

Cordonniers	40
Employés de bureau	41
Bijoutiers, orfèvres	20
Employés de magasin	19
Tailleurs	30
Imprimeurs lithographes	15
Cuisiniers	12
Ebénistes, menuisiers	10
Chapeliers et cartonniers	15
Teinturiers	6
Professions diverses ou indéterminées	223
TOTAL	431

Femmes.

Couturières	102
Lingères, fleuristes	50
Domestiques	45
Cuisinières	25
Cartonnières et chapelières	27
Cordonnières, ménagères, etc	22
Professions diverses ou indéterminées	47
TOTAL	318

Les localisations pulmonaires, dans ces différents cas, se répartissent au point de vue de leur prédominance de la façon suivante.

A gauche	530 fois.
A droite	129 —
Non classés	90 —

Les altérations constatées dans les poumons nous donnent les chiffres suivants :

Forme lobulaire	170 fois.
Forme granuleuse	33 —
AU TOTAL	203 fois.

Les lésions observées dans les autres organes ont pour siège :

	Nombre de fois.
Les intestins	95
Le larynx et les bronches	67
Le péritoine	22
Les ganglions du cou	15
Les oreilles	10
Les méninges	9
La rate	9
Les reins	7

L'analyse de ces faits met en évidence deux points importants, à savoir :

1° La grande fréquence de la localisation tuberculeuse au sommet gauche; 2° la prédominance de la forme lobulaire ou caséeuse sur la forme granuleuse.

Le fonctionnement plus faible du sommet gauche par rapport au sommet droit, l'activité moindre des poumons chez les individus sédentaires et n'ayant à leur disposition qu'un cube d'air insuffisant, donnent, à notre avis, la clef du siège initial de la localisation tuberculeuse et de la forme que revêt, dans ces cas, l'altération pulmonaire. L'âge où survient cette variété tuberculeuse diffère, au reste, de celui où se produit la forme de tuberculose liée à l'alcoolisme. Quant aux professions, elles diffèrent également car, au lieu des professions qui exigent une dépense de force musculaire, ce sont, ici, les professions sédentaires qui prédominent.

Cette forme de tuberculose se manifeste par une matité généralement considérable à l'un des deux sommets ; le plus souvent, au sommet gauche et en avant, ou par des signes cavitaires étendus, avec expectoration abondante. Elle survient de préférence à l'époque de la croissance et surtout chez les jeunes gens internés dans des pensionnats ou des ateliers encombrés ou encore chez des femmes grosses et des nourrices mal logées ou mal nourries. A ces phénomènes s'ajoutent fréquemment de la diarrhée, des sueurs nocturnes, de la fièvre avec exacerbations vespérales.

La marche de cette tuberculose est variable et souvent rapide, du moins chez les jeunes gens et les jeunes filles récemment débarqués à Paris, travaillant dans des ateliers peu spacieux et mal aérés. Nous en avons eu 33 dans ces conditions qui ont succombé avant le sixième mois, et 106 avant la fin de la première année. En dehors de ces circonstances particulières, le mal évolue avec lenteur et peut se prolonger pendant des années, sous l'influence de l'aération et d'une alimentation fortifiante et réparatrice. En somme, la tuberculose, préparée, par l'encombrement et une aération insuffisante, a son maximum de fréquence pendant la période de l'accroissement ou peu de temps après, ce qu'il est facile de comprendre puisque c'est le moment de la vie où l'organisme a les plus grands besoins et subit les plus sérieuses dépenses. C'est pourquoi l'on doit surveiller avec soin cet âge qui est précisément celui des études et du travail, et cela, aussi bien dans les pensionnats et les lycées de garçons ou de jeunes filles, que dans les ateliers de couture qui emploient des personnes jeunes, arrivant de province, et du reste dans tous les ateliers, sans laisser de côté les grands magasins où le cube d'air est rarement suffisant pour le personnel employé.

Le sédentarisme, la misère, la grossesse, un accroissement excessif et par trop rapide, sont, comme l'indique le tableau de nos malades, des conditions qui viennent en aide à l'encombrement par ce fait qu'elles déterminent fréquemment des troubles digestifs qui viennent s'ajouter à l'insuffisance aérienne ou même alimentaire.

La différence de longueur et de largeur des deux grosses branches, qui nous a permis d'expliquer la localisation diamétralement opposée de la tuberculose chez le sédentaire et chez le buveur, nous donne encore la clef de la fréquence relative de cette maladie dans les deux sexes et de son changement de siège depuis une quarantaine d'années.

Tous les livres classiques sont d'accord pour reconnaître que la phtisie pulmonaire est plus commune à gauche qu'à droite. Or ce fait, demeuré incontestable jusque dans ces derniers temps, n'est cependant plus exact aujourd'hui, car c'est précisément le contraire qui a lieu. Tout médecin qui observe conviendra, en effet, que, maintenant, la tuberculose, chez l'homme du moins, est plus fréquente à droite qu'à gauche. Ce changement trouve son explication dans les faits que nous venons d'analyser; il est la conséquence logique des modifications apportées dans l'hygiène qui préside au développement de la phtisie pulmonaire.

Cette maladie, dans les siècles précédents et au commencement même du dernier, était surtout l'effet de l'encombrement, de l'étroitesse des rues et de la disposition malsaine des habitations en général humides, privées d'air et de soleil, d'où la localisation au sommet gauche.

Le jour où l'on commença à comprendre que l'air n'était pas moins nécessaire que l'aliment à la vie de l'homme, l'élargissement des rues dans les grandes villes et une meilleure hygiène des habitations amenèrent une diminution notable dans le nombre des phtisiques. Malheureusement, à partir de la seconde moitié du dernier siècle, et surtout depuis *la loi de* 1880, qui a accordé la liberté du débit des boissons spiritueuses, les excès de ces boissons ont accru le chiffre de la tuberculose dans des proportions considérables. Or, comme cette maladie se localise alors de préférence au sommet droit, il en résulte que la phtisie a pour ainsi dire changé de côté.

III. **Contagion de la tuberculose**. — La contagion de la tuberculose est une question des plus complexes et des plus difficiles, à Paris surtout. Aussi fut-elle niée, pendant longtemps, tandis que les médecins de province n'hésitaient pas à l'admettre. Par contre, depuis les recherches de Villemin et la découverte du bacille tuberculeux, l'opinion sur ce mode de transmission a totalement changé et je n'hésite pas à dire que son importance a été fort exagérée.

Effectivement, sur 2192 malades tuberculeux, nous n'en trouvons que 182 dans la famille desquels se rencontrent des cas de tuberculose, assez souvent, il est vrai, parmi des conjoints.

Néanmoins, attribuer absolument tous ces cas à la contagion, ce serait admettre que, dans aucun d'eux, la maladie n'ait pu être contractée autrement. Or, on m'accordera qu'il puisse en être différemment ; la preuve c'est que, sur 182 cas, nous trouvons :

	Nombre de cas.
L'alcoolisme	64
L'encombrement et les mauvaises conditions d'hygiène	68
La grossesse	4
L'absence de conditions fâcheuses, seulement	46
TOTAL	182

Si, sur ces cas, 46 fois la contagion est peu ou pas douteuse, elle est au moins contestable pour les autres; et ce qui nous conduit à le penser, c'est la durée variable de l'incubation qui oscille depuis cinq à six mois jusqu'à trois et quatre ans. L'incubation entre conjoints ayant été d'environ six mois, il nous est difficile d'admettre que, dans d'autres cas, elle ait pu avoir une durée de quatre années.

Ainsi il nous paraît impossible d'attribuer à la contagion les 182 cas en question.

Examinés au point de vue de l'âge, les 46 cas non douteux donnent les chiffres suivants :

Ages.	Hommes.	Femmes.
De 20 à 25 ans	1	4
De 25 à 30	3	4
De 30 à 40	9	11
De 40 à 50	4	5
De 50 à 55	1	2
Ages inconnus	2	»
TOTAUX	20	26

30 fois, la contagion eut lieu entre époux, 5 fois du père à la fille, 8 fois entre frères et sœurs, 3 fois entre camarades. A part trois maçons et quatre journaliers, chacun de nos malades exerçait une profession distincte; quelques-uns d'entre eux, comme un porteur aux Halles, n'étaient pas d'une sobriété exemplaire; le plus grand nombre occupaient des appartements petits, étroits ou n'avaient même qu'une petite chambre, pour tout local.

Cette dernière circonstance nous a paru l'une des plus favorables à la contagion tuberculeuse. C'est ainsi qu'une femme phtisique qui habitait un petit appartement au voisinage de l'Hôtel de Ville et qui exigeait que son mari restât à peu près constamment dans sa chambre étant venue à succomber, quelque mois plus tard, le mari, un fort Alsacien, sobre en apparence, tomba malade et mourut de la même façon. Ainsi, pour se produire, même entre conjoints, la contagion a besoin de conditions extérieures spéciales ou d'une certaine prédisposition de l'organisme, sans quoi elle serait certainement plus fréquente.

IV. **Hérédité de la tuberculose.** — L'hérédité de la tuberculose, très commune pour quelques médecins, est, au contraire, relativement rare pour plusieurs autres et nous sommes de ce nombre. La divergence d'opinion sur ce point, comme sur celui de la contagion, est certainement l'effet de la complexité du sujet.

En réalité, sur nos 2192 cas, la tuberculose existait dans la famille, y compris les oncles et tantes, 420 fois; or, sur ce chiffre nous constatons :

	Nombre de fois.
L'alcoolisme	137
L'encombrement et le sédentarisme	154
La misère et les privations	6
La grossesse	18
La tuberculose entre époux	12
TOTAL	327

Il reste ainsi 93 cas dans lesquels l'hérédité seule peut être mise en jeu, d'une façon à peu près positive. Effectivement, l'analyse de ces différents faits conduit à reconnaître qu'un certain nombre de malades sont devenus tuberculeux après l'âge de quarante ans, que plusieurs ont eu seulement des frères ou des oncles tuberculeux, que d'autres ont été atteints avant leurs parents ou que ceux-ci ont contracté la maladie plusieurs années après la naissance de leurs enfants.

Analysés au point de vue de l'âge, nos 93 cas se répartissent de la façon suivante :

De 15 à 20 ans	30
De 20 à 25	29
De 25 à 30	16
De 30 à 35	6
De 35 à 40	5
De 40 à 45	4
De 45 à 50	2
TOTAL	93

Si nous faisons remarquer que les hôpitaux de Paris, en dehors des hôpitaux d'enfants, ne reçoivent pas de malades au-dessous de seize ans, deux faits intéressants ressortent de cette statistique.

1° L'hérédité tuberculeuse est relativement rare par rapport au grand nombre des phtisiques ;

2° La tuberculose héréditaire, semblable en celà à la syphilis et à la plupart des maladies microbiennes, se manifeste dans les premiers temps de la vie tout au moins, pendant la période d'accroissement et d'une façon exceptionnelle seulement, à un âge plus avancé, de telle sorte que l'on doit considérer comme suspects les cas qui surviennent après trente-cinq et quarante ans. Elle se localise indifféremment aux deux sommets chez des individus assez généralement infantiles et se fait remarquer par une évolution relativement lente.

En résumé, l'hérédité est peu fréquente, et la contagion rare, du moins en l'absence de toute prédisposition première; et, au contraire, deux grandes causes favorisent son éclosion à savoir :

1° Les excès de boissons alcooliques, et surtout des boissons avec essences;

2° L'encombrement, avec aération insuffisante, et le sédentarisme.

Ces causes dont les effets immédiats sont la diminution de l'appétit, l'insuffisance de l'alimentation et, par suite, la dénutrition de l'organisme préparent peu à peu le terrain favorable à la germination et au développement du microbe. Certes, ce ne sont pas elles qui engendrent la maladie, mais on m'accordera que, sans elles, celle-ci ne se produirait pas; que devient, en effet, la graine, sans un terrain convenable et propice?

Si, d'un coup d'œil général, nous embrassons maintenant l'ensemble des faits en question, nous arrivons à reconnaître que, malgré l'unicité de l'agent pathogène, la tuberculose n'en présente pas moins des formes variées, en rapport avec les conditions d'hygiène défectueuse qui ont présidé à sa genèse et à son développement. En conséquence, si le bacille fait la lésion, le terrain, selon les circonstances qui l'ont préparé, la modifie, de même que le sol imprime au végétal sa physionomie et sa vigueur. Ce fait est pour nous d'une grande importance, car, si la tuberculose liée à l'alcoolisme diffère de celle qui résulte du défaut d'air et de lumière, les effets provenant de chacune de ces grandes causes sont, par celà même, mis en évidence et l'une comme l'autre exige des mesures prophylactiques spéciales.

Quelle action pouvons-nous donc exercer sur le germe de la tuberculose? Avons-nous la prétention de le détruire? Ce serait une folie; car il existe partout, même à San-Luis-de-Potosi, à 4500 mètres au-dessus du niveau de la mer. Toutefois, à l'aide d'une asepsie sérieuse et appropriée, il est possible de s'en préserver dans une certaine mesure; aussi, approuvons-nous les mesures conseillées à ce propos par nos éminents collègues, et applaudissons-nous au brillant rapport de notre distingué collègue le docteur Grancher. Néanmoins, nous sommes loin de considérer comme suffisantes les mesures qu'il préconise, car nous avons la conviction intime que, si l'on s'en tient à ces seuls moyens, la tuberculose continuera à s'accroître chaque année, et cela, dans des proportions surprenantes. Au reste, l'expérience a déjà répondu dans ce sens, et l'on peut lui demander si les ravages de cette dangereuse maladie ont diminué depuis

ces derniers temps. Toute personne de bonne foi répondra négativement et, d'ailleurs, il suffit de consulter les statistiques quotidiennes pour s'en convaincre.

En conséquence il nous faut autre chose que ce qui a été fait jusqu'à ce jour et, en présence de la difficulté ou de l'impossibilité d'atteindre l'agent pathogène, nous devons nous appliquer à éviter les conditions sans lesquelles il demeure impuissant.

Parmi ces conditions, celles qu'il importe surtout de viser, c'est l'abus des boissons alcooliques, qui tend à dénourrir les individus, et l'encombrement qui, par la privation de l'aliment le plus nécessaire à l'existence, l'oxygène de l'air, ce stimulant de toutes les fonctions organiques, est une cause non moins réelle de dénutrition.

Combattre l'alcoolisme d'une façon efficace, ce sera diminuer de plus de moitié le chiffre de la tuberculose en France. Aussi, devons-nous demander aux Pouvoirs publics la revision, ou mieux l'abrogation de la loi de 1880 qui accorde toute liberté aux débits de boissons. Cette loi pour laquelle le nom de *loi homicide* n'est que trop juste, à cause du nombre incalculable de victimes qu'elle fait chaque jour, constitue, nous n'hésitons pas à le proclamer, une des principales causes de la tuberculose en France. La preuve en est dans l'augmentation considérable de la consommation des boissons spiritueuses depuis sa promulgation et, aussi, dans l'augmentation notable des cas de tuberculose partout où, comme en Normandie et en Bretagne, on fait une grande consommation d'alcool et où, comme à Paris et ailleurs, on fait usage des amers et des apéritifs dans des proportions effrayantes. Elle est encore dans ce fait que la tuberlose, plus fréquente autrefois chez la femme que chez l'homme, est devenue beaucoup plus commune chez ce dernier dont les excès de boissons dépassent ceux de la femme.

Comme suite à cette première mesure d'une nécessité absolue, il importe de réduire et de limiter le nombre des cabarets, d'imposer des licences sévères aux débitants et d'exiger de chacun d'eux une moralité reconnue.

Sachant, en outre, que les boissons plus dangereuses au point de vue des troubles nerveux et de la tuberculose sont les boissons avec essences, nous tenons à rappeler la proposition déjà formulée par nous à cette tribune, dans la séance du 5 mars 1895 (1) : « La prohibition des boissons connues sous les noms d'*amers*, d'*apéritifs*, etc., disions-nous alors, ont une action pernicieuse sur l'organisme humain et comptent, dès maintenant, parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre ville, et bientôt sans doute, dans notre pays tout entier. » On voudra bien reconnaître qu'à ce point de vue nous avions raison car, depuis cette époque, le midi de la France qui, jusque-là, était demeuré sobre, a emboîté le pas et fait aujourd'hui une grande consommation de ces détestables liqueurs.

L'encombrement ne mérite pas moins que l'alcoolisme la sollicitude de l'administration supérieure; celle-ci doit savoir que l'air sain, autant et plus que l'eau pure, est un élément indispensable à la vie de l'homme. Après lui avoir demandé de fournir partout de l'eau de bonne qualité, nous venons lui réclamer de procurer à tous, à nos ouvriers surtout, l'air nécessaire à la santé, à la force, à l'existence même. Si l'on en juge par les pas de géant qu'a faits la question de l'approvisionnement de l'eau depuis les années 1880 et 1882, où nous signalions l'influence néfaste des eaux de l'Ourcq et de Seine sur la genèse de la fièvre typhoïde, et par les bons effets qui ont suivi, il est permis de croire que nous pourrons obtenir, pour la tuberculose, des résultats non moins sérieux lorsque l'air sera abondamment distribué à tous. Aussi serait-il urgent de reviser à cet égard plusieurs points de notre législation sur la construction des maisons et leur élévation, sur la largeur des rues, etc., etc., et de soumettre à une réglementation sévère les ateliers, les grands magasins, les pensionnats, les casernes, les prisons, les théâtres, etc., de telle sorte que chaque individu qui habite ou fréquente ces milieux ait un cube d'air suffisant. Il nous paraît non moins indispensable qu'il y ait dans les lycées, dans les casernes, dans les grands magasins, dans les grands ateliers où s'exercent des professions sédentaires, des appareils hydrothérapiques et des gymnases bien organisés dans le but de stimuler la nutrition générale des individus qui y séjournent, celle des poumons en particulier, puisque c'est en grande partie du peu d'activité de la fonction respiratoire que naît la tuberculose des sédentaires.

En conséquence, de même qu'en s'appliquant à fournir aux populations de l'eau pure on parvient à les mettre à l'abri de la fièvre typhoïde, de même, en répandant l'air partout (1) et, encore plus, en s'efforçant, par tous les moyens possibles, de prévenir les excès alcooliques, on arrivera presque sûrement à préserver l'humanité du plus grand fléau auquel elle soit exposée de nos jours, à savoir la tuberculose, qui est, comme nous l'avons dit ailleurs, la maladie de la civilisation.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(2 AVRIL 1901)

La question du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose continue à être à l'ordre du jour. M. Brunon qui, l'an dernier, au Congrès de Naples, avait déjà attiré notre attention sur les bienfaits de la cure libre en Normandie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1900, n° 57), soumet à l'Académie de médecine un **projet d'installation des tuberculeux à Rouen**, applicable d'ailleurs à toutes les grandes villes. Il s'élève contre les sanatoria, construits à grands frais et qui ne servent qu'aux malades riches, et propose l'utilisation des bâtiments déjà existants. Si ces derniers ne suffisent pas, pourquoi ne pas acheter les hôpitaux cantonaux qui immobilisent, pour quelques vieillards infirmes, un personnel nombreux ? Dans la lutte contre la tuberculose, il faut actuellement courir au plus pressé. S'attaquer aux grandes causes de la maladie : alcoolisme, air confiné, ignorance des lois de l'hygiène, rien de mieux. Mais en attendant que l'on puisse modifier les conditions de la vie moderne, l'installation de *tous* les tuberculeux, pauvres ou riches, à la campagne, dans des bâtiments déjà existants, constitue le meilleur moyen de restreindre les ravages de la tuberculose.

M. Lancereaux fait ensuite, sur la **prophylaxie de la tu-**

(1) E. LANCEREAUX. Effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme, et leur influence prédisposante sur la tuberculose. *Bull. Acad. de méd.*, séance du 5 mars 1895; — Voyez aussi article ALCOOLISME, in *Dict. encycl. des Sc. Méd.*, Paris, 1865.

(1) Cette demande, nous l'avons formulée à plusieurs reprises : voy. Distribution géographique de la phtisie pulmonaire, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1878, p. 647; — sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 janvier 1890.

berculose, une importante communication que nous reproduisons plus haut *in extenso*.

M. Hervieux lit à l'Académie un rapport sur le travail que M. Casteret (de Toulouse), consacre à l'étude de la durée de l'**immunisation variolique**. Un variolé est-il immunisé contre une nouvelle atteinte de variole ? L'auteur conclut que l'immunisation n'est pas indéfinie et qu'au bout d'une quinzaine d'années environ, on redevient apte à contracter de nouveau la variole.

Il y a quelques jours, M. Metchnikoff communiquait, à l'Académie, le résultat de ses recherches sur la fréquence des parasites de l'intestin dans les appendices enflammés. M. Moty, revenant sur le même sujet, apporte cinq nouveaux cas d'appendicite avec **présence d'oxyures dans la cavité de l'appendice**. Si les oxyures ont, jusqu'à présent, échappé aux observateurs, c'est que l'on n'a pas pris soin d'examiner l'organe immédiatement après l'opération et avant tout lavage à l'eau ou à l'alcool. De ces remarques découlent quelques conclusions importantes : S'il est vrai de dire, avec M. Moty, que les oxyures contribuent plus que les autres parasites à produire l'appendicite (du moins dans certaines contrées), il est évident qu'il faudra, dans tous les cas d'appendicite, rechercher si la maladie n'est pas due aux oxyures. Cette variété d'appendicite ne relève point de l'intervention chirurgicale (du moins au début), mais bien des purgatifs parasiticides. Elle montre que l'appendicite n'est nullement une maladie spécifique, mais que la plupart des agents pathogènes sont capables, dans certaines conditions, de faire une localisation appendiculaire.

M. Lucas-Championnière continue à nous convaincre de l'excellence de sa méthode de **traitement des fractures**. La malade qu'il nous présente a été atteinte, il y a peu de temps, d'une fracture de la diaphyse humérale.

Au lieu de lui appliquer le classique appareil plâtré, M. Championnière s'est contenté de prescrire le massage dès le premier jour et de faire reposer sur un coussin le membre contenu dans une écharpe. Aujourd'hui, le résultat est parfait : il n'y a pas de raccourcissement; les articulations voisines ont conservé toute leur mobilité : la malade s'habille et se déshabille elle-même sans aucune peine.

M. Piéchaud (de Bordeaux) a réussi a enlever un **corps étranger des voies aériennes** dans des circonstances particulièrement délicates. Un petit enfant de trois ans avait avalé par mégarde un clou de fer que la radiographie a montré s'être fixé dans la bronche gauche. S'inspirant des conclusions d'un récent travail de M. Gayet, l'auteur a pensé à retirer le corps étranger à l'aide de l'électro-aimant. Après avoir construit un cathéter en fer doux recourbé en forme de béquille, cathéter subissant et prolongeant en quelque sorte l'action de l'électro-aimant, et après avoir fait quelques expériences sur le cadavre, M. Piéchaud s'est arrêté au procédé suivant : une trachéotomie lente a été d'abord pratiquée sous l'anesthésie chloroformique absolue. Puis, l'électro-aimant a été mis en contact avec la plaie ; on frotte sur la peau du thorax sur le trajet de la bronche gauche. Ces différentes manœuvres n'ayant été suivies d'aucun résultat, M. Piéchaud a alors adapté le cathéter à l'électro-aimant et sondé doucement la bronche gauche : le clou adhère au cathéter et se présente bientôt par la pointe à la plaie trachéale. L'enfant garde la chambre deux jours : en dix jours, il était guéri.

Voici donc une méthode infiniment moins dangereuse et plus sûre que les autres procédés d'extraction des corps étrangers des voies aériennes, et l'observation de M. Piéchaud montre quels résultats elle peut donner lorsqu'elle est méthodiquement pratiquée.

M. Panas lit un rapport sur le travail que M. Coullomb (de Genève) consacre à l'étude des **kératomycoses**. Les cas d'infection cornéenne, dus à l'aspergillus fumigatus, se comptent jusqu'à présent : ils se caractérisent presque tous par une ulcération cornéenne centrale, à surface sèche, contenant à son centre une sorte de magma adhérent formé par le champignon lui-même. L'élimination est lente et s'accompagne de douleurs très vives. Cependant, le pronostic de cette affection est infiniment moins grave que celui de l'ulcère à pneumocoques, qui aboutit souvent à la fente purulente de l'œil.

Nous savons depuis longtemps que les sauvages empoisonnent leurs flèches avec le suc de certaines strychnées. M. Bureau a eu récemment l'occasion d'étudier les **strychnos africains**. Les strychnos sont très nombreux en Afrique, et particulièrement dans la région de la Côte-d'Ivoire. Comme les strychnos américains, leur suc contient des poisons extrêmement violents, mais dont l'action physiologique ou chimique n'a pas encore été étudiée suffisamment.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La tension intermittente de l'épigastre. — M. Bouveret décrit sous ce nom un nouveau signe qu'il pense avoir été confondu jusqu'ici avec le signe de l'ondulation épigastrique.

Le malade étant couché, on observe à la partie supérieure de l'épigastre une tuméfaction qui, à la palpation, donne à la main la sensation d'un ballon de caoutchouc modérément gonflé.

Cette tuméfaction est sonore et la sonorité varie suivant le degré de la tension de la paroi gastrique. « Elle est immobile, elle ne se déplace point à droite ou à gauche, elle n'est point agitée de petites ondes rappelant celles de l'ondulation épigastrique. Mais, pendant que vous l'observez, elle s'affaisse plus ou moins brusquement, et aussitôt se rétablit la symétrie des deux moitiés droite et gauche de l'épigastre. Puis, apparaît un nouveau soulèvement, peu de temps après suivi d'un nouvel affaissement. Ces alternatives se continuent ainsi pendant une durée variable, quelquefois pendant dix à quinze minutes. Elles donnent l'impression, à la vue et au toucher, d'un ballon alternativement gonflé et dégonflé par le jeu d'une pompe foulante et aspirante. »

Ce signe souvent peu apparent, doit être cherché de parti pris dans les premières heures qui suivent l'ingestion des aliments. Il faut souvent le provoquer par la succussion ou la dépression brusque de la paroi abdominale.

« On pourrait dire que la tension intermittente de l'épigastre représente le spasme tonique de l'estomac, tandis que l'ondulation épigastrique en représente le spasme clonique. »

M. Bouveret considère ce signe comme un signe très précoce de la sténose pylorique, organique ou spasmodique, il apparaîtrait avant l'ondulation épigastrique, et c'est là ce qui légitime la distinction de ces deux signes. (*Lyon méd.*, 31 mars 1901.) L. G.

MÉDECINE INFANTILE

Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës de l'enfance. — M. L. Guinon insiste sur ce fait bien connu des médecins d'enfants, c'est que le point de côté de la pneumonie, de la pleuro-pneumonie chez les enfants siège plus bas que chez l'adulte, dans le flanc,

ou dans la fosse iliaque. *Les enfants ont le point de côté dans le ventre.* Dans un cas que rapporte M. Guinon, ce point de côté put être pris pour le point de Mac Burney et faire songer à une appendicite.

On doit donc en conclure avec M. Le Gendre (Soc. de pédiatrie, 12 mars 1901) que « le point le plus important dans l'exploration de la fosse iliaque, quand on soupçonne une appendicite, n'est pas la constatation du point un peu schématique de Mac Burney ; mais qu'il faut tenir compte, au moins autant sinon plus, de la défense musculaire, des modifications du son de percussion, etc. », pour ne parler que des signes locaux. (*Rev. des mal. de l'enf.*), avril 1901.

F. R.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Depuis qu'on essaye de remplacer la créosote par les innombrables dérivés de la créosote ou du gaïacol, la lutte contre la tuberculose semble avoir perdu le terrain gagné précédemment. C'est qu'aucun de ses composés n'a donné des résultats aussi satisfaisants que la créosote elle-même, et surtout que l'huile de foie de morue créosotée.

L'huile dissout la créosote, l'émulsionne dans l'intestin, facilite son assimilation, développe et multiplie son action basalmique et antiseptique.

C'est ainsi que s'explique l'incomparable efficacité des Capsules Dartois qui contiennent chacune 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigrammes d'huile de foie de morue. — Cette préparation est incontestablement supérieure à toutes les mixtures plus ou moins complexes qui fatiguent rapidement les malades.

VARIÉTÉS

La reine Marie Leczinska était-elle atteinte du « haut mal »?

Par le docteur Cabanès.

Les princes ont de l'esprit par droit de naissance : c'est parce qu'il ne quitte pas les marches du trône que l'esprit ne court pas les rues. C'est affaire de courtisan, et avec quel zèle ils s'emploient à nous persuader que les enfants royaux ne sauraient être que des enfants prodiges. Les fées qui se penchent sur leur berceau manqueraient à leur plus importante mission si elles ne les dotaient point généreusement. Mais si elles pourvoient sous le rapport de l'intelligence ceux qu'elles prennent sous leur haute protection, elles oublient presque toujours de les gratifier des qualités du cœur.

Serait-ce que l'esprit ne puisse faire avec le cœur qu'une union mal assortie?

De nombreux exemples de cette mésalliance abondent dans l'histoire ; il n'en est guère de plus frappant que celui de Louis XV. Dès son plus jeune âge s'étaient révélées la sécheresse de son cœur et la vivacité de son esprit. Un seul trait suffira pour légitimer notre jugement.

On venait de fiancer le successeur du grand roi, l'héritier de la plus belle couronne du monde à l'infante d'Espagne. On n'avait, dans la circonstance, selon l'usage des cours, consulté que les convenances diplomatiques : les intéressés n'avaient pas voix au chapitre. Le plus âgé des deux avait onze ans ; celle qu'on lui destinait pour femme en avait quatre ! « Je suis plus avancé que vous, dit le roi au personnage qui venait lui annoncer la décision de ses conseillers ; j'ai une femme — et même un enfant ! » Nous aimons à croire qu'il ne mesurait pas la portée de ses paroles ; on nous vante tant, il est vrai, sa précocité, que tous les doutes sont permis.

On sait comment se termina l'aventure : on avait craint une tragédie, ce ne fut qu'un vaudeville. Après trois ans de séjour en France, l'infortunée princesse était brutalement renvoyée, tel un bibelot qui a cessé de plaire.

Les raisons invoquées étaient spécieuses : elle était « trop jeune » (on aurait pu s'en apercevoir plus tôt) ; elle n'avait pas crû « d'une ligne » en un an : elle pouvait répondre qu'étant Espagnole, elle grandirait. Ce qui était autrement grave, c'est qu'elle était « nouée dans les reins, point propre à avoir des enfants ». Et l'on ajoutait avec beaucoup de sens que « toutes ses petites grâces et son esprit ne servaient de rien pour cet ouvrage-là ». Si le prétexte n'était pas imaginé pour la circonstance, nous devons convenir qu'il était sérieux. Et nous en prenons occasion pour observer de quelles précautions, de quelles garanties on s'entourait avant d'unir deux familles princières (1). La remarque est d'importance ; elle a échappé à maints philosophes de l'histoire, plus préoccupés de prétendues lois qui, d'après eux, président aux événements, que des conséquences, à notre avis mieux démontrées, d'unions mal assorties, mal combinées au point de vue médico-psychologique et pathologique. Nous en avons touché jadis (2) quelques mots, mais la question vaudrait la peine d'être reprise : elle comporterait d'intéressants développements.

Le choix d'une épouse pour le roi de France était dicté surtout par le souci d'assurer la perpétuité de la race : la rupture des fiançailles avec l'infante, et les négociations qui suivirent ce grand acte en sont l'évidente démonstration.

Ces négociations touchaient à un sujet trop délicat pour être rapidement menées. Le premier ministre de « Sa Majesté très chrétienne » savait quelle part de responsabilité lui incombait ; il ne voulait pas agir à la légère. Nous avons dit ailleurs (3) comment, après avoir établi deux listes successives des princesses qui aspiraient à la main du jeune souverain, le duc de Bourbon arriva, par exclusion, à soumettre quatre noms à l'agrément de son maître. Or, parmi ces quatre, la future reine de France précisément ne figurait pas !

Comment le monarque fixa-t-il son choix sur la fille d'un roitelet détrôné, c'est ce que l'on connaît trop pour que nous y insistions. Les intrigues d'une courtisane (la marquise de Prie) y furent certes pour beaucoup, mais les aptitudes physiologiques furent également prises en grande considération : le rapport de l'envoyé du duc de Bourbon sur la fille du roi Stanislas en est la preuve indéniable. Ce rapport, comme l'a bien dit M. de Raynal, qui a eu la bonne fortune de le retrouver le premier, s'expliquait sur tous les points : *physique*, esprit, instruction, caractère, habitude de vie, rien dans ce rapport, plus détaillé que méthodique, n'avait été laissé dans l'ombre (4).

L'auteur de ce rapport, après avoir décrit avec minutie toutes les parties du corps, les parties visibles, donnait sur le tempérament de la princesse les informations les plus précises : elle était, écrivait-il, « d'une complexion point délicate, point sujette à *maladies,* » etc.

Il semblait que rien ne pût désormais s'opposer à l'union

(1) L'histoire nous montre quelle importance fut de tout temps et avec juste raison attachée au choix des princesses appelées à partager le trône de France et les longues négociations à la suite desquelles il fut le plus souvent réalisé. Celles qui avaient précédé le mariage des deux prédécesseurs de Louis XV étaient encore présentes à la mémoire de tous, et le duc de Bourbon, moins que personne, devait avoir oublié les graves préoccupations qui, au siècle précédent, avaient agité Henri IV et Marie de Médicis, et plus tard Anne d'Autriche et Mazarin. (Cf. de Raynal. *Le mariage d'un roi*, p. 94.)

(2) Cf. le chapitre : Ce qui se passait au mariage de nos rois. (*Cabinet secret de l'histoire*, 4e série.)

(3) *Cabinet secret*, loc. cit.

(4) De Raynal. *Le mariage d'un roi.*

projetée, puisque c'était avant tout une femme bien portante, bien saine que l'on recherchait. Mais la calomnie veillait, et le vers de Malherbe revient à l'esprit ;

> La garde qui veille aux barrières du Louvre
> N'en défend point les rois.

En mai 1725, le roi de Sardaigne écrivait à son petit-fils qu'il devait renoncer à son projet; que la Polonaise avait « des défauts corporels » ; que le bruit en courait avec persistance, et qu'il ferait bien de rompre le mariage, puisqu'il en était encore temps.

Les mémorialistes se faisaient, discrètement, dans des feuilles qu'on se passait « sous le manteau », l'écho de ces racontars. « On dit qu'elle a deux doigts qui se tiennent et des humeurs froides, » écrit l'avocat Mathieu Marais dans son journal; mais il s'empresse d'ajouter que « cela vient de la faction d'Orléans, à qui le mariage et tout mariage du roi déplaît ».

Les imputations qui étaient restées vagues vont prendre corps. Ce n'est plus d'une malformation de la main qu'il s'agit; le duc de Bourbon vient de recevoir une lettre confidentielle qui l'avise que Marie Leczinska est affectée du *haut mal*. La mère de la princesse a consulté une religieuse qui possédait, dit-on, un remède spécifique contre ce terrible mal, et l'on se fait fort de donner le nom de l'abbaye et celui de la religieuse.

C'est alors que le premier ministre se livre à une enquête des plus sérieuses pour rechercher le bien fondé de ces allégations. Il tient avant tout à s'assurer que la santé de la future reine est parfaite. C'est là, dit-il, le principal point, *le roi ne se mariant que pour avoir promptement des enfants bien conditionnés*. En conséquence, il envoie auprès de la princesse royale le chirurgien ordinaire de la reine, pour qu'il s'abouche avec le médecin de la jeune fille, qui « doit connaître son tempérament et savoir... si elle a quelques incommodités ou si elle en a eu dans sa jeunesse et de quelle espèce ».

De son côté, le chirurgien de la reine recevait les instructions les plus formelles. Il devait se rendre à Trèves, où habitait la religieuse qu'on avait signalée au duc de Bourbon et s'informer « s'il n'y a pas dans le couvent une religieuse connue par plusieurs remèdes qu'elle a contre différentes maladies..., après il s'informera, *sans découvrir de quelle part il vient*, sur le tempérament de la princesse Marie, fille du roi Stanislas. Il cherchera le moyen de savoir dans le cours de la conversation si elle n'est pas sujette à aucune infirmité principale et si la reine de Pologne ne l'a pas consultée quelquefois sur la santé de la princesse, sa fille. *Enfin, il se tournera de tous les sens qu'il pourra imaginer, sans découvrir l'origine de sa mission*, pour savoir quel peut avoir été le fondement de l'avis qui a été donné à Monseigneur le duc *et si effectivement l'infirmité que l'on attribue à la princesse Marie a lieu* (*sic*) *ou non* ».

Le chirurgien avait, en outre, reçu mission de voir le roi Stanislas, de faire appel à sa bonne foi, et de lui persuader que son intérêt personnel, *qui ne serait que passager*, devait céder devant le bonheur du roi et celui du royaume.

Il devait enfin écouter « la manière dont le roi Stanislas s'expliquerait sur la santé de sa fille », et rassembler « toutes les circonstances capables de la faire juger non seulement sur la vérité de l'avis » qui avait été donné au duc de Bourbon, mais encore « sur la santé de la princesse en général, sur les incommodités auxquelles elle a été le plus sujette dans le cours de sa vie et sur le fond de son tempérament ». Le chirurgien était également chargé d'examiner la princesse « le plus souvent et le plus particulièrement » qu'il lui serait possible, pour se rendre compte « du véritable état de sa santé et de son tempérament ».

L'honorable confrère s'acquitta très exactement de la tâche qui lui avait été confiée. A vrai dire, elle était difficile; nous dirions presque qu'elle était superflue. C'était, en effet, plutôt de tact, d'esprit d'observation dont il fallait faire preuve en l'espèce que de qualités de clinicien, au sens strict du mot. Aussi ne tiendrons-nous qu'un compte très relatif du certificat rédigé par les médecins à cette occasion.

Au surplus, comment s'assurer, en dehors des crises, si le malade soumis à notre examen est ou non épileptique? Par un habile interrogatoire du sujet ou de son entourage? C'est bien, semble-t-il, la conduite qui fut suivie. Serait-on tenté d'accuser les médecins-experts d'ignorance, encore conviendrait-il de se reporter à l'état de la science en ce temps-là. En tout cas, nous ne voyons pas qu'il y ait lieu d'incriminer la conscience et la sincérité des médecins commis à l'expertise.

Notre conviction se fortifie, d'ailleurs, de l'existence d'une pièce absolument démonstrative, qui établit que la demoiselle pour qui on avait consulté la religieuse de Trèves, était « âgée pour lors de *trente ans*, et qu'il y en avait sept qu'elle avait eu les premières attaques ». Or, c'est à 1716 que remontaient les consultations de l'abbesse; et, à cette époque, la future reine de France n'était âgée que de *treize ans !*

Il paraît donc nettement établi, d'après ce qui précède, que la jeune personne à laquelle s'intéressait l'épouse de Stanislas Leczinski, et qui avait eu des attaques de « haut mal », n'était pas la princesse Marie sa fille. Le bruit qu'on avait fait courir était une calomnie odieuse, tout comme, du reste, celui qui présentait la jeune fille comme atteinte de syndactylie.

Ces préliminaires établis, nous serons plus à l'aise pour réfuter une thèse très ingénieusement exposée, mais qui se trouve être en contradiction absolue avec les faits connus, et avec l'opinion que nous persistons à soutenir, en fort respectable compagnie.

Notre honorable contradicteur, M. le docteur Larger (1), prétend — nous résumons son argumentation, qui doit être connue de la plupart de nos lecteurs — que le certificat des médecins appelés à examiner Marie Leczinska était un « certificat peut-être de complaisance »; que tout le monde avait intérêt à ce que l'enquête prescrite par le duc de Bourbon eût un résultat négatif et que cette enquête fut, dès lors, « une simple comédie ; » que la reine de Pologne n'aurait pas porté à ce point intérêt à une étrangère, et que c'était bien réellement pour sa fille qu'elle consultait les empiriques; qu'on avait imaginé de donner trente ans à la personne en cause pour dérouter tout soupçon; qu'il était bien plus vraisemblable d'admettre qu'il s'agissait de la jeune princesse Marie, alors âgée de treize à quatorze ans, « l'âge des prodromes de la formation; celui où, chez les jeunes filles névropathes, éclatent d'ordinaire les accidents nerveux les plus variés. »

M. Larger ne se montre pas trop difficile sur l'étiquette à donner à la maladie : « Que Marie Leczinska ait eu des crises épileptiques *ou simplement hystériques*, peu importe : le terme de *haut mal* s'appliquait, au XVIIIe siècle, à l'une ou à l'autre de ces affections, parfaitement confondues par la médecine d'alors. Une chose paraît démontrée, c'est que Marie a eu des *crises convulsives* vers l'époque de sa formation, ce qui est l'indice certain d'une tare névropathique grave. »

Grave nous paraît bientôt dit. Les convulsions du jeune âge sont dues à des causes si variées, et parfois si insignifiantes : un trouble gastrique, des vers intestinaux, des accidents de la dentition, etc.! En devrons-nous conclure

(1) *Revue scientifique*, 27 septembre 1900.

que le système nerveux de la jeune fille en aura reçu un contre-coup dont il ne pourra désormais plus se relever?

Mais attendez! Il y a encore les antécédents héréditaires, dont on fait grand état. L'épouse de Stanislas est morte *hydropique*, et dans l'imbécillité mentale : on n'appuie, du reste, cette affirmation d'aucun témoignage probant. Quant à Stanislas lui-même, le père de Marie Leczinska, il fut *obèse, goutteux* et *alcoolique*. Le malheur est que M. Larger prend une fois de plus son désir pour la réalité. Celui dont il se réclame, M. Boyé, proteste contre l'opinion qu'on lui prête avec tant de complaisance; et, malgré les flatteries dont on l'accable, il proclame bien haut qu'on a mal interprété sa pensée : que Stanislas est mort des suites d'un accident (il était tombé dans le feu et avait été couvert d'affreuses brûlures); qu'il n'a jamais accusé le roi de Pologne d'intempérance.

Mais M. Larger tient à établir que Marie est une descendante d'alcooliques, et c'est pourquoi il fait entrer en ligne, « tant du côté paternel que du côté maternel, une série double d'ancêtres polonais... c'est-à-dire tous plus ou moins alcooliques. »

Quand Auguste avait bu, la Pologne était ivre.

Marie Leczinska, une dégénérée héréditaire! Encore une fois la preuve n'en est pas faite. La fille d'un obèse et d'une hydropique n'est pas, que nous sachions, fatalement une dégénérée (1); encore faudrait-il démontrer que les deux conjoints n'étaient pas en parfaite santé, au moment de la conception de l'enfant issu de leur conjonction.

Les antécédents personnels ne nous révèlent pas davantage, dans le cas particulier qui nous occupe, de tares physiques ou psychiques. On nous parle d'une *asymétrie de la face*, constatée sur des portraits peints, gravés ou sculptés du temps. Or, le docteur Gilbert Ballet a examiné avec soin les statues de Pajou et de Guillaume Coustou, qui sont au Louvre, le pastel fameux de La Tour, les portraits de Van Loo et de Louis Tocqué, également au Louvre, etc.; et, dans aucun de ces portraits, il n'a relevé « de stigmates physiques appréciables ». Donc, rien dans la physionomie qui rappelle une épileptique.

Sont-ce nécessairement des symptômes d'épilepsie que les terreurs nocturnes, les insomnies, les phobies, etc., la dévotion superstitieuse dont la reine de France donna de si fréquentes manifestations? Et l'anaphrodisie de Marie Leczinska, la mettra-t-on au compte du *mal comitial* ou de l'hystérie? « Pour rebuter son mari — nous empruntons les termes mêmes de M. Larger — il n'était prétexte qu'elle n'inventât, se disant sans cesse souffrante, à chaque fois qu'il (le roi) manifestait le désir de partager sa couche. Finalement, elle signifia solennellement au roi par son chambellan, qu'elle ne pouvait plus le recevoir chez elle. » Voilà, n'est-ce pas, qui est déconcertant; aussi imagine-t-on d'en tirer cette induction que cette reine continente avait de « l'aberration sexuelle » et que « des indices non douteux prouvent que la casuistique malsaine du confessionnal... avait puissamment contribué à développer en elle cette perversion d'un sens naturel ».

Jusqu'à présent on n'aperçoit pas l'ombre d'une présomption en faveur de l'épilepsie. Les dernières années de la reine, ont-elles été au moins marquées par quelque attaque, par quelque crise de haut mal?

Nous ne sommes qu'imparfaitement renseignés sur la dernière maladie de Marie Leczinska, mais ce que nous en savons nous permet d'inférer que rien dans les symptômes observés ne rappelle la maladie dont on veut que la reine de France ait été affligée.

(1) Et puis, comme l'a bien dit M. G. Ballet, combien vague est le terme de *dégénéré!* En a-t-on assez abusé, depuis que l'aliéniste Morel, je crois, l'a mis à la mode!

L'épouse de Louis XV est morte, âgée de soixante-cinq ans, d'une « maladie de langueur », que M. Larger présume être la tuberculose. Tenons son hypothèse pour vraisemblable; en conclurons-nous pour cela qu'elle était épileptique?

Du mariage de Marie Leczinska avec Louis XV naquirent, on le sait, six filles et deux garçons. L'un des garçons mourut en bas âge, l'autre, le Dauphin, a succombé très probablement à la phtisie. Quant aux filles, elles paraissent avoir surtout des stigmates de scrofulose ou d'herpétisme. Une d'elles, cependant, Marie-Adélaïde, nous est donnée comme *épileptique*. Mais Jacoby (1), qui s'en porte garant, se garde de nous faire connaître sur quels documents il établit sa conviction.

Après l'examen auquel nous nous sommes livré en toute impartialité et sans être guidé par une considération quelconque, étrangère à la science, nous nous croyons pleinement autorisé à conclure que *Marie Leczinska n'a point offert les symptômes du haut mal*, ni dans l'enfance, ni plus tard; et moins timoré dans nos conclusions que le professeur Ballet (2), nous nous croyons en mesure d'affirmer, parce que tout concourt à le démontrer, que l'opinion contraire à celle que nous soutenons est complètement dénuée de vraisemblance (3).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les nouveaux hôpitaux d'enfants viennent d'ouvrir leurs portes; on sait qu'ils ont été élevés pour remplacer l'hôpital Trousseau désaffecté.

Ces nouveaux hôpitaux sont au nombre de trois, Trousseau (nouveau), Bretonneau et Hérold.

Le nouvel hôpital *Trousseau*, situé rue Michel-Bizot, dans le XII[e] arrondissement, comprend 234 lits, il a coûté 2 140 000 francs.

Les médecins chefs de service sont MM. Netter et Guinon, le chirurgien est M. Broca, le chef du laboratoire M. Bourges.

L'hôpital *Bretonneau*, situé à Montmartre, rue Carpeaux (XVIII[e] arrondissement), comprend également 234 lits et a coûté 2 260 000 francs.

Médecins MM. Sevestre et Josias, chirurgien M. Félizet, chef de laboratoire M. Tollemer.

L'hôpital *Hérold*, place du Danube (XIX[e] arrondissement), n'est qu'une transformation de l'ancien hôpital du même nom. Il comprend 216 lits et a coûté 982 000 francs.

Médecins MM. Barbier et Jeanselme, chirurgien M. Albarran.

Au lieu des 596 lits de l'ancien hôpital Trousseau, ces trois nouveaux hôpitaux n'en ont que 584.

La vente des terrains a rapporté 5 millions, les dépenses nouvelles ont été de 5 382 000 francs. Avec l'augmentation considérable du personnel, cette transformation va donc être une nouvelle charge pour l'Assistance publique. Nous ne devrons cependant pas nous en plaindre, car ainsi que le font remarquer les *Archives de médecine des enfants*, avec ces hôpitaux modernes, les *cas intérieurs* devront être réduits ou supprimés et « on ne pourra plus dire qu'un *enfant meurt à l'hôpital de la maladie qu'il y a contractée* ».

(1) *Études sur la sélection*, Paris 1881.

(2) *France médicale*, mars 1901.

(3) Cet article était terminé quand notre confrère et ami, M. Alb. Prieur, rédacteur en chef de la *France médicale*, nous a communiqué une nouvelle lettre de M. Larger où celui-ci modifie assez sensiblement ses conclusions premières. M. Larger en arrive, après réflexion, à reconnaître que Marie Leczinska était « épileptique, *peut-être*, hystérique *probablement* ». Dès lors qu'il s'en tient à des conjectures, nous serons bien près d'être d'accord.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1901. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le foie mobile, par M. Maurice SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FORMULAIRE. Traitement des hémorragies internes par le chlorure de calcium; — L'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. A propos de la réorganisation nécessaire des services sanitaires maritimes. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Le foie mobile.

Par M. Maurice SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris.

Définition. — A l'état normal, le foie, examiné chez un individu placé dans le décubitus dorsal, est caché derrière les fausses côtes. Dans certains cas, cet organe descend dans l'abdomen, et devient accessible à la palpation et à la percussion. Ce changement de position du foie, qu'il ne faut pas confondre avec son hypertrophie, s'en distingue par un caractère pathognomonique, la mobilité de l'organe : d'où le nom de foie mobile ou de foie flottant. On l'a appelé encore foie ambulant, volant, errant.

Les foies mobiles sont, en principe, des foies sains; mais, il arrive assez souvent qu'ils soient le siège d'altérations de diverses natures qui s'accompagnent ou non d'hypertrophie. Quelques auteurs éliminent ceux-ci du cadre des foies mobiles. Nous croyons devoir, au contraire, les y maintenir, car le fait même de la mobilité entraîne des symptômes particuliers qui peuvent être et qui ont été la raison de certaines interventions thérapeutiques suivies de résultats appréciables.

On emploie souvent aussi, depuis Glénard, comme synonyme de foie mobile, le terme d'hépatoptose, qui signifie prolapsus du foie. A notre avis ces deux expressions ne doivent pas être confondues. Si, en effet, le foie mobile est *souvent* un foie ptosé, descendu, dont la limite supérieure s'est abaissée en même temps que la limite inférieure, il n'en est pas toujours ainsi. Il existe nombre de cas, où le foie, en raison de déformations de diverses natures, présente un bord inférieur mobile, descendant plus ou moins bas dans l'abdomen, tandis que son bord supérieur remonte dans le thorax aussi haut qu'un foie normalement situé. En un mot l'hépatoptose, prolapsus du foie, n'est pas un état commun à toutes les modalités du foie mobile, et les deux expressions ne sauraient être employées l'une pour l'autre.

Quoique assez anciennement connue et ayant fait depuis une vingtaine d'années l'objet d'importants travaux, cette affection est ignorée d'un grand nombre de médecins, et souvent méconnue.

Elle mérite pourtant d'attirer l'attention des cliniciens, tant en raison des erreurs d'interprétation auxquelles elle peut donner lieu qu'à cause de ses conséquences cliniques et des indications thérapeutiques qu'elle fournit. Le but de cette Revue est de faire connaître comment on peut actuellement envisager cette question.

Historique. — La première observation connue est due à Heister (1). Sauvages en 1768 (2), et surtout Portal en 1804 (3) font mention de l'*hépathocèle* due à la distension des ligaments du foie sous l'influence des chutes, des efforts, du poids de l'organe hypertrophié, qui le font descendre dans le bas-ventre et jusque dans le bassin. Cruveilhier (4), en 1895, décrit dans son *Anatomie pathologique* les déformations avec mobilité du foie; viennent ensuite en 1866 l'observation célèbre de Cantani (5) longtemps regardée comme l'observation *princeps*, et d'autres telles que celle de Léopold (6). La thèse inaugurale de Blet (7) où se trouvent réunis tous les faits connus jusque-là, au nombre de 10, est le premier travail d'ensemble sur ce sujet. L'année suivante, en 1877, paraît un travail de Legg Wickham (8), fait à propos d'une erreur de diagnostic où l'auteur, étudiant les 20 cas qu'il a pu relever dans la littérature médicale, en fait la critique et élève des doutes sur l'authenticité de la plupart d'entre eux.

Après une courte note de Müller (9) en 1882, paraît en 1885 l'importante monographie de Landau (10). Il réunit tous les cas connus, et après élimination des erreurs de diagnostic n'en accepte que 24 observations authentiques, (13 chez la femme et 11 chez l'homme). En recherchant systématiquement la position du foie chez tous les malades soumis à son examen, il retrouve « 14 cas de foie mobile prononcé et environ 50 cas de simple abaissement du foie ». Il étudie les divers moyens de suspension du foie, recherche les causes de son abaissement qu'il attribue avant tout à la diminution de la pression intra-abdominale consécutive à un relâchement plus ou moins marqué de la paroi.

A peu près à la même époque, en 1885, F. Glénard (11) fait connaître dans une série de travaux la fréquence du déplacement des viscères abdominaux et les symptômes qui en résultent.

Quoique ces travaux fussent plus spécialement consacrés à l'étude du prolapsus de l'intestin, leur auteur y mentionne

le foie mobile qu'il désigne le premier sous le terme d'*hépatoptose*, et qu'il rencontre chez 4,5 p. 100 des malades atteints d'entéroptose. En 1897, sur 1 300 malades il avait observé 51 cas. L'affection, systématiquement recherchée, lui paraît donc beaucoup plus fréquente que ne semblaient l'indiquer les statistiques de Landau et de ses prédécesseurs. Plus tard [1887-1900 (11)], en se servant d'un procédé nouveau, dit *procédé du pouce*, il retrouve la mobilité du foie dans des proportions beaucoup plus élevées, 20 p. 100 des cas (25 p. 100 des hommes et 15 p. 100 de femmes).

Après les travaux de Landau (10) et de Glénard (11) les observations se multiplient. Citons celles de Rosenkranz [1887 (12)], de Rohden [1887 (13)], de Terrier et Baudoin 1888 (14), de Pichevin 1888 (15), de Szigethy 1889 (16), de Einhorn 1889 (17). Curtins en 1889 (18), à propos d'un cas personnel, passe en revue les faits antérieurs et souscrit à peu près complètement aux conclusions de Landau (10). Citons encore les observations de Seluk 1890 (19), de Max Mann 1891 (20) et de Frank [1891 (21)].

Mais en même temps que les travaux cliniques s'appliquaient à élucider la pathologie et la symptomatologie du foie mobile, quelques chirurgiens cherchaient à porter remède à cet état morbide en fixant dans une meilleure position le foie à la paroi abdominale. Billroth 1884 (22), puis Tscherning en 1886 (23) avaient, après ouverture du ventre, fixé à la paroi un lobe flottant. G. Marchant en 1891 (24) pratique pour la première fois l'*hépatoptose* pour un déplacement du foie tout entier. En 1892 paraît la thèse de Faure (25), dans laquelle on trouve transcrites les 54 observations parues jusqu'alors. L'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic de l'affection y sont remarquablement mis au point, tandis que par de nombreuses recherches personnelles sur les modes de suspension du foie l'auteur s'efforce d'en éclairer la pathogénie.

Depuis la thèse de Faure ont paru pes observations isolées et quelques travaux d'ensemble. Les observations de Mathieu (26), qui en 1893 provoquèrent à la Société des hôpitaux une discussion à laquelle prirent part Legendre (26), Siredey (26), Rendu (26), et plusieurs articles de Godard-Daniex (27) [de Bruxelles] où l'on trouve 5 cas inédits, ont contribué à élucider la pathogénie et le traitement médical du foie mobile.

D'autre part, on voit se multiplier les cas d'intervention chirurgicale dus à Richelot (28), Desguin (29, Depage (30), Lannelongue et Faguet (31), Bobroff (32), Areilza (33), Franke (34), Péan (35), Delagénière (36), Lucas-Championnière (37), Blanc (38), Routier et Genouville (39), Terrier (40).

Enfin la question a été étudiée et mise au point dans une série de travaux d'ensemble parmi lesquels il convient de citer un très bon article de Létienne (41), les thèses de Couturier (42), de Sangline (43), de Duvernoy (44), et surtout le travail de Glénard (11), et l'étude de Terrier et Auvray (45), auxquels nous avons fait de nombreux emprunts et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir souvent au cours de cette Revue.

I

On a pu voir par l'historique qui précède, que les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence du foie mobile. Tandis que, pour les uns, il est rare; pour les autres au contraire, et notamment pour Glénard, il se rencontre très fréquemment, si on prend la peine de le rechercher systématiquement chez tous les malades, car il ne cause souvent aucun trouble subjectif propre à attirer l'attention.

Ces divergences d'opinion proviennent de ce que l'abaissement et la mobilité du foie se présentent à des degrés très variables.

Si l'on étudie la position du foie méthodiquement chez un grand nombre de malades dyspeptiques ou autres comme nous l'avons fait pendant plusieurs années dans le service de notre maître, M. Mathieu, à l'hôpital Andral, on peut catégoriser les cas dans lesquels le bord inférieur du foie déborde les fausses côtes, de la façon suivante :

1° *Le foie est hypertrophié.* — Sa limite supérieure atteint ou dépasse le niveau auquel elle s'élève normalement, tandis que sa limite inférieure est située plus ou moins bas dans l'abdomen. Ces foies hypertrophiés ne sont pas mobiles.

2° *Le foie est déformé, et simule l'hypertrophie.* — La limite supérieure atteint le niveau auquel elle s'élève normalement la limite inférieure est située plus ou moins bas dans l'abdomen. Ces foies déformés sont toujours mobiles et très mobiles.

Mais parmi ces foies déformés pseudo-hypertrophiques il y a lieu d'établir une distinction : A. les uns sont *mobiles en totalité*; par différents modes de palpation on peut sentir que non seulement la partie inférieure mais la totalité de l'organe peut-être ballotté; B. les autres sont seulement *partiellement mobiles*; la masse hépatique reste en place, mais une de ses parties se développe, se pédiculise pour donner naissance à un lobe normal qui est seul mobile.

3° *Le foie est abaissé en totalité.* — En même temps que sa limite inférieure s'abaisse, sa limite supérieure est aussi très au-dessous de la place qu'elle occupe à l'état normal. C'est selon l'exprsssion de Terrier et Auvray une véritable luxation du foie avec mobilité anormale. C'est à cette variété de foie mobile qu'ont peut appliquer le terme d'*hépatoptose*.

4° Mathieu (46) a montré que chez certains malades, tandis que le foie, pendant l'expiration, occupe ses limites normales, dans l'inspiration et surtout à la fin de l'inspiration, son bord inférieur descend notablement au-dessous des fausses côtes. L'organe fait ainsi à chaque respiration une excursion considérable pouvant atteindre 7 à 8 centimètres.

5° Enfin Fr. Glénard (11), étendant beaucoup le cadre du foie mobile, ajoute aux cas révélés par les modes de palpation classiques ceux que révèle un procédé spécial, dit procédé du pouce. Dans ces cas le foie déborde peu le rebord costal. Il est aussi assez peu mobile, en tous cas beaucoup moins que dans les types précédents.

Selon que l'on fera rentrer dans le cadre du foie mobile les trois premières catégories de fait (les seules admises par la plupart des auteurs) ou que l'on y admette avec Mathieu les foies mobilisés par les grandes inspirations et avec Glénard les foies dont la mobilité ne peut être mise en évidence que par le procédé du pouce, la fréquence de cette affection sera estimée bien différemment. En effet, en recherchant tous les cas publiés *de foie mobile accessible par les moyens d'exploration classiques au niveau de l'abdomen*, Glénard n'a relevé en 1900 que 80 cas. D'après mes recherches personnelles, l'affection me paraît moins rare qu'il ne semblerait d'aprés ce chiffre, puisque, en moins de deux ans pendant lesquels je l'ai recherché systématiquement, j'ai pu en observer 8 cas très accentués, tandis qu'au hasard des autopsies, j'en ai encore trouvé 4 cas. Nul doute qu'une recherche attentive et

systématique ne permette assez souvent au médecin de constater le foie mobile.

Mathieu (46), sur 372 femmes atteintes de dyspepsie, trouve dans 15 cas un foie fortement abaissé et dans 20 cas la mobilité respiratoire de l'organe, soit une proportion de 1 sur 10. Chez 428 dyspeptiques hommes, il note 13 fois l'abaissement extra-thoracique du foie, et 5 fois la mobilité respiratoire, soit une proportion de 1 sur 27.

Glénard considère le foie mobile comme très fréquent. Il ne donne pas la proportion des foies mobiles très fortement descendus, qu'il a constatés au cours de ses recherches; mais pour lui le foie mobile et ptosé décelable par le procédé du pouce est de constatation banale, puisqu'il le retrouve dans 20 p. 100 des cas des maladies de la nutrition.

II

Symptômes. — C'est par l'étude des *signes objectifs* que nous commencerons l'exposé des symptômes : eux seuls sont vraiment caractéristiques, les troubles subjectifs étant variables et inconstants.

La PALPATION est le mode d'exploration qui donne les résultats les plus précieux. Elle devra se faire suivant différents procédés.

La méthode de palpation classique, sur laquelle il est inutile d'insister, permet d'étudier les foies qui débordent largement les fausses côtes.

M. Mathieu (46) emploie ce qu'il appelle la *palpation respiratoire*. Voici en quoi elle consiste : « On se place à droite du malade, à la hauteur de sa tête, puis les bras passant par dessus le thorax, on enfonce légèrement l'extrémité des doigts des deux mains réunies en ligne, à quelque distance en dessous du rebord des fausses côtes, en déprimant la paroi abdominale, ni trop, ni trop peu. On remonte ainsi en cherchant à accrocher avec l'extrémité des doigts légèrement infléchis en crochet toute saillie sous-jacente à la paroi. Les doigts vont à la rencontre du bord du foie. En engageant le malade à faire des mouvements respiratoires assez amples, sans raidir trop les parois de l'abdomen, on peut faire que le foie vienne à la rencontre des doigts. Ceux-ci, en s'immobilisant peuvent attendre que le foie vienne les heurter. » On arrive facilement à déterminer ainsi les faibles changements de position du foie et l'étendue de la mobilité de l'organe sous l'influence de la respiration.

M. Glénard (11) a décrit, sous le nom de *procédé du pouce*, une méthode qui a pour but de rechercher le bord inférieur du foie et de la crête de ce bord, lorsque leur perception échappe aux modes classiques d'investigation. « Avec les quatre derniers doigts de la main gauche juxtaposés appliqués dans la région lombaire, on soulève la région lombaire droite; avec le pouce gauche, dont la pulpe est tournée en haut, on déprime la paroi antérieure du flanc droit au-dessous du siège présumé du bord du foie; la main droite déprime la paroi antérieure de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite par leur partie la plus déclive pour refouler du côté de l'hypocondre droit, sous le foie, la masse intestinale; enfin les mains étant solidement en place, on commande au malade un mouvement de profonde inspiration, et, pendant ce mouvement, on glisse la pulpe du pouce gauche de bas en haut et d'arrière en avant. Lorsque le foie est déplacé, on le sent descendre en avant du pouce qui fait sauter très nettement son bord tranchant. » Ce procédé, d'après son auteur, permettrait de révéler les ptoses les plus légères et d'éviter les erreurs de diagnostic dont les autres méthodes d'exploration se rendent souvent coupables.

Nous avons obtenu personnellement de très bons résultats en palpant le foie des malades dans le décubitus latéral droit, les jambes et les cuisses demi-fléchies. Le relâchement du ventre est dans cette position plus aisément obtenue, et le foie plus facilement accessible.

Disons aussi que la palpation bimanuelle doit être employée de façon à éviter de confondre l'hépatoptose et la néphroptose.

Enfin, l'examen et la palpation du sujet, dans la station debout, fourniront aussi des indications utiles.

Si l'on emploie successivement les différentes méthodes d'exploration, on voit qu'il existe bien des variétés de foie mobile. Les cas typiques, pendant longtemps les seuls connus, sont faciles à diagnostiquer. En mettant la main sur l'abdomen dans la région de l'hypocondre droit, on trouve une masse de consistance ferme, élastique, à surface lisse et dont on peut assez facilement délimiter le bord antéro-inférieur. Si, comme il arrive souvent, le ventre est flasque, on peut, en enfonçant les doigts, saisir pour ainsi dire, la partie inférieure de l'organe entre le pouce et les autres doigts et en percevoir facilement tous les accidents. On doit en rechercher la sensibilité, la consistance, la forme, l'épaisseur. Beaucoup d'observateurs insistent sur la possibilité de sentir l'incisure que le foie présente à sa partie moyenne et qui donne passage au cordon de la veine ombilicale. Quelquefois même on peut sentir, à droite de cette incisure, une petite saillie rénitente, qui est le fond de la vésicule biliaire. Il va de soi que, selon les variétés de foie mobile ce bord est plus ou moins irrégulier et sinueux. Son épaisseur est d'ailleurs faible; il donne d'ordinaire la sensation d'une arête mince. Cette minceur du bord du foie est, pour Glénard, très importante à constater. Quand on ne la constate pas, c'est, ou bien que le foie est hypertrophié, altéré (et pour cet auteur il ne mérite pas de faire partie de la maladie du foie mobile, conclusion que nous avons rejetée plus haut); c'est encore que l'organe qu'on a sous la main n'est pas le foie.

Le palper permet aussi de constater le signe capital, pathognomonique, *la mobilité de l'organe*. Sa position se modifie soit par la pression de la main, soit par les différentes attitudes, soit par les mouvements respiratoires.

La mobilisation par le palper est la plus fréquemment observée; elle est constante. Les auteurs insistent surtout sur *la mobilité verticale*. Les malades étant dans le décubitus dorsal, on peut refouler l'organe plus ou moins complètement sous les fausses côtes. On dit alors que le foie est réductible. Cette mobilisation verticale se fait ou directement en haut ou bien de droite à gauche, ou bien de gauche à droite. Dans beaucoup de cas, elle est très étendue, le foie pouvant être totalement ramené sous les fausses côtes. On a alors affaire au *foie totalement mobile*, autrement dit à l'abaissement du foie en masse. Elle manque, au contraire, ou est de faible étendue dans le *foie partiellement mobile* de Terrier et Auvray (*foie à lobe flottant*).

La *mobilisation latérale* est moins constante. Il est rare qu'un foie complètement réductible sous les côtes, se laisse déplacer latéralement dans une notable étendue. Au contraire, on trouve fréquemment un ballottement latéral, prononcé lorsque l'organe est ou peu mobile verticalement. Dans ces conditions, il indique l'existence d'un foie à lobe flottant.

La *mobilité antéro-postérieure* est constante. En effet, en

déprimant brusquement la paroi abdominale avec la pulpe des doigts, on peut refouler facilement en arrière le foie qui revient ensuite en avant frapper la paroi abdominale, oscillant ainsi autour d'un axe transversal. De même, si l'on emploie le procédé du pouce de Glénard, on peut facilement pousser l'organe d'arrière en avant. Ce ballottement antéro-postérieur est quelquefois assez marqué pour que le foie vienne prendre contact avec la région lombaire, d'où il peut être renvoyé en avant, donnant l'illusion d'un rein déplacé. Ce symptôme est expressément noté dans plusieurs observations. Il est vrai que la coïncidence fréquente, mais non constante, de la néphroptose et de l'hépatoptose fait qu'il est difficile de savoir si c'est au rein ou au foie qu'il faut attribuer ce phénomène. Quoi qu'il en soit, il est bien plus souvent noté et bien plus marqué dans les observations de foie à lobe flottant.

La *mobilité du foie dans les différentes attitudes* est notée dans d'assez nombreux cas. Si l'on trace successivement dans la station debout, et dans le décubitus dorsal, le niveau qu'atteint le bord inférieur de l'organe sur la paroi abdominale, on trouve entre les deux tracés un espace souvent considérable. Si on fait successivement asseoir et coucher le malade sur son lit, on peut voir le foie se réduire de lui-même sous les fausses côtes. La mobilité latérale dans le décubitus gauche est plus rarement signalée.

La *mobilité respiratoire* existe dans presque tous les cas d'hépatoptose. Elle est plus facile à noter dans la position horizontale que dans la station debout, car le foie, est dans cette dernière situation, en contact moins intime avec le diaphragme. Lorsque le prolapsus du foie est très marqué, le phénomène est des plus nets; il suffit de mettre la main sur l'abdomen pour le percevoir. Dans les cas moins accentués, il est nécessaire d'user de la technique conseillée par Mathieu ou du procédé de Glénard. Rappelons que pour ces deux auteurs un foie caché sous les fausses côtes pendant l'expiration et qu'on peut sentir pendant l'inspiration, doit être considéré comme un foie ptosé.

Quand la palpation fait croire à l'existence d'un foie mobile, on doit confirmer ces données par la recherche des conditions de *percussion*.

On peut à cet égard rencontrer plusieurs séries de faits. Dans les cas typiques (foie totalement mobile, hépatoptose) la limite supérieure de la matité hépatique est abaissée plus ou moins fortement. A l'état normal, on sait que la matité *thoracique* du foie s'étend sur une hauteur de 10 centimètres environ au niveau de la ligne axillaire, de 5 ou 6 au niveau de la ligne mammaire. Lorsque le foie est ptosé, cette matité thoracique diminue plus ou moins selon le degré de ptose, en même temps que la matité abdominale, qui normalement n'existe pas, s'étend plus ou moins bas. Dans les cas extrêmes, la matité thoracique n'existe plus, et même au delà du rebord des fausses côtes, le son pulmonaire peut être immédiatement remplacé par la tympanite intestinale. Pour retrouver la matité hépatique, il faut descendre de plusieurs centimètres, parfois très bas jusque dans la fosse iliaque, au niveau du plan de l'ombilic. La matité hépatique peut manquer complètement, ce qui s'explique par ce fait que des anses intestinales se glissent entre la paroi abdominale et le foie refoulé vers la profondeur.

Parallèlement à l'abaissement du bord supérieur on trouve la limite inférieure descendue tantôt débordant légèrement les fausses côtes, tantôt au voisinage de la crête iliaque. Enfin, pour éviter les erreurs de diagnostic si fréquentes dans l'histoire du foie mobile, il faut avoir soin de bien constater que la limite supérieure et la limite inférieure de l'organe sont reliées par une zone continue de matité.

Les signes de percussion que nous venons de signaler, sont ceux de l'*hépatoptose totale*. Ils ne se retrouvent pas dans toutes les formes du foie mobile.

Les *foies à lobe flottant* ont un bord inférieur mobile, abaissé à des degrés divers tandis que la limite supérieure thoracique reste normalement située; la partie mobile est reliée à la masse du foie par une zone continue de matité.

Cependant la distinction n'est pas toujours aussi tranchée entre les deux variétés. Nous avons, chez plusieurs malades, constaté pendant la vie les signes cliniques de foies à lobe flottants, alors que l'autopsie nous a montré l'existence de foies totalement mobiles mais présentant une déformation d'ensemble très marquée, pour la description de laquelle nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'*Anatomie pathologique*.

Cette variété de foie totalement mobile par déformation ne nous paraît pas rare; pourtant, nous n'en avons pas trouvé mention dans les observations publiées. Seul, M. Mathieu y fait une courte allusion dans son récent *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin* (46). M. Glénard (11) dit bien que tout foie ptosé est un foie déformé, mais je n'ai pu trouver dans son compendieux *Traité des ptoses viscérales* (11) de description anatomique, et il m'a semblé comprendre que c'est *a priori*, en s'appuyant sur des constatations cliniques toujours sujettes à caution plutôt qu'en faisant état de faits anatomiques précis, qu'il admet la déformation du foie dans la maladie du foie mobile.

Après qu'on aura examiné le foie on aura soin d'explorer les autres organes de l'abdomen, le rein, l'estomac, l'intestin, la rate. On trouvera souvent ces organes ptosés, abaissés. La coïncidence du rein mobile et du foie mobile est noté par tous les auteurs. Dans les degrés avancés de l'affection, il est rare qu'elle manque. Elle est plus fréquente dans la ptose totale que dans le foie à lobe flottant. Si on insuffle l'estomac on peut nettement juger de sa position. On trouve d'ordinaire la grande courbure débordant l'ombilic et la ligne costo-ombilicale dans une étendue variable. La palpation permet de percevoir la corde colique en différents points du trajet du gros intestin. Enfin Landau (10) a insisté sur la fréquence des vices de position de l'utérus, anté ou rétro-version, anté ou rétro-flexion, prolapsus, etc.

L'*inspection* du thorax et de l'abdomen mérite d'être faite avec grand soin. Certains auteurs ont signalé une étroitesse particulière de la base du thorax, et un resserrement marqué de l'angle xiphoïdien.

Pour Hayem (47), l'hépatoptose vraie, le prolapsus du foie s'observe de préférence chez les individus ayant un thorax large, à angle xiphoïdien large, à capacité thoracique considérable; au contraire, les thorax longs, à angle xiphoïdien aigu, à périmètre inférieur étroit, favoriseraient la déformation du foie et souvent la formation d'un lobe flottant par compression de la partie moyenne du foie au niveau des dernières côtes. Dans les observations qui nous sont personnelles nous avons observé tous les types de thorax et nous n'avons pu établir aucune relation entre l'état du squelette et celui du foie.

Les parois abdominales sont aussi dans un état très différent suivant les cas. Tantôt, surtout chez les hommes

mais aussi chez beaucoup de femmes elles sont résistantes, ne présentant aucune lésion ni de la peau, ni des parties molles sous-jacentes ; tantôt, au contraire, on constate un amincissement et une flaccidité extrêmes de la paroi abdominale : la peau est ridée, fanée, a perdu son élasticité est, parsemée de vergetures ; les parties sous-jacentes sont flasques, amincies ; souvent il existe de l'éventration par écartement des muscles droits de l'abdomen.

En outre, le ventre est déformé, asymétrique ; il bombe à droite, et cette voussure s'accuse si on regarde l'abdomen à jour frisant. Dans la station verticale, on voit cette déformation s'accentuer. De plus, comme les viscères abdominaux sont, en même temps que le foie, ptosés, ils font pression contre la partie inférieure sous-ombilicale de la paroi abdominale qui bombe, tandis que la partie supérieure, sus-ombilicale, est moins saillante, aplatie même. Il en résulte un aspect spécial du ventre, simulant la forme d'une outre. Lorsque les parois ont perdu leur résistance, les intestins la refoulent devant eux et, exagérant la disposition précédemment décrite, la font tomber au-devant du pubis, jusqu'à la racine des cuisses. On a alors l'aspect décrit par Landau sous le nom de VENTRE PENDANT.

Glénard (11) insiste sur l'aspect que présente parfois l'ombilic, qui peut être masqué par un repli cutané dû aux tractions que le foie déplacé exerce de haut en bas dans le sens antéro-postérieur par l'intermédiaire du ligament suspenseur sur l'ombilic.

Il est bon de faire observer que ces altérations des parois abdominales sont exceptionnelles dans le foie à lobe flottant, bien plus fréquents au contraire dans l'hépatoptose totale.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Ils sont des plus variables.

Quelquefois les malades ne ressentent aucun trouble subjectif et c'est par hasard, en s'habillant, en attachant leurs vêtements, qu'ils s'aperçoivent d'une *grosseur* dans l'abdomen. Mais plus souvent la maladie s'accuse par divers symptômes.

Il est rare que les phénomènes éclatent d'une façon *aiguë*, Cependant on a pu en relever quelques observations. A la suite d'une chute ou d'un effort violent, ou à la suite de quintes de coqueluche, les malades éprouvent dans le côté droit une sensation brusque de décrochement, de torsion, avec vives douleurs dans l'abdomen et la poitrine, respiration difficile, nausées, phénomènes de suffocation. Il y a tendance aux syncopes ; le pouls est précipité, petit, arythmique ; les malades sont en proie à une grande agitation nerveuse.

Ces cas de *luxation traumatique du foie*, comme les appelle Létienne (4), sont rares. Le plus souvent la maladie se développe insidieusement.

Les *phénomènes douloureux* sont de beaucoup les plus fréquents. Tantôt ils consistent en une sensation de gêne, de pesanteur abdominale, surtout marquée du côté droit et s'accompagnant de tiraillements au creux épigastrique, dans les reins, dans le bas-ventre. Ces troubles, plus pénibles que douloureux, s'exagèrent par la station debout, la marche, les efforts, tandis qu'ils s'atténuent très nettement dans le décubitus dorsal. Si en se plaçant derrière les malades on soulève avec les deux mains la partie inférieure de l'abdomen, on leur procure un grand soulagement : le port d'une ceinture bien faite est suivi du même résultat. Il est plus rare que les malades accusent la sensation d'un corps qui se décroche ou qui ballotte dans le côté droit de leur ventre.

Parfois les douleurs sont plus aiguës, il existe comme une sorte de point de côté abdominal s'exaspérant par la marche, qui devient souvent très difficile. On se croit en présence d'une colique hépatique fruste. De l'hypocondre droit, les douleurs peuvent irradier en différentes directions, dans les reins, les flancs, l'omoplate droite, ou bien descendre dans les aines, et la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs aiguës peuvent se montrer sous forme de crises, alternant ou non avec de simples sensations de pesanteur.

Des *troubles digestifs* variés viennent souvent compliquer la scène morbide. Le plus habituellement, les malades présentent le tableau de la dyspepsie asthénique avec pesanteur et gonflement de l'estomac après leurs repas, sensation d'étouffement, palpitations, bouffées de chaleur à la figure, tous phénomènes qu'on peut aussi bien attribuer à l'entéroptose concomitante qu'à l'hépatoptose même. Plus rarement on observe des gastralgies violentes, des vomissements répétés, nauséeux ou douloureux, des flatulences fréquentes et répétées. Il n'est pas très rare d'observer, comme dans le rein déplacé, de véritables crises gastriques très analogues à celles du tabes. Chez une malade observée avec le professeur Terrier, nous avons pu constater tous les signes fonctionnels et physiques (stase gastrique à jeun) de la sténose pylorique. Ces phénomènes ont disparu par une hépatopexie et la malade qui, avant l'opération, était dans l'impossibilité absolue de se nourrir et dépérissait de jour en jour, vit, après l'intervention, tous troubles digestifs disparaître et son poids remonter de 10 kilogs en moins de quatre mois.

La *constipation opiniâtre*, avec ou sans entérite muco-membraneuse et sable intestinal, fait partie du tableau de la maladie, mais elle est plutôt due à l'entéroptose, et au spasme intestinal qui l'accompagne, qu'au déplacement du foie lui-même.

Exceptionnellement on a cité l'*ictère* dû à une coudure du canal cholédoque, l'*ascite* due à une difficulté de la circulation dans la veine porte, l'*œdème des jambes* peut-être dû, comme le pense Faure, à une coudure de la veine cave amenant des troubles de la circulation veineuse de la partie inférieure du corps.

Enfin on trouve signalée l'existence de phénomènes rarissimes et dont la pathogénie est difficile à expliquer : *fréquence des mictions*, *albuminurie*, *pertes blanches abondantes*, *métrorragies*, *purpuras*. Ce sont probablement de pures coïncidences.

Mais nous devons particulièrement insister sur les *troubles névropathiques* qu'on rencontre chez presque tous les malades atteints de foie mobile, et qui sont d'ailleurs ceux-là même qu'on rencontre dans la néphroptose et l'entéroptose. Ils ont le caractère des stigmates de neurasthénie. Céphalée en casque avec ou sans vertiges, troubles oculaires, bourdonnements d'oreille, clou à la nuque, plaque sacrée, fourmillement et refroidissement des extrémités, fatigues du matin. Ce sont aussi des palpitations, des bouffées de chaleur, des vertiges, des troubles oculaires et même des crises spasmodiques rappelant plus ou moins les crises d'hystérie, enfin une série de troubles sensitifs et moteurs très variés dont nous pourrions sans intérêt indéfiniment allonger la liste. Signalons pourtant tout spécialement les troubles mentaux, les phobies de toutes les variétés, l'hypocondrie qui conduit souvent les malades à la morphinomanie. Sans doute la neurasthénie, avec tout son cortège de maux, n'est

pas créée de toutes pièces par l'hépatoptose et l'entéroptose qui lui est associée, mais elle est une cause provocatrice très puissante chez les prédisposés.

Pour M. Glénard (11) les conséquences de l'hépatoptose sont beaucoup plus considérables. Pour lui, cet état morbide, très fréquent puisqu'il l'a retrouvé chez 20 p. 100 des sujets atteints de maladies de la nutrition, serait l'indice d'une altération (non cirrhotique) dans la structure et les fonctions de la glande hépatique. Les troubles de la nutrition et la viciation des humeurs qui en résulteraient, engendreraient tout le groupe des maladies par ralentissement de la nutrition qu'on a l'habitude de ranger dans le cadre de l'*arthritisme*. Aussi l'auteur propose-t-il de remplacer ce terme par celui d'*hépatisme*. Nous nous contenterons de citer cette opinion sans la discuter. Faisons seulement observer que nous voulons surtout dans cette Revue étudier les formes accentuées du foie mobile dans la symptomatologie desquelles les troubles arthritiques tiennent une place secondaire, tandis que M. Glénard, pour établir sa théorie, s'est surtout appliqué à rechercher par son procédé du pouce les ptoses et les déformations peu prononcées de la glande hépatique qui échappent à nos moyens d'investigation habituels et qui sont en somme plus rapprochées des précédentes dans la théorie que dans la pratique.

III

Diagnostic. — Il repose uniquement sur la constatation des signes physiques. On peut considérer comme presque *pathognomonique* l'ensemble symptomatique suivant : présence dans la partie droite de l'abdomen d'une tumeur plus ou moins volumineuse, mobile à la palpation et dont la matité fait nettement suite à la matité hépatique. Comme sgnes confirmatifs surtout utiles dans les cas peu prononcés, on peut y ajouter la mobilité respiratoire recherchée par le procédé de Mathieu et le signe considéré par Glénard comme essentiel : arête vive sur le bord inférieur de la tumeur suspecte qu'on constate facilement par le procédé du pouce.

Le diagnostic du foie mobile est, en somme, assez facile; si les erreurs auxquelles donne lieu cette affection sont si fréquentes, c'est parce qu'elle est mal connue et qu'on n'y pense pas. Sur 14 cas où la fixation du foie a été pratiquée, 9 fois on avait méconnu le foie mobile avant l'ouverture du ventre. D'après Glénard (11), sur 20 cas où la vérification du diagnostic a pu être faite par l'ouverture du ventre, dans 35 p. 100 des cas il y a eu erreur de localisation, celle-ci ayant été placée dans un autre organe que le foie.

L'erreur contraire, consistant à prendre pour un foie mobile une tumeur abdominale d'une autre nature, a été plus rarement commise. Cependant, elle s'est produite assez souvent pour que certains auteurs tels que Landau (10) aient pu, sur 32 cas publiés en 1885, relever 8 erreurs de diagnostic et que Glénard, après étude des 80 cas publiés jusqu'en 1900, n'admette que 42 cas authentiques; il est vrai qu'il élimine du cadre de l'hépatoptose les foies mobiles qui sont le siège d'altérations anatomiques importantes.

Le foie déplacé a été confondu avec la plupart des tumeurs qu'on rencontre dans la cavité abdominale.

L'hépatoptose totale ou foie totalement mobile dans lequel la tumeur abdominale est de volume considérable, où la mobilité en masse de l'organe est facilement perceptible, où la matité normale de l'hypocondre droit a fait place à de la sonorité est aisément reconnaissable; tandis que le foie à lobe flottant, où la masse hépatique principale a gardé sa position normale et où les dimensions de la tumeur flottante sont plus réduites, prête à de plus fréquentes erreurs.

L'hépatoptose totale sera difficilement confondue avec les diverses variétés d'hypertrophies du foie, où l'organe n'est pas mobilisable par la palpation, où la matité hépatique remonte plus haut que normalement dans le thorax, refoulant les fausses côtes et faisant saillir la partie supérieure de l'abdomen. Cependant, lorsque l'hépatoptose est peu prononcée, elle peut être prise pour une hypertrophie légère si on n'a pas soin de rechercher minutieusement les signes classiques et de mesurer les dimensions du foie.

Une des erreurs les plus fréquemment commises est celle qui consiste à prendre le foie mobile pour le *rein mobile* : les troubles fonctionnels d'une part, presque absolument identiques, la même sensation de tumeur mobile dans la fosse iliaque sont communes aux deux affections. Les caractères fondamentaux de l'hépatoptose totale la différencient suffisamment. Mais le foie partiellement mobile a des caractères moins tranchés. Le rein mobile se distingue en ce que la palpation bimanuelle montre que le rein prend le contact lombaire. Mais ce signe peut être observé dans le foie mobile : témoin les observations de Ritter von Hacker, et de Tsherning (23), auxquelles nous devons ajouter un cas que nous avons observé avec le professeur Terrier.

D'ailleurs nous savons que le foie flottant coexiste souvent avec le rein mobile. Le diagnostic de l'une ou l'autre lésion est rendu difficile par ce fait signalé par Gérard Marchant (24) que les signes physiques varient souvent d'un jour à l'autre chez de tels malades, de sorte que tantôt l'on sent simultanément le rein et le foie, tantôt le rein seul ou le foie seul.

Les *tumeurs parties du petit bassin* et qui s'élèvent plus ou moins haut dans la cavité abdominale, en particulier les *kystes de l'ovaire*, peuvent prêter à confusion : l'interrogatoire, l'évolution de la tumeur, ses coïncidences pathologiques, le toucher vaginal, permettront de les distinguer.

Certaines tumeurs de l'intestin, du côlon, du pylore, jouissent d'une certaine mobilité. Elles sont en général peu volumineuses. Leur position, leur absence de matité, enfin, dans les cas douteux, l'insufflation de l'estomac et de l'intestin permettront, dans la plupart des cas, d'en établir la localisation exacte.

Les *tumeurs du grand épiploon* sont mobiles dans tous les sens, mais la matité de la tumeur épiploïque est séparée de celle du foie par une zone sonore.

Les *tumeurs du mésentère* sont situées en arrière du paquet intestinal et ne donnent pas de matité. Elles sont d'ailleurs situées sur la ligne médiane.

IV

Anatomie pathologique. — Nous n'avons encore sur l'état anatomique des foies mobiles que des notions rudimentaires : en effet, d'une part, les autopsies en sont rares, d'autre part, les examens faits au cours des laparotomies, d'ailleurs peu nombreuses aussi, sont forcément incomplets.

Les observations anatomiques des auteurs ont trait au déplacement du foie, au relâchement de son appareil suspenseur, enfin à sa déformation.

La *position* que peut occuper le foie dans son déplace-

ment est très variable. Rapportons d'abord les cas tout à fait prononcés.

Demarquay a signalé un renversement tel de l'organe que la vésicule occupait la partie supérieure, tandis que le sillon transversal regardait en avant et en haut. Plus souvent on trouve notée la disposition inverse. Kirmisson (48) a trouvé un foie présentant en avant son bord postérieur tandis qu'en arrière, dans la concavité du diaphragme, se trouvait le bord mince tranchant. Pour remettre l'organe en position, il fallait le placer dans l'hypocondre gauche. L'auteur admet que le foie primitivement placé dans l'hypocondre gauche a subi un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite.

Griffiths, Trush (49) ont constaté un foie tournant sur son axe transversal, sa face supérieure étant en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen et son bord antérieur occupant la fosse iliaque.

C'est d'ailleurs cette situation du foie qui paraît être la plus souvent observée et que nous retrouvons dans les descriptions de Faure (25), de Landau (10), de Glénard (11), de Leube (50). La descente du foie est plus ou moins marquée; le plus fréquemment la face supérieure reste en partie en contact avec le diaphragme caché sous les fausses côtes, tandis qu'une partie de sa face supérieure devient antérieure et que le bord tranchant devient inférieur. Il est très rare qu'il existe une descente de l'organe telle que sa masse tout entière perde contact avec le diaphragme. En résumé, comme le font observer Terrier et Auvray (45), le foie s'abaisse en subissant un mouvement de bascule qui porte l'extrémité antérieure du lobe droit vers la ligne médiane.

On a pu noter dans quelques observations que le foie, après être descendu dans l'abdomen, avait été fixé par des adhérences dans sa nouvelle position (Observations de Demarquay, Richelot, Symonowski, Bobroff).

Pour expliquer ces vices de position, on a cherché des *lésions du côté de l'appareil suspenseur.*

Longuet (51) a relaté, à la Société anatomique de Paris (1874), l'histoire d'une femme de vingt-quatre ans chez laquelle le ligament coronaire et les ligaments latéraux n'existaient pas; le foie n'adhérait aux parois abdominales et aux organes voisins que par le ligament suspenseur falciforme et une sorte de pédicule constitué par la veine porte, l'artère hépatique et le canal cholédoque. L'organe, libre par tous ses bords, n'adhérait pas au diaphragme. Il n'y avait pas d'épiploon gastro-hépatique. Le foie, très mobile, dépassait les fausses côtes de quatre travers de doigt.

Kirmisson (48), en 1880, signale également l'absence du ligament large.

Symonowski a noté, au cours d'une autopsie, un allongement considérable des ligaments.

Leube (50) relate une observation de foie mobile chez un cardiaque. Le ligament suspenseur mesurait 7 centimètres et demi de longueur. On pouvait repousser le foie en haut; il était d'une mobilité extrême.

Faure (25), dans une autopsie où le foie était d'une mobilité extrême, mais dont l'observation clinique n'a pas été prise pendant la vie, a noté, en même temps que l'état normal des ligaments, une laxité extraordinaire de la veine cave.

Dans les autopsies de Trush (49), de S. Mann (20), dans quatre autopsies de Glénard et dans deux cas personnels, il est noté qu'il n'existe aucun allongement des ligaments, qui sont absolument normaux.

Quelques observations ont été faites au cours des laparotomies.

Péan (35) a vu la veine cave repliée sur elle-même et le ligament suspenseur très allongé et vascularisé.

H. Delagénière (36) trouve le ligament suspenseur très hypertrophié, et il a l'aspect œdémateux. Le bord postérieur du foie, devenu supérieur, paraît retenu en arrière par un méso, qui n'est autre que le ligament coronaire, très allongé, et attiré en avant.

Lanelongue [de Bordeaux (31)] constata l'absence du ligament suspenseur.

Ainsi donc, les lésions de l'appareil suspenseur du foie sont inconstantes et de natures diverses. Elles ne peuvent suffire à elles seules à expliquer la mobilité de l'organe.

C'est à la déformation du foie qu'il faut attribuer, croyons-nous, la plus grande part. Celle-ci est fréquente, constante même si l'on en croit Glénard. Tantôt elle porte sur l'ensemble de la glande, tantôt sur une partie seulement.

Les documents anatomiques manquent presque complètement sur la *déformation totale* de la glande. Glénard dit bien que tout foie ptosé est un foie déformé, mais nous avons vainement cherché dans son compendieux ouvrage une description précise, et il nous a semblé que c'était plutôt par suite de considérations théoriques un peu vagues que par l'observation de faits anatomiques qu'il a basé son opinion.

Nous avons eu l'occasion de faire l'autopsie de deux malades chez lesquelles nous avons constaté pendant la vie tous les signes de la mobilité totale du foie. Or voici ce que nous avons observé sur le cadavre. Les deux cas étaient presque identiques.

A l'ouverture du ventre, le foie débordait largement les fausses côtes et on retrouvait la même mobilité que pendant la vie; ni les ligaments, ni la veine cave ne nous ont paru relâchés. Mais la face supérieure du foie, au lieu d'être cachée sous les côtes et moulée sur la concavité du diaphragme, s'en écartait dans une notable étendue de sa partie antérieure de telle façon, qu'il existait à ce niveau un espace assez large pour permettre l'introduction des doigts. En extrayant le foie de l'abdomen, il était facile de se rendre compte de la raison d'être de cette situation. L'organe présentait en effet une déformation toute spéciale. La face antéro-supérieure, au lieu d'être régulièrement convexe comme les foies se moulant sur le diaphragme, présentait à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, un angle assez prononcé ayant deux côtés de surface inégale, le postérieur court, abrupt, et l'antérieur en pente douce, ayant une étendue bien plus considérable. En rejoignant la face inférieure du foie, le côté postérieur formait un bord épais mousse tandis que le côté antérieur formait un bord tranchant beaucoup plus mince que ceux des foies du type normal. En remettant l'organe en place, on pouvait voir que le côté postérieur seul était en contact avec le diaphragme, tandis que le côté antérieur s'en écartait pour plonger dans l'abdomen. Il serait intéressant de savoir si cette déformation existe fréquemment dans l'hépatoptose.

Les *déformations partielles du foie* ont été notées par bien des observateurs. Faure a relaté une observation décrite et figurée par Heister (1) en 1754. Cruveilhier, (4) Sappey, Frerichs ont montré avec quelle fréquence on trouvait sur la face antérieure du foie un sillon transversal plus ou moins profond et isolant un lobe mobile de forme et d'étendue variables sur la partie antéro-inférieure du foie. Hertz [de Co-

penhague (52)] a parachevé cette étude. L'existence de cette déformation beaucoup plus fréquente chez la femme est attribuée à l'action du corset. Nous apprécierons plus loin cette opinion.

Dans certains cas signalés par Riedel (53) on trouve un lobule appendiculaire de dimensions variables, souvent considérables, recouvrant la vésicule biliaire. Ce lobule est sous la dépendance immédiate d'une affection de la vésicule. Lorsque celle-ci, pour une cause quelconque, vient à augmenter de volume la languette adhérente à la vésicule la suit dans son accroissement et peut acquérir un volume considérable. Lorsque la maladie de la vésicule opérée vient à guérir le lobule anormal disparaît avec elle.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(4 AVRIL 1901)

A la veille des vacances de Pâques, la Société liquide une série de rapports. C'est d'abord M. Quénu qui, à l'occasion de faits communiqués par MM. Brin (d'Angers), Gilis et Léon Imbert (de Montpellier), donne son opinion sur le **traitement chirurgical du gros intestin**. Le rapporteur distingue avec raison les cas où ces tumeurs sont seulement reconnaissables à leurs signes cliniques ordinaires, de ceux où elles s'accompagnent d'accidents d'obstruction intestinale. Dans le premier cas, faut-il intervenir et tenter la cure radicale? C'est une question qui sera tranchée par l'examen de la tumeur elle-même, de sa mobilité, de son volume, de l'absence d'adénopathie et de généralisation, et aussi par l'état général du sujet.

La résection de la masse néoplasique effectuée, le chirurgien aura à envisager la suture réparatrice; pratiquera-t-il l'entéro-anastomose termino-terminale, termino-latérale ou latérale? Chacune de ces entérorraphies a ses indications spéciales, variables suivant chaque cas particulier. Mais, M. Quénu se prononce contre l'emploi du bouton et, avec raison, il préfère les sutures.

Quand la tumeur du gros intestin se complique d'occlusion, la conduite à tenir devient singulièrement délicate. Lorsque le ventre est tendu, facilement ballonné, et qu'il est à prévoir que la réduction des anses intestinales, après l'opération, sera longue et laborieuse, mieux vaut pratiquer d'emblée l'anus contre nature sur le cæcum, en ayant soin de faire un orifice petit pour éviter ces débâcles rapides qui amènent trop souvent un collapsus mortel. Ultérieurement, on agitera la question de l'exérèse du cancer, quand le ventre sera déballonné et permettra l'exploration plus méthodique du néoplasme intestinal.

Lorsque l'abdomen sera moyennement distendu et relativement souple, lorsque l'état général sera encore satisfaisant, mieux vaut faire la laparotomie médiane, si la tumeur n'est pas nettement latérale, on se comportera suivant les renseignements obtenus par l'exploration abdominale. Si la tumeur est facile à enlever, on en pratiquera l'extirpation. Sinon, le chirurgien aura à choisir entre l'entéro-anastomose avec exclusion de l'anse malade et le simple anus contre nature. La Société adopte sans discussion les conclusions du rapporteur.

Un deuxième rapport est lu par M. Demoulin sur un cas de **plaie de l'artère axillaire**, communiqué par M. Morestin et guéri par la ligature directe des deux bouts artériels. A l'heure actuelle, c'est la seule conduite à tenir, et les longues dissertations d'autrefois sur les ligatures à distance de la blessure, au-dessus ou au-dessous de telle ou telle collatéralen'ont plus leur raison d'être. La conduite de M. Morestin est la seule à conseiller, c'est ce que fait remarquer M. Nélaton.

Un troisième rapport est fait par M. Berger, sur un cas **d'hémorragie intestinale à la suite d'une opération d'appendicite à froid**, observé par M. Walsch (du Havre). Il s'agit d'un homme atteint, vingt ans auparavant, d'une crise aiguë d'appendicite et bien guéri depuis. Une deuxième crise guérie avec persistance d'un noyau induré fut suivie, trois mois après, de l'extirpation de l'appendice. Tout se passa régulièrement du côté de la plaie, mais il y eut à noter l'aggravation d'une sinusite de la face, avec une légère poussée pleurétique. Le septième jour, dans la nuit, le malade eut des lypothymies, des syncopes et évacua, à plusieurs reprises, par les selles une quantité considérable de caillots et de sang rouge. Cette hémorragie intestinale fut évaluée à la quantité considérable de trois litres. Après quelques injections de sérum, le malade se rétablit et guérit définitivement. M. Berger différencie ces hémorragies intestinales des gastrorragies signalées par M. Dieulafoy et qui font partie du cortège des complications infectieuses des appendicites hypertoxiques. Dans le cas particulier, il croit que l'hémorragie intestinale est due à une mauvaise ligature de l'artère appendiculaire qui aurait ultérieurement saigné dans la cavité intestinale.

M. Ricard n'est pas satisfait de cette explication, et il cite un cas de sa pratique où, opérant une appendicite, il trouva une congestion telle du cæcum, que cet organe était devenu turgide, violacé, comme érectile. La malade guérit parfaitement et sans complications septiques, mais ultérieurement elle eut, à plusieurs reprises, des hémorragies gastriques et des hémorragies intestinales, sans fièvre et sans douleur locale. Ces hémorragies n'étaient dues ni à une ligature artérielle défectueuse, ni à un état septicémique; leur pathogénie est encore à trouver.

Le quatrième et dernier rapport a trait à la **suture des plaies des nerfs**, à propos de deux observations présentées, l'une par M. Moresttn et l'autre par M. Carlier, médecin-major à Mostaganem. A l'occasion de ces faits, M. Lejars, dans son rapport, communique quelques cas personnels. Il met en relief cette constatation consolante, c'est qu'après la suture bien faite, la continuité nerveuse se rétablit d'ordinaire, mais à une date relativement éloignée, six à huit mois après l'opération. Trop d'opérateurs ont désespéré prématurément d'un résultat qu'ils auraient reconnu bon s'ils avaient pu revoir leurs malades ultérieurement.

La série habituelle des présentations de malades clôt la séance. M. Chaput montre un malade à qui il a pu enlever deux **fragments de balle inclus dans la substance cérébrale**, grâce aux renseignements si précis fournis par l'appareil de M. Contremoulins.

Un malade de M. Souligoux a été traité et guéri d'un **rétrécissement du rectum**, grâce à l'établissement temporaire d'un anus contre nature et au cathétérisme dilatateur pratiqué de cet anus vers le rectum, par des bougies de calibre progressivement croissant.

A signaler un cas d'**épithélioma térébrant**, présenté par M. Reclus et guéri rapidement par un procédé nouveau et ingénieux.

M. Schwartz apporte cinq **kystes hydatiques** énucléés du parenchyme hépatique.

M. Potherat fait voir une poche de **spina bifida** extirpée chez un enfant de huit jours.

FORMULAIRE

Traitement des hémorragies internes par le chlorure de calcium.

M. Robin recommande la formule suivante, dans laquelle il associe le sirop d'opium au chlorure de calcium, procédé qui a l'avantage de diminuer considérablement l'action offensive du produit :

Chlorure de calcium .... 4 grammes.
Sirop d'opium.............. 30 —
Eau distillée de tilleul ...... 120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

L'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Bardet a rappelé dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, une formule jadis employée par Dujardin-Beaumetz et qui mériterait de ne pas tomber dans l'oubli :

Sulfure de carbone .... 25 grammes.
Eau distillée.............. 500 —
Essence de menthe........ xxx gouttes.

A la dose de dix à douze cuillerées par jour dans une boisson quelconque, ce médicament exerce une action désinfectante remarquable sur les selles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de la réorganisation nécessaire des services sanitaires maritimes.

M. Danjou, président de la Société de médecine sanitaire maritime, nous communique un mémoire où il a exposé les justes revendications d'une catégorie de médecins dont le rôle devient tous les jours plus important.

Le médecin sanitaire maritime depuis l'organisation du service par le décret de 1896 se trouve sous la dépendance absolue des compagnies de navigation et des armateurs, d'où un grand nombre d'abus que vise l'*avant-projet* de M. Danjou.

La campagne entreprise par notre confrère est de celles auxquelles on ne saurait trop s'associer. Relever la situation du médecin sanitaire maritime, au point de vue scientifique et pécuniaire, lui assurer une parfaite indépendance professionnelle : tel est le but qu'il se propose.

La place nous manquant pour faire une analyse complète de ce projet, nous sommes obligé de nous en tenir à un bref exposé, mais la question a une importance trop considérable pour que nous n'ayons pas l'occasion d'y revenir.

Voici la substance de cet avant-projet :

1° Relèvement du niveau scientifique par un concours unique plus sévère que le concours actuel.

2° Obligation pour les compagnies d'assurer à bord l'organisation matérielle indispensable pour le service sanitaire.

3° Création d'un corps d'infirmiers, indépendants des compagnies et rattachés aux directions de la santé des ports.

4° Entrée des médecins aux conseils d'hygiène.

5° Création d'une direction unique des services sanitaires maritimes au ministère (Intérieur ou Commerce) assurant le service sous toutes ses formes (à terre et à la mer).

6° L'examen de la patente de santé sera confiée à un médecin sanitaire maritime à l'exclusion de tout autre agent. — Création d'un poste de secours permanent dans les ports.

7° La patente est déposée entre les mains du médecin sanitaire maritime dès qu'elle arrive à bord. Il a une embarcation à sa disposition.

8° Après quinze ans de navigation, faculté de concourir pour les places vacantes de sous-directeur de la santé des ports, directeur de lazaret, agent principal dans les formations sanitaires maritimes hors de la métropole, nationales ou internationales organisées en vue de la protection de la santé publique et pour lesquelles il est fait appel aux médecins français, dans les hôpitaux français à l'étranger.

9° Obligation à vingt ans de navigation de quitter le service et de concourir pour les places désignées plus haut.

10° Pour retenir les médecins sanitaires au service, leur donner une solde progressive de 3 à 10000 francs; leur assurer une retraite de 3 à 4000 francs, des congés réguliers avec une solde d'absence spéciale pour les séjours à Paris, et enfin leur réserver un nombre à déterminer de croix de la Légion d'honneur.

Un 11e article traite des mesures transitoires qui pourraient être prises à l'égard des médecins sanitaires maritimes issus du décret de 1896.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté, en date du 1er avril 1901, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Un concours s'ouvrira le 28 octobre 1901, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Amiens.

Rouen. — M. le docteur Bataille, suppléant, est chargé d'un cours d'histologie pendant la durée du congé accordé à M. Leudet (année scolaire 1900-1901).

L'École de santé coloniale de la guerre. — A peine arrivé à Marseille, M. le médecin-inspecteur Viry, récemment nommé directeur du service de santé du 15e corps a commencé à étudier le projet de la création d'un enseignement colonial qui serait donné à Marseille aux élèves de l'École du service de santé de la marine et aux élèves de l'École de Lyon.

Guerre. — Par décision ministérielle, sont désignés pour faire partie du Comité technique de santé : MM. l'intendant militaire Stopler; le médecin-inspecteur Strauss, directeur du service de santé du 6e corps ; le médecin principal de première classe Vaillard, professeur à l'École d'application du service de santé militaire.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, le médecin-inspecteur Nogier, directeur de l'École du service de santé militaire à Lyon, est placé, à dater du 28 mars 1901, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs et remplacé à la tête de l'École par M. le médecin-inspecteur Claudot.

— M. Richard, médecin principal de première classe, sous-directeur de l'École d'application du service de santé militaire, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin-inspecteur.

— M. le médecin-inspecteur Richard, nouvellement promu, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée à Lyon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Claudot, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret en date du 16 mars 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de première classe : — MM. les médecins-majors de deuxième classe Viallet, désigné pour le 38e d'infanterie ; — Douzans, désigné pour le 148e d'infanterie ; — Mélot, affecté aux hôpitaux militaires de la division d'Oran et détaché au 4e bataillon du 14e d'infanterie ; — Ligouzat, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Dehoey, désigné pour le 142e d'infanterie ; — Pignet, maintenu au 35e d'artillerie ; — Bonthoux, désigné pour le 163e d'infanterie.

Marine. — Par décision ministérielle du 27 mars 1901, le prix de médecine navale pour l'année 1900 a été décerné à M. le médecin de première classe Reboul, médecin de la division navale de Cochinchine, pour son rapport d'inspection générale (1900).

Un témoignage officiel de satisfaction pour leurs travaux et rapports d'inspection générale de 1900 a été, en outre, accordé à chacun des officiers désignés ci-après :

M. Bohéas, médecin principal, médecin-major du *Carnot* ; — M. Couteaud, médecin principal, médecin-major du *Gaulois* ; — M. Duclot, médecin de première classe, médecin-major du *Dupuy-de-Lôme* ; — M. Gazeau, médecin principal, médecin-major de l'*Iphigénie* ; — M. Léo, médecin principal, médecin-major de l'*Amiral-Baudin* ; — M. Nollet, médecin de première classe à la prévôté de l'École de pyrotechnie à Toulon.

— M. le médecin de première classe Vincent, du port de Brest, est désigné pour aller servir au 4e tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Amouretti.

— M. le médecin principal Fortoul, du port de Lorient, est désigné pour aller servir comme médecin-major au 22e d'infanterie coloniale à Toulon, en remplacement de M. le docteur Sibaud.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 13e semaine de l'année, 1130 décès, chiffre un peu supérieur à la moyenne ordinaire de la saison (1072).

La fièvre typhoïde n'a causé que 3 décès (au lieu de la moyenne 11).

La variole a causé 12 décès ; ce chiffre dépasse celui des semaines précédentes. C'est donc à tort que quelques personnes considèrent comme en voie de décroissance l'épidémie de variole, d'ailleurs fort bénigne, que nous traversons. Aujourd'hui, comme par le passé, on doit presser instamment les personnes qui ne se sont pas encore fait revacciner de prendre cette précaution, quel que soit leur âge. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 70, dont 15 dans le quartier Necker.

La rougeole, un peu moins rare que pendant cet hiver, a causé 14 décès, chiffre encore très inférieur à la moyenne (23).

La scarlatine a causé 5 décès (la moyenne est 3) ; la coqueluche, 2 (la moyenne est 8), et la diphtérie, 18 (la moyenne n'est que 8).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an.

En outre, 42 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 227 décès, au lieu de 226 pendant la semaine précédente et au lieu de 216, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 50 (au lieu de la moyenne 31) ; pneumonie, 50 (au lieu de la moyenne 58) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 110 (au lieu de la moyenne 107), dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire et 44 à la bronchopneumonie.

En outre, 18 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 261 décès (au lieu de la moyenne 212) ; la méningite tuberculeuse, 24 décès ; la méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 46 décès ; les maladies organiques du cœur, 77 ; le cancer a fait périr 58 personnes et la néphrite 35 ; enfin, 49 vieillards sont morts de débilité sénile.

Asile national des convalescents. — Il sera ouvert, le jeudi 25 avril 1901, au ministère de l'Intérieur un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents.

On trouvera, chez le concierge de la Faculté de médecine et au secrétariat de l'Asile national des convalescents, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Un Congrès de la tuberculose aura lieu le 22 juillet 1901 à Londres. Parmi les questions au programme on annonce : l'influence du climat, la question des sanatoria, les variétés de tuberculose au point de vue anatomo-pathologique et histologique.

Un Congrès panhellénique se tiendra également à Athènes dans le courant de l'année. Le secrétaire général est le docteur Mangakis, rue de l'Université, 85, à Athènes.

Le XXXe Congrès allemand de chirurgie se tiendra à Berlin du 10 au 13 avril prochain, sous la présidence du professeur Czerny (de Heidelberg).

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'assemblée générale aura lieu le dimanche 14 avril à dix heures du matin au siège social. 22, place Saint-Georges.

La réunion du comité directeur aura lieu le samedi 13 avril à deux heures et demie précises, la réunion du comité des censeurs le dimanche 14 avril, à dix heures du matin.

Nécrologie. — **Nous avons le regret d'annoncer la mort** de MM. les docteurs Maxime Cornu, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; Camille de Lavenay (de Pringy) ; Raoult, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble.

Hôpital de la Pitié. — M. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 20 avril 1901, à dix heures et quart du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital Andral. — *Cours pratique sur les maladies de l'estomac.* — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront sous la direction de M. Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Le cours sera complet en vingt leçons et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à cinq heures et demie du soir ; il commencera le lundi 29 avril. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de cinq élèves, de quatre heures et demie à cinq heures et demie, avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de huit heures à midi.

Conférence publique d'externat. — MM. Ambard, Bauer, Beaujard, Bertier, Bloch (Paul), Braillon, Digne et Lhermitte, internes des hôpitaux, commenceront une série de conférences publiques d'externat à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), le vendredi 19 avril à quatre heures, et les continueront les vendredis suivants à la même heure.

Bel appartement à louer, 63, rue des Saints-Pères, habité pendant trente-trois ans par un médecin. Magnifique salon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 42. — MARDI 9 ET JEUDI 11 AVRIL 1901. 74e ANNÉE MARDI 9 ET JEUDI 11 AVRIL 1901. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DEUX GOITRES CANCÉREUX (2 *fig.*), par M. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — MÉDECINE PRATIQUE. Quelques mots à propos de l'action de l'électricité sur les glandes mammaires, par M. FOURNIER (d'Angoulême); — Traitement de quelques hémoptysies. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DEUX GOITRES CANCÉREUX

Par M. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon,
aide d'anatomie à la Faculté.

Voici deux nouvelles observations de *cancer thyroïdien*, qui complètent, à certain point de vue, l'importante thèse de A. Carrel (1) et ses intéressants articles sur le cancer de la thyroïde parus dans la *Gazette des hôpitaux* de l'année dernière. Nous les publions d'autant plus volontiers, que cette dégénérescence, particulièrement grave, est encore mal connue, et cependant, elle marche de pair avec le goitre simple par sa fréquence. Suivant une remarque déjà ancienne de M. Poncet, ne deviennent, en effet, cancéreux de la thyroïde, que les vieux goitreux.

OBSERVATION I. — *Cancer épithélial subaigu du corps thyroïde développé sur un vieux goitre. Evolution en six mois. Léger basedowisme.* — P..., âgée de cinquante-quatre ans, originaire de la Haute-Loire, entre le 28 janvier, salle Sainte-Anne (Hôtel-Dieu), service de M. le professeur Poncet.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels; la malade a toujours habité la Haute-Loire; il y a des goitres dans son pays; elle y a exercé la profession de cultivatrice, sans avoir eu jamais une maladie.

Elle était porteur d'une tuméfaction située dans la portion droite de la région cervicale; elle était peu volumineuse, n'amenait aucun trouble fonctionnel; la malade l'a toujours remarquée et ne peut indiquer son début. La ménopause, qui date de trois ans, n'amena aucun changement dans le volume de la tumeur.

Il y a cinq mois (septembre 1900), la malade ressentit des douleurs de tête très vives, continues, siégeant dans toute la moitié gauche de la tête et de la face; elles étaient si violentes que le sommeil devint impossible, l'appétit se mit alors à diminuer et la malade maigrit dès le début. C'est peu après l'apparition de ces douleurs que survint, à gauche, dans la région cervicale, une tuméfaction qui s'accrut très rapidement; elle n'a cessé d'augmenter de volume jusqu'aujourd'hui; il y a trois mois que la voix est devenue rauque, la déglutition presque impossible (fig. 1).

(1) A. CARREL. *Le goitre cancéreux*, Th. de Lyon, 1901.

A son entrée, la malade se présente avec une volumineuse tumeur de la région cervicale, occupant sa face antérieure sur toute la hauteur et se prolongeant de chaque côté; la circonférence du cou est de 54 centimètres. C'est à gauche surtout que la masse est développée, elle surplombe à ce niveau la clavicule. La peau semble reposer sur une véritable cuirasse, qui engaine le cou et le maintient dans un état de rigidité presque absolue. La tête est inclinée un peu à gauche, du côté où la tumeur atteint son maximum de développement; le redressement, les mouvements de rotation sont très limités.



FIG. 1. — *Goitre cancéreux à marche subaiguë.* — Evolution en six mois.

Les téguments ont une teinte un peu plus foncée que normalement, il y a quelques grosses veines à la partie inférieure. La peau est adhérente aux plans profonds sur toute l'étendue de la tumeur, elle fait corps avec eux et ce n'est que latéralement qu'elle commence à devenir mobile. La température locale est très élevée à la simple palpation.

La consistance de la tumeur est généralement ferme; celle-ci est formée de noyaux irréguliers, bosselés, durs, très résistants le plus souvent; les limites de la tumeur sont impossibles à déterminer. En arrière, on sent des masses ganglionnaires, énormes, douloureuses, peu mobiles, qui se confondent avec la tumeur.

Au milieu de la masse néoplasique, il est difficile de distinguer les éléments normaux du cou; la trachée paraît re-

foulée à droite; les sterno-cléido-mastoïdiens paraissent confondus avec le néoplasme, la carotide n'est perceptible que du côté droit, tout à fait en arrière du sterno-mastoïdien.

Il existe de violentes douleurs dans la tête du côté gauche, douleurs très vives, lancinantes. La voix est bitonale.

La dysphagie est très prononcée; il n'y a pas de vomissements œsophagiens, les aliments demi-solides peuvent à peine passer.

Il y a une toux sèche, quinteuse, intermittente, sans expectoration.

La face est congestionnée, vascularisée.

Les yeux sont brillants, un léger degré d'exophtalmie, pupilles égales, il y a une difficulté nette de la convergence oculaire.

Le pouls est à 96, avec quelques intermittences.

Rien au cœur, pas de souffle.

Pas de tremblement.

L'état général est des plus précaires; pas d'appétit, la bouche est sèche, la langue sale. Il y a de la dyspnée, respiration soufflante au sommet.

Pas d'œdème, pas de foyer de généralisation.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Température : 38°2.

5 février. La malade est dans un état de cachexie avancée elle ne peut avaler des cachets de quinine. La dysphagie est de plus en plus prononcée.

Morte le 9 février.

Autopsie faite vingt-cinq heures après la mort.

L'ablation de la tumeur est faite difficilement, le néoplasme n'adhère pas à la paroi, mais les muscles superficiels sont infiltrés et ne peuvent être séparés de la masse commune. Le sterno-mastoïdien gauche commence à être envahi.

En arrière et latéralement, on ne peut décortiquer la masse, et il faut enlever toutes les parties molles, situées en avant de la colonne vertébrale.

La tumeur ainsi enlevée pèse 1350 grammes, elle semble surtout développée dans le lobe gauche. Le lobe droit, du volume d'un œuf, est dévié latéralement, sa consistance est ferme. Le reste de la tumeur est bosselé, irrégulier, de consistance ferme, rien ne permet de soupçonner des kystes sous-jacents.

Sur une coupe transversale, on voit, au centre de la masse principale, un amas jaunâtre, mou, se déchirant sous le doigt; tout autour de lui le tissu est ferme, de couleur presque blanche. C'est à son extérieur que sont noyés les organes cervicaux.

La *trachée* est déviée à droite, entourée de tous côtés de tissu néoplasique, la lumière est encore assez grande; sa forme très irrégulière; à sa surface interne on voit de petits grains arrondis, saillant sous la muqueuse.

L'*œsophage* est absolument perdu dans le néoplasme; située à droite, ses parois sont infiltrées par la tumeur, sa musculature détruite. Il est très peu extensible et admet à peine un porte-plume.

Le *paquet vasculo-nerveux gauche* est refoulé en bloc à la périphérie de la tumeur; le récurrent gauche n'est pas trouvé.

Ganglions cervicaux très nombreux.

Au poumon, noyaux de généralisation très nombreux; ils sont sur la plèvre et dans le poumon. Leurs dimensions sont variables, l'un très volumineux est à droite, entre le diaphragme et le poumon; il atteint le volume d'une mandarine.

Il n'y a rien dans les autres viscères.

Examen anatomo-pathologique (dû à l'obligeance de M. Dor, chef de laboratoire).

1° Cancer épithélial des cellules thyroïdiennes ayant pris naissance dans un vieux kyste.

2° Envahissement secondaire de la trachée, de l'œsophage et des ganglions de la région; métastase dans le poumon, sous forme de noyaux à début pleural.

OBS. II. — *Cancer subaigu du corps thyroïde de volume énorme. Évolution en sept mois.* — La malade dont il s'agit est entrée à l'hôpital avec une dyspnée telle qu'un interrogatoire complet n'a pu être fait.

Voici les renseignements qui ont été recueillis sur elle :

S. J... entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Jaboulay, le 23 octobre 1900.

Elle est originaire de Vaugneray (Rhône); on trouve des goitres dans la région.

Elle n'a jamais été malade; elle est mariée, a eu plusieurs enfants.

Elle est porteur depuis très longtemps d'un goitre ayant le volume d'un poing et qui ne lui a jamais causé la moindre gêne. Il y a six mois, sans cause connue, elle vit son cou augmenter de volume. Il n'y eut pas de douleurs bien vives, mais il survint presque aussitôt une dyspnée et une dysphagie intenses. La tumeur s'accrut excessivement vite.



FIG. 2. — *Énorme goitre cancéreux à marche subaiguë.* Évolution en sept mois.

Aujourd'hui, elle atteint des dimensions remarquables; la circonférence du cou est de 81 centimètres. Elle forme une masse énorme qui occupe toute la région cervicale, oblige la malade à relever la tête en arrière; les portions internes des clavicules, le manubrium, sont recouverts par elles; les creux sus-claviculaires n'existent plus. En arrière, le cou est très élargi : des masses énormes l'ont envahi presque jusqu'aux apophyses épineuses.

La peau est tendue, lisse, semée de grosses veines, elle est chaude.

La palpation ne permet pas de reconnaître la trachée ou les vaisssaux; on ne perçoit qu'une masse uniformément dure, sans points ramollis, sans battements; en arrière, quelques ganglions peuvent s'isoler.

La voix est éteinte; la malade ne peut prononcer que queiques mots au prix de grands efforts; la face et les extrémités se cyanosent rapidement et l'asphyxie est imminente.

La dyspnée est constante, la malade doit rester assise sur son lit; elle ne peut ni manger, ni boire, ni parler, sans avoir un accès de suffocation; la toux n'est pas possible.

Dysphagie très accusée; la déglutition des liquides est seule permise.

Le poul est faible, lent.

L'amaigrissement n'est pas considérable; la malade possède un certain embonpoint.

Pas d'albumine dans les urines.

On fait des injections sous-cutanées de bichlorhydrate de quinine;

Les accès de suffocation deviennent plus nombreux; la mort survient à la fin d'octobre.

Par opposition de la famille, il n'a pu y avoir d'autopsie.

Ces deux cas rentrent dans la forme des cancers subaigus, qui représentent le type le plus fréquent observé dans la région lyonnaise. La plupart des observations rapportées par A. Carrel (Th. de Lyon, loc. cit.), peuvent être rangées dans cette catégorie; les formes suraiguës et les formes latentes sont beaucoup plus rares.

Nous retrouvons dans ces deux observations tout l'ensemble symptomatique, maintes fois décrit, devenu classique depuis les travaux de M. le professeur Poncet, de MM. Jaboulay, Rollet, Bérard, Dor, Orcel, Rivière, A. Carrel, etc.

Le diagnostic de tumeur maligne thyroïdienne s'impose aujourd'hui, lorsqu'un malade, vers l'âge moyen de la vie, voit un vieux goitre augmenter de volume, lorsque l'on constate une sorte de cuirasse cervicale, maintenant la tête dans un état de rigidité souvent bien prononcée.

Il est utile, cependant, de relever quelques traits particuliers dans l'évolution de ces néoplasmes, qui atteignent un organe, dont une altération ou un trouble fonctionnel retentit d'une façon singulière sur l'organisme.

La marche de ces cancers est en général rapide; dans nos deux cas, elle a été de six mois; mais il existe, et le fait est frappant, une discordance entre l'évolution, le volume de la tumeur et l'état général des malades; la cachexie thyroïdienne, comme l'a montré Carrel, est bien spéciale; elle diffère de celle des autres cancers; l'état général reste longtemps satisfaisant; on ne rencontre pas ici l'anémie profonde, qui annule la force musculaire, affaiblit l'organisme tout entier; souvent la mort survient par suite d'accidents de compression, avant que la cachexie ait débuté réellement; il s'agit là d'un phénomène particulier, « qu'il est possible de considérer comme une intoxication due aux modifications de la sécrétion glandulaire, comme un phénomène de dysthyroïdation » (A. Carrel).

L'anatomie pathologique montre que les éléments sécréteurs, dans le cancer thyroïdien, sont altérés, parfois ils n'existent plus, le cancer ayant envahi tout l'organe. En se plaçant au point de vue clinique, on ne peut pas faire concorder souvent les symptômes avec le degré des lésions thyroïdiennes constatées après la mort.

En l'absence de tissu thyroïdien normal, on n'observe jamais les lésions de myxœdème, d'athyroïdation. Par ses métastases, le cancer thyroïdien reproduit du tissu glandulaire et même l'organe principal étant nul histologiquement, les masses thyroïdiennes néoplasiques des ganglions, du poumon, sécrètent une substance analogue à celle que sécréterait un corps thyroïde plus ou moins dégénéré. Chez la malade de l'observation I, on notait quelques légers signes de base dowisme, le fait est fréquent, et reconnaît des causes multiples. Tout d'abord le lobe thyroïdien qui était normal pouvait être excité anormalement par la présence d'un néoplasme voisin; ses produits de sécrétion pouvaient être augmentés, il se produit là ce qui se passe pour les goitres basedowifiés, dans lesquels un petit noyau bénin joue le rôle d'une épine au milieu du corps thyroïde et amène ainsi de l'hyperthyroïdation. Dans le néoplasme malin il y a plus encore, les éléments sécréteurs ont augmenté de nombre, et ils sécrètent activement une substance altérée plus ou moins; les métastases nombreuses trouvées soit dans le poumon, soit dans les ganglions, ont les mêmes propriétés. Il n'est donc pas étonnant de ne trouver jamais de lésions de myxœdème de rencontrer souvent des signes d'hyperthyroïdation. Cliniquement ils se traduisent par des signes basedowiens, qui sont quelquefois bien marqués; chez l'un de nos malades, il n'y avait qu'une légère exophtalmie et des troubles vasomoteurs de la face, ce qui indique que les échanges interstitiels ne sont pas ralentis, la nutrition n'est pas retardée. C'est ainsi que l'on peut expliquer dans le cancer thyroïdien le retard, la cachexie, qui coïncide avec un maintien ou une exagération de la sécrétion thyroïdienne.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(9 avril 1901)

Comme il fallait s'y attendre, ce fut une vraie séance de vacances; à peine quelques fidèles, un ou deux membres correspondants et c'est tout. C'est devant un public un peu trop restreint que M. Debove a appelé l'attention de l'Académie sur les méfaits des **moustiques à Paris**. Alors même qu'ils n'apportent pas avec eux le paludisme ou toute autre infection, ils sont, par eux-mêmes, assez désagréables pour qu'on cherche à s'en défendre.

M. Debove demande donc que la ville de Paris supprime les eaux stagnantes dans les places et jardins publics. Si elle n'est pas assez riche en eau pour y entretenir de l'eau courante, qu'elle fasse verser, dans les eaux stagnantes, la petite quantité de pétrole nécessaire pour arrêter le développement des moustiques. De plus, il serait bon que les propriétaires fussent prévenus que ni les arbres, ni les eaux courantes ne favorisent la multiplication des insectes nuisibles dont il s'agit. Inversement un petit bassin d'eau stagnante dans un petit jardinet suffit à infecter un quartier.

M. Vallin rappelle que d'une enquête faite, l'année dernière, dans un hôtel dont les chambres étaient infestées de moustiques, on a conclu qu'ils provenaient des latrines mal entretenues. M. Joannès Chatin a reconnu que ces insectes appartenaient au genre culex, c'est-à-dire à un genre qui ne donne pas la malaria.

M. Laveran vient appuyer de sa grande autorité les conclusions de M. Debove. Il pense, aujourd'hui, qu'il y a des mesures à prendre pour empêcher, à Paris, la pullulation des moustiques : il faut tout d'abord supprimer toutes les eaux stagnantes et les remplacer par des eaux courantes. On sait qu'il suffit d'un seau d'eau dans une pièce, d'un baquet dans une cour, d'une petite pièce d'eau stagnante dans un jardin, pour infester de moustiques toute une maison, tout un quartier.

Il faut donc tout d'abord éviter, autant que possible, de constituer ces eaux dormantes. Il faut, en outre, dans les usines, dans les industries où l'on est absolument obligé de conserver des eaux, y détruire les moustiques à mesure de leur production.

M. Laveran appuie donc les conclusions de M. Debove et demande, en outre, que l'Académie non seulement émette un vœu mais encore indique les mesures à prendre.

M. Proust s'associe aux observations de MM. Debove et Laveran. Il rappelle que certains quartiers de Paris, autour

du parc Monceau, ont été infestés par les moustiques. Il faut, dit-il, obtenir de la ville de Paris, qu'elle supprime absolument dans les jardins les eaux stagnantes.

Il est donc temps d'agir : on va saisir de la question le conseil d'hygiène et l'Académie la renverra à sa commission du paludisme qui, espérons-le, ne tardera pas à faire son rapport.

M. Hugounenq (de Lyon), membre correspondant, adresse à l'Académie un grand travail sur la **composition minérale de l'organisme du fœtus et de l'enfant nouveau-né.** M. Riche, qui préside la séance, analyse ce travail et en fait connaître les points principaux.

La recherche de la teneur en potasse et en soude montre que ces deux substances s'accroissent à mesure que l'embryon se développe.

La soude prédomine constamment sur la potasse; elle augmente surtout à la fin de la grossesse. Pendant la seconde moitié de la gestation, la fixation de l'acide phosphorique ne subit pas de grandes variations; elle est cependant plus marquée quand le fœtus est à terme. Au contraire, la proportion de chaux s'accroît notablement pendant les derniers mois. Abstraction faite des bases alcalines, de l'acide phosphorique, et de la chaux, dont les variations sont dues à la genèse des globules rouges et à la formation du tissu osseux, la composition centésimale des cendres reste à peu près constante pendant les cinq derniers mois de la vie intra-utérine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(5 avril 1901)

La question des méningites cérébro-spinales et de leur pronostic éloigné.

Dans une précédente séance (22 mars 1901), M. Chauffard, rapportant l'observation d'un malade revu deux ans et demi après sa sortie de l'hôpital, où il avait été soigné pour une méningite cérébro-spinale et qui présentait une intégrité parfaite de l'appareil cérébro-spinal, s'était demandé si la méningite cérébro-spinale guérie ne pouvait laisser après elle des suites éloignées, et si le pronostic éloigné de cette maladie était aussi favorable que le pronostic immédiat. En un mot, il avait posé cette question de savoir si l'intégrité ultérieure est habituelle ou si l'on observe, au contraire, plus souvent des troubles nerveux à une époque plus ou moins reculée.

M. Netter, d'une part, MM. Marcel Labbé et Castaigne, d'autre part, ont apporté des faits de différents ordres qui prouvent le bien-fondé de l'affirmation de M. Chauffard.

Ainsi que le fait fort justement remarquer M. Netter, on pourrait tirer des preuves déjà suffisantes de l'étude des épidémies antérieures. Celles-ci ne manquent pas, en France et surtout à l'étranger. La relation de ces épidémies démontre que, chez beaucoup de sujets, la guérison est restée complète et définitive, et que, chez d'autres malades, la méningite a été suivie de troubles persistants de la vue, de l'ouïe, de paralysies, d'atrophie musculaire, de contractures, de troubles de l'intelligence.

Mieux valent les observations recueillies depuis 1898, surtout celles dans lesquelles la ponction lombaire a établi l'existence d'un épanchement purulent.

Voici les faits observés directement par M. Netter.

En mai 1900, il rapportait l'histoire de sept malades guéris. Trois de ces malades ont été perdus de vue et leur observation ne saurait plus être utilisée. Trois autres ont été revus ; des renseignements précis ont pu être recueillis sur un quatrième. La méningite, dans ces quatre cas, avait débuté une fois en décembre 1899, une fois en mars 1900, deux fois en avril 1900. L'intégrité de l'appareil cérébro-spinal a été établie en février 1901. Il s'est donc écoulé un temps suffisant, entre quinze et dix mois, depuis le début de la méningite.

Parmi ces quatre observations, une surtout, mérite d'attirer l'attention. Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille chez qui la maladie avait persisté pendant quatre mois, et qui avait amené la malade à un état quasi-squelettique. Au moment de sa sortie de l'hôpital, elle ne souffrait plus que d'une ankylose, consécutive à une arthrite de l'épaule. Aujourd'hui, cette jeune fille est placée comme domestique et fait les travaux les plus pénibles.

A signaler aussi ce cas d'un petit garçon chez lequel avait paru, au début de la méningite, une surdité d'origine labyrinthique. A part cette complication, l'état général de ce malade est aujourd'hui tout à fait satisfaisant, et son développement physique est aussi complet que possible.

On peut aussi signaler l'histoire d'une jeune femme, qui a eu une méningite des plus graves durant plus de six semaines. Il y avait rigidité absolue de la nuque et du tronc, des troubles oculaires, des douleurs très violentes. A la fin de la maladie, sa maigreur était extraordinaire. Aujourd'hui la malade est dans un état excellent. Elle fait tous les jours de longues promenades à pied sans aucune fatigue. Or, chez elle, l'existence d'une méningite suppurée ne pouvait faire aucun doute, car la ponction lombaire avait permis de retirer un liquide purulent dans lequel l'examen microscopique et les cultures avaient décelé la présence du diplocoque de Weichselbaum.

Voici tout un faisceau d'observations qui déjà permettent d'affirmer que la guérison s'est maintenue de façon parfaite pendant un grand nombre de mois.

Entre ces cas de guérison complète et ceux de mort, il existe des observations dans lesquelles la méningite a été suivie de désordres persistants plus ou moins graves. De ces faits on peut cependant dire que les complications qui aggravent le pronostic éloigné ont toujours apparu au cours même de la période aiguë, et que, loin de s'accentuer, elles ont le plus souvent témoigné d'une tendance marquée à l'amélioration.

Ces preuves d'ordre exclusivement clinique sont déjà singulièrement convaincantes; les preuves, apportées par MM. Labbé et Castaigne, tirées de l'examen du liquide céphalo-rachidien, et qui attestent la disparition des éléments leucocytaires au moment de la guérison, sont peut-être plus démonstratives encore.

Dans deux cas il s'agissait bien d'une méningite cérébro-spinale typique; les symptômes cliniques étaient au complet : trépied méningitique, raideur de la nuque, signe de Kernig, présence du pus dans le canal rachidien, et présence dans le pus du méningocoque. Cliniquement, la guérison est parfaite, puisque les malades ne conservent aucun symptôme de leur méningite, que l'un d'eux peut exercer une profession très pénible, et que l'autre, hospitalisé encore, est employé dans le service à titre d'infirmier auxiliaire, et mène une vie très active sans éprouver la moindre fatigue.

Mais le point spécial sur lequel insistent les auteurs, c'est

la disparition complète, au moment de la guérison, des éléments leucocytaires contenus dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans le premier cas, on peut suivre pas à pas le processus anatomique. Le 29 août 1898, quelques jours après le début des accidents méningés, le liquide retiré par ponction était du pus épais, jaunâtre, semblable à du pus pneumococcique; le 2 septembre, le liquide était très louche et renfermait de nombreux leucocytes; le 8 septembre, le liquide, déjà clair et limpide, contenait encore de nombreux leucocytes; le 15 septembre, le liquide céphalo-rachidien était normal. Le 24 mars 1901, trois ans après le début de la méningite, le malade a consenti à se laisser faire une ponction lombaire; l'examen cytologique du liquide a été pratiqué avec la plus scrupuleuse attention; le liquide était normal.

Le deuxième cas est au moins aussi net.

Le liquide céphalo-rachidien fut examiné dès le début (21 janvier 1901), d'une façon précise; et on a pu constater alors une polynucléose presque exclusive. Le 4 février, il y avait un nombre égal de mono et de polynucléaires; le 7 février, le nombre des polynucléaires se relève et, en même temps, on constate une recrudescence des accidents. A partir du 13 février, les ponctions, faites successivement tous les quatre ou cinq jours, montrèrent la disparition rapide et complète des polynucléaires. Il resta même un excès de mononucléaires pendant un certain temps; puis, à partir du 23 février, les lymphocytes furent trouvés presque exclusivement et en petit nombre.

Il semble donc — cette dernière observation l'établit — que la disparition graduelle des polynucléaires annonce l'évolution de la méningite cérébro-spinale vers la guérison et que leur réapparition doive faire craindre une rechute.

On peut, en tout cas, affirmer la guérison de la méningite lorsque la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien est redevenue normale.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le *dernier cri* du traitement de la tuberculose serait, paraît-il, le suivant :

Pendant dix jours, chaque matin une injection de cacodylate de soude à la dose de 5 à 10 centigrammes. Repos pendant cinq jours sans aucune médication. Pendant dix autres jours, matin et soir, 15 à 20 centigrammes de créosote, soit 3 ou 4 Capsules Dartois. Nouveau repos de cinq jours et ainsi de suite.

L'administration intermittente du cacodylate et de la créosote donnerait des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par chacun d'eux. Ce traitement, expérimenté sur plusieurs malades dans un de nos grands hôpitaux de Paris, aurait donné des résultats très satisfaisants.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques mots à propos de l'action de l'électricité sur les glandes mammaires.

Par M. Fournier, médecin en chef honoraire
des hospices-d'Angoulême.

Dans le numéro du 2 avril 1901 de la *Gazette des hopitaux*, on lit, sous le titre de : « Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation, » les lignes suivantes :

« A la liste déjà longue des médicaments galactogènes, il convient d'ajouter, d'après M. Bédart, l'électrisation, déjà préconisée par Erb et Eustachi.

Des recherches de M. Bédart, il résulte, en effet, que la faradisation de la glande mammaire ou l'excitation, au moyen des diverses formes de l'électricité statique de la surface du mamelon, détermine la sécrétion, non seulement de ce côté, mais même du côté opposé. C'est donc là un précieux moyen à employer dans tous les cas où la sécrétion lactée devient insuffisante. »

Voilà bien longtemps déjà que l'influence heureuse de l'électricité sur la sécrétion lactée a été signalée. M. Aubert (de Mâcon), en 1855, a publié dans l'*Union médicale* une observation de rétablissement de la sécrétion mammaire par l'électricité. Cette observation fut d'abord accueillie avec une sorte d'incrédulité, comme on peut s'en convaincre à la lecture de la discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux; mais M. Becquerel vint, en 1856, présenter une observation confirmative de celle d'Aubert.

Becquerel, dans son *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale*; M. Lardeur, dans sa thèse où il a consigné les observations prises dans le service de M. Moutard-Martin, rapportèrent des observations attestant l'influence de l'électricité sur la sécrétion mammaire

Moi-même, dans le numéro du 15 mai 1862 de la *Gazette des hôpitaux*, j'ai rapporté un fait dans lequel l'action excitante de l'électricité sur les glandes mammaires a été des plus manifestes, sans qu'on puisse faire intervenir la succion de l'enfant même à titre d'adjuvant.

Il s'agissait d'une femme accouchée il y a deux mois et qui n'avait pas donné le sein depuis un mois. Ses deux seins étaient complètement affaissés, et c'est à peine si l'on pouvait, par une forte pression, faire sortir une goutte de lait. Pour des raisons particulières, on tenait à ce que cette femme fût mise à même de nourrir un enfant auquel elle était très attachée.

Je fis faire matin et soir une séance d'électrisation de la glande mammaire avec la machine de Gaiffe. Le soir du second jour, après la quatrième séance d'électrisation, la pression sur les mamelons fit venir une quantité d'un lait suffisamment épais. L'enfant, qui avait alors jusque-là tété une autre nourrice, fut mis au sein qui avait subi l'électrisation, et dès lors la lactation s'accomplit normalement. Je faisais suivre l'observation dont je viens de donner le résumé des réflexions suivantes :

« Cette observation atteste, mieux encore que celles de M. Aubert, de Becquerel, de M. Moutard-Martin, l'influence de l'électricité sur la sécrétion de la glande mammaire; car les mamelles n'ont été soumises qu'à l'excitation électrique, et les succions de l'enfant n'ayant été exercées que lorsque la sécrétion du lait a été parfaitement rétablie, on ne peut leur attribuer les honneurs d'une cure à laquelle ils n'ont pas même contribué à titre d'adjuvant.

Quatre séances d'électricité d'un quart d'heure ayant suffi pour rappeler le lait d'une nourrice qui avait cessé d'allaiter depuis un mois, il est évident que l'électricité est un puissant galactologue. »

On voit donc en résumé que, bien avant les recherches de M. Bédard, bien avant Erb et Eustachi, l'électricité avait été préconisée comme moyen de ramener la sécrétion lactée.

Les premiers travaux qui ont introduit dans la thérapeutique ce traitement électrique sont ceux de :

1° M. Aubert, qui, en 1855, a publié une observation de rappel de la sécrétion lactée par l'électricité;

2° M. Becquerel, qui vint confirmer, en 1856, les idées de M. Aubert;

3° M. Moutard-Martin, dont la thèse soutenue sur ce sujet en 1859 cite un certain nombre d'observations concluantes;

4° Enfin mon observation (*Gaz. des hôpit.*, 15 mai 1862), où,

en quatre séances d'électricité (courants d'induction), j'ai pu rappeler la sécrétion du lait chez une femme qui avait cessé de nourrir depuis un mois.

Traitement de quelques hémoptysies.

M. Lemoine formule ainsi le traitement de l'hémoptysie (1) :

Dans les *hémoptysies tuberculeuses*, le premier soin du médecin doit être de prescrire le repos absolu (interdiction des mouvements brusques, décubitus horizontal, le corps bien allongé, la tête légèrement relevée), et de condamner le malade au plus rigoureux silence. Au point de vue hygiénique, il faut éviter de trop couvrir la poitrine du malade, de crainte de le fatiguer : par contre, l'abdomen et les jambes peuvent être largement couvertes, car la transpiration et la chaleur à ce niveau aident à produire la dérivation. La chambre du tuberculeux sera largement aérée, la fenêtre entr'ouverte, de façon à ce que l'air extérieur ne vienne pas frapper directement le malade.

Comme alimentation, pendant toute la durée de l'hémoptysie, les aliments à digestion facile (laitage et œufs battus) seront prescrits : la viande ne convient pas à la période active de l'hémoptysie, de même que tous les aliments solides dont la digestion peut provoquer un travail stomacal notable, et, par là même, de la congestion de voisinage.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer les hémoptysies fébriles des hémoptysies apyrétiques. Ces dernières ont, en général, peu de gravité, et il suffira de quelques moyens simples, tels que les bains de pied tièdes dont la température sera progressivement élevée pendant dix minutes environ. Lorsque l'hémoptysie paraît devoir être de longue durée, on peut commencer de suite par le lavement purgatif du Codex. Bain de pied et purgatif ont pour but d'attirer le sang vers les extrémités et l'abdomen. Il convient encore de leur ajouter la révulsion *loco dolenti*, d'abord au sommet, puis à la base du poumon, à l'aide de sinapismes répétés plusieurs fois par jour.

Si l'on tient à agir à l'intérieur, on donnera la préférence à la quinine et à l'ergot de seigle associés. Comme boisson, la limonade sulfurique, l'eau froide additionnée de quelques gouttes d'eau de Rabel seront avantageusement prescrites. L'alcool est absolument contre-indiqué.

Lorsque l'hémoptysie est fébrile, il faut, en fait de révulsifs, se contenter d'envelopper les membres inférieurs de coton iodé ou de faire tremper les mains du malade dans de l'eau très chaude. Mais ensuite, que faire pour arrêter l'hémorragie?

L'ergotine ne doit pas être employée dans tous les cas : elle n'agit pas de même sur tous les vaisseaux, et son influence est moindre sur les capillaires peu musclés du poumon que sur les vaisseaux de l'utérus. De plus, par la vasoconstriction qu'elle détermine, elle augmente encore la tension sanguine dans tout le territoire congestionné. L'ergotine doit être réservée lorsque tout autre moyen a échoué ou lorsque, après avoir arrêté l'hémorragie, on veut parer à son retour. A l'ergotine on préfère souvent l'ergotinine de Tanret, moins douloureuse et d'effets plus rapides :

Ergotinine.............. *un* centigramme.
Acide lactique.......... x gouttes.
Eau distillée bouillie...... 10 grammes.

Commencer par un quart de seringue.

Laënnec et Grisolles, dans les cas d'hémoptysie persistante, prescrivaient souvent le tartre stibié. M. Lemoine formule ainsi :

Tartre stibié.............. *cinq* centigrammes.
Sirop diacode.............. 40 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges. 60 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

(1) *Nord méd.*, 1er avril 1901.

Dans des cas analogues, Trousseau préférait l'ipéca, que l'on peut donner ainsi :

Poudre d'ipéca.............. 2 grammes.
Sirop d'ipéca.............. 40 —
Sirop diacode.............. 60 —
Sirop d'écorces d'oranges.... 30 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures; lait dans l'intervalle, et ceci jusqu'à état nauséeux.

Cette médication affaiblit moins les malades que le tartre stibié.

Dans les cas d'hémoptysie de la troisième période, il faut employer l'ergotine, qui resserrera énergiquement et rapidement le vaisseau rompu. L'hémoptysie arrêtée, employer comme précédemment l'ipéca ou le tartre stibié.

Quel traitement appliquer aux *hémoptysies arthritiques?*

User de révulsifs légers, et comme la congestion pulmonaire est probablement liée à une accumulation de toxines dans l'organisme, chercher à provoquer la diurèse en prescrivant les sels de lithine à dose de 2 grammes en vingt-quatre heures, la digitale à doses de 80 à 50 centigrammes, la tisane d'uva ursi ou de stigmates de maïs. Cette médication sera continuée un certain temps. La vie au grand air, l'hydrothérapie, l'hygiène conseillée aux arthritiques seront ensuite recommandées aux malades.

Les *hémoptysies supplémentaires*, bien que rares, sont incontestables. Elles seront traitées de la façon suivante : tous les jours un bain de pieds court, mais très chaud; chaque soir, une pilule d'aloès de 10 centigrammes. Enfin, la veille du jour où les règles vont apparaître, appliquer une sangsue à la partie supérieure de chaque cuisse, pour tenter un mouvement fluxionnaire vers l'utérus. Ces moyens simples réussiront dans la plupart des cas. L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Le conseil de l'Université présente pour le cours complémentaire d'embryologie vacant à la Faculté de médecine, en première ligne, M. Princeteau; en deuxième ligne, M. Beylot.

Guerre. — Par décret en date du 12 mars 1901, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Cuffer, Zoeller, Durget, Livon, Martin de Saint-Semmera, Valude, Josias, Morisson, Sapelier, Capitan, Frédault, Arnaud, Alezais, Pluyette, Bouchard, Comte, Audry, Delotte, Schoull, Moriez, Cousin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Jardet, Versepuy, Bouton, Chevalier, Désir de Fortunet, Larrieu, Bourgeois, Rayneau, Delbecq, Phélisse, Fayol.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette reprendra ses conférences de policlinique, consacrées à l'étude et au traitement des maladies nerveuses et mentales, le mercredi 17 avril à dix heures, au laboratoire Axenfeld (hôpital Saint-Antoine), et les continuera les mercredis et vendredis jusqu'à fin juillet, aux mêmes jours et heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Deffau, conseiller général de l'Aveyron; J. de Martin (de Narbonne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 43. — SAMEDI 13 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 13 AVRIL 1901. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le foie mobile (*fin*), par M. Maurice SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES HÉMORRAGIES UTÉRINES, d'après M. A. ZIMMERN. — MÉDECINE PRATIQUE. Le sérum gélatiné dans les hémorragies viscérales ; — Action analgésique de la santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes ; — L'albuminurie produite par l'antipyrine ; — Procédé pratique pour augmenter la solubilité de l'acide borique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Le foie mobile (1).

Par M. Maurice SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris.

V

Étiologie et pathogénie. — Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur les causes de la mobilité du foie. Un grand nombre d'explications en ont été fournies sans qu'aucune soit absolument satisfaisante et appréciable à tous les cas. En réalité, il faut admettre que tous les foies mobiles ne relèvent pas d'une seule et même pathogénie.

Pour amener un peu de lumière dans l'exposé du sujet nous croyons utile de ranger en deux catégories les raisons qui ont été invoquées pour expliquer la mobilité du foie :

A. Le foie est mobile parce qu'il est mal soutenu ;
B. Le foie est mobile parce qu'il est déformé.

A. *Le foie est mobile parce qu'il est mal soutenu.* — Etudions d'abord l'appareil de soutènement du foie. Il est formé d'une part par les ligaments suspenseurs de la veine cave inférieure, d'autre part par les viscères sous-hépatiques distendus par les gaz, et bridés et soutenus par la paroi abdominale.

Les ligaments suspenseurs du foie sont des replis péritonéaux qui relient cet organe à la partie supérieure de la cavité abdominale. Ce sont :

1° Le *ligament suspenseur du foie*, appelé aussi ligament falciforme, qui part de l'ombilic et accompagne la veine ombilicale jusqu'au foie, se continuant sur la face antéro-supérieure de cet organe. En avant il adhère à la face profonde de la paroi abdominale et au diaphragme depuis l'ombilic jusqu'au centre phrénique, et de là il se porte sur la face convexe de foie sur laquelle il s'étale. La direction du ligament est très oblique, parfois même presque horizontale ; il est couché sur le foie, plissé et étalé à sa surface, incapable par conséquent de lui servir de soutien (Hyrtl, Faure). D'après Glénard le ligament falciforme permet au foie une mobilité de 3 ou 4 centimètres dans tous les sens. Mais lorsque le bord antérieur du foie franchit ces limites, le ligament suspenseur se tend et arrête son excursion surtout dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur. On peut donc penser que, si le ligament suspenseur est insuffisant pour retenir le foie à la voûte du diaphragme, il est suffisant pour le maintenir contre la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale et l'empêcher de basculer en bas et en arrière. Or nous allons voir que la mobilité du foie est due beaucoup moins à son déplacement en masse de haut en bas qu'à un mouvement de bascule, exécuté d'avant en arrière autour d'un axe transversal, et dont la cause principale est, à notre avis, la déformation du foie. Le rôle du ligament falciforme dans la fixation du foie pourrait donc être plus important qu'on ne le pense généralement.

2° Le deuxième ligament, le véritable ligament suspenseur du foie, est le *ligament coronaire* qui, s'allongeant en pointe à ses deux côtés, forme :

3° *Les ligaments triangulaires droit et gauche.* — Voici comment ils sont constitués : ils sont formés de deux feillets, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le péritoine, après avoir tapissé le diaphragme, se réfléchit de haut en bas sur la face convexe du foie, près de son bord postéro-supérieur qu'il va ensuite tapisser d'arrière en avant ; il forme ainsi, par sa réflexion à ce niveau, le feuillet antérieur du ligament coronaire ; quant au feuillet postérieur, il se trouve formé par la réflexion au niveau du bord postérieur du foie du péritoine qui, après avoir recouvert la face inférieure du foie, vient tapisser la face postérieure de l'abdomen. Ces deux feuillets du ligament coronaire sont écartés l'un de l'autre par un espace considérable dans l'intervalle duquel le foie est en contact immédiat avec le diaphragme. Cet espace serait 10 à 12 millimètres d'après Sappey, de 2 à 3 centimètres d'après Landau (10), de 5 à 12 centimètres suivant Faure (25). A la vérité il est d'étendue très variable. La hauteur du ligament coronaire est nulle, le diaphragme et le foie étant en contact immédiat au niveau du centre phrénique.

Les deux replis péritonéaux formant les deux feuillets du ligament coronaire se réunissent latéralement pour former les ligaments triangulaires. Là les deux feuillets sont adossés l'un à l'autre pour former un méso. Le ligament triangulaire droit a une faible hauteur, tandis que le ligament triangulaire gauche peut mesurer plus de 3 centimètres.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 393.

Le système des ligaments coronaire et triangulaire fixe solidement le diaphragme à la face convexe du foie qui se moule sur lui.

Landau (10) et Faure (25) ont insisté sur *l'importance de la veine cave inférieure comme moyen de fixation de la face postérieure du foie*. Landau a bien montré que la veine cave monte du disque intervertébral qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième lombaire jusqu'à la neuvième dorsale. Pendant ce trajet elle est fixée fortement et pour ainsi dire *clouée*, comme dit Jonnesco, à la colonne vertébrale. Elle se détache ensuite pour adhérer sur une longueur de 4 centimètres au niveau de la face postéro-inférieure du foie, dans un sillon oblique de bas en haut et de droite à gauche séparant le lobe de Spiegel et le lobe droit. A ce niveau elle adhère au tissu hépatique par du tissu connectif et aussi par les rameaux des veines sus-hépatiques qui la fixent très solidement sur la plus grande partie de son pourtour au parenchyme hépatique. Puis, suivant une courbure à convexité tournée à droite et en arrière, elle franchit le diaphragme auquel elle adhère intimement et s'ouvre dans l'oreillette droite. Elle fixe donc fortement le foie d'une part à la colonne vertébrale, d'autre part au centre phrénique, et l'on peut dire avec Faure « que le foie est suspendu à la veine cave comme le cœur l'est à ses gros vaisseaux ».

L'efficacité de la veine cave comme moyen de fixité du foie a d'ailleurs été déterminée par les expériences de Landau et de Faure.

Landau, après avoir sectionné tous les ligaments péritonéaux du foie, place le cadavre dans la position verticale, et voit que l'organe est retenu à la partie postérieure de l'abdomen par la veine cave. Mais le foie s'abaisse et tourne autour de son axe transversal. Par contre, en détruisant les attaches du foie avec la veine cave, l'abaissement est beaucoup plus considérable.

Faure a cherché à évaluer en kilogrammes la force nécessaire pour détacher le foie du diaphragme. Le foie avec tous ses moyens de suspension exige pour se détacher du diaphragme 35 à 40 kilogs. Après la section de la veine cave les ligaments soutiennent environ 20 kilogs; la veine cave seule supporte 27 à 28 kilogs.

Enfin rappelons avec Glénard la résistance énergique qu'oppose, dans les autopsies, la veine cave inférieure à l'ablation du foie, qui ne peut être extrait qu'après avoir sectionné ce vaisseau.

Il n'est pas douteux que ces ligaments maintiennent solidement fixé le foie à la partie postéro-supérieure de la cavité abdominale. Faisons observer cependant que cet organe jouit normalement d'une certaine mobilité. La clinique et l'anatomie nous enseignent que dans la station debout le foie déborde les fausses côtes de 3, 5 et même 8 centimètres, alors que dans la position horizontale, il est caché sous les fausses côtes. Les constatations faites sur le cadavre par Paulet, Chrétien, Faure, ne sauraient laisser de doute à ce sujet.

D'ailleurs ce changement de position du foie ne consiste pas dans une migration en masse. « Son bord antérieur seul s'abaisse très légèrement pour devenir inférieur. Il s'agit donc d'un mouvement de bascule, de rotation autour d'un axe transversal passant par les points les plus fixes. Le bord tranchant du foie s'abaisse, s'écartant de la face profonde des fausses côtes... Cette tendance du foie à basculer en bas et en arrière s'accentue lorsqu'on a enlevé le paquet intestinal... Ce mouvement est limité par la tension du ligament suspenseur » (Faure).

Ainsi donc, d'après les expériences sur le cadavre, le foie, solidement fixé à sa partie postérieure, est mobile dans sa partie antérieure, qui tend à fuir en bas et en arrière. *Son excursion est limitée par le paquet intestinal gonflé de gaz et formant un « coussinet élastique » sur lequel il repose.* Ce facteur important de la statique hépatique avait été déjà signalé par Cruveilhier, Sappey, Richet, Chrétien, Jonnesco, Paulet.

Mais Landau lui a attribué une importance particulière. Pour lui, « le moyen de fixation le plus important du foie est dans les viscères abdominaux situés au-dessous de lui. » Pour que ceux-ci agissent efficacement, il faut qu'ils soient soutenus par les muscles antérieurs de la paroi abdominale, dont l'intégrité est indispensable à maintenir le foie dans une bonne position, comme leur altération et leur relâchement sont souvent suivis de la chute de l'organe.

Faure, tout en attribuant un certain rôle au coussinet élastique formé par l'intestin, lui attribue une importance moindre qu'aux ligaments suspenseurs. Il nie d'ailleurs l'influence de la résistance de la paroi abdominale, en faisant observer que l'hépatoptose peut exister avec une paroi solide et normale, tandis qu'elle manque souvent en cas d'éventration.

Glénard (11) considère que le bon état de la paroi abdominale antérieure (tonicité des muscles, intégrité de la ligne blanche) joue un rôle moins important pour le maintien du foie en bonne position que la tension gazeuse intra-intestinale. Quand celle-ci vient à diminuer, comme dans l'entéroptose, le foie n'étant plus soutenu descend plus ou moins dans l'abdomen. Le même auteur admet enfin que la tension sanguine intra-hépatique contribue aussi à redresser le bord inférieur du foie et à le maintenir à la partie supérieure de l'abdomen.

Pour expliquer l'hépatoptose, les auteurs ont invoqué l'altération des divers organes de soutien du foie.

L'absence congénitale de ligaments coronaires et latéraux a été signalée par Longuet et Kirmisson, celle du ligament suspenseur par Lanelongue; mais ce sont là des faits exceptionnels. L'existence congénitale d'un méso-hépar, admise théoriquement par Meissner, Léopold, Chvosteck, n'a jamais été démontrée, et Landau et Faure l'ont inutilement recherché chez un grand nombre de sujets.

L'allongement des ligaments du foie a été rarement observé. Nous avons noté à l'anatomie pathologique tous les cas connus. D'autre part, Faure, dans une observation restée jusqu'ici unique, a trouvé la veine cave lâche et allongée, alors que les ligaments du foie étaient normaux.

L'inconstance de ces lésions ne sont donc pas en faveur d'une théorie pathogénique de l'hépatoptose par relâchement des ligaments.

D'ailleurs, dans les autopsies et au cours des quelques opérations pratiquées pour hépatoptose, on a pu remarquer que le foie était rarement descendu en totalité, mais avait plutôt changé de position en basculant autour d'un axe transverse, de façon à ce que sa partie postérieure restât tout à fait adhérente au diaphragme, tandis que sa face postérieure devenait antérieure et que son bord antérieur devenait inférieur. Cette modification anatomique, signalée par Landau et plus tard par Glénard, était des plus nettes dans les deux cas d'hépatoptose dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie. Il y avait d'ailleurs en même temps une

déformation assez marquée du foie sur laquelle j'ai déjà insisté.

D'autre part, nous avons vu que, dans les expériences de Landau et de Faure, l'ablation de l'intestin était suivie de l'abaissement du bord antérieur du foie, alors que la partie postérieure restait fixe. Il était donc naturel, à l'exemple de Landau, de chercher une explication de l'hépatoptose dans l'affaissement du coussinet formé par la masse intestinale.

Voyons ce que nous enseigne la pathologie à cet égard. Les autopsies ne peuvent guère à ce point de vue nous donner des enseignements ; et c'est à la clinique que nous devons demander la solution du problème.

Or, la clinique nous montre que l'hépatoptose se rencontre souvent lorsqu'il existe un relâchement considérable de la paroi abdominale, ou bien une chute de l'intestin, de l'entéroptose.

Landau a beaucoup insisté sur l'influence du relâchement de la paroi abdominale qui, pour lui, est la cause de tout le mal. Comme l'intégrité de la paroi est essentielle pour maintenir en place le coussinet élastique, on comprend que son altération puisse être la cause de l'hépatoptose. L'intestin tombant dans les parties inférieures de l'abdomen, la partie antéro-inférieure du foie obéissant aux lois de la pesanteur et aussi au tiraillement exercé sur lui par l'intestin, descend plus ou moins bas. Cette chute se produit d'ailleurs bien plus souvent dans la position verticale. Il est probable qu'au début, la luxation du foie ne peut être constatée que dans cette position et que c'est seulement à la longue qu'elle persiste dans la position horizontale. On peut en conclure que les cas d'hépatoptose seraient beaucoup plus fréquemment observés, si l'on avait soin d'examiner les malades dans la position verticale.

Il est donc très facile d'admettre que le ventre pendant soit favorable à l'hépatoptose mais il n'est pas indispensable. L'entéroptose ou chute de l'intestin peut exister sans que la paroi abdominale soit altérée. C'est une notion introduite en clinique par Glénard, et qui est admise aujourd'hui par la majorité des auteurs. Nous ne parlons ici que du fait clinique sans suivre l'auteur dans les considérations pathogéniques très ardues à l'aide desquelles il veut l'expliquer. Or, l'entéroptose se complique souvent d'hépatoptose et on peut considérer le mécanisme pathogénique de la chute du foie dans cette maladie comme identique à celui qu'invoque Landau dans l'éventration.

Quoi qu'il en soit des théories pathogéniques de l'hépatoptose que nous venons de donner, qu'on se rattache comme Faure à la distension des ligaments, ou comme Landau et Glénard à la faillite du coussinet intestinal, il faut rechercher les causes qui amènent l'une ou l'autre de ces lésions.

L'hépatoptose par relâchement des ligaments ne s'observe guère avant l'*âge* de vingt ans.

Dans un relevé de 74 cas fait par Godart-Danhieux (27) nous trouvons :

1 cas au-dessous de vingt ans.
5 cas ayant de vingt à trente ans.
23 cas — de trente à quarante ans.
45 cas — de plus de quarante ans.

L'*influence du sexe* est évidente. Sur 74 cas, 67 appartiennent au sexe féminin, soit 90 pour 100 ; tous les cas que nous avons observés personnellement ont trait à des femmes.

Parmi les causes déterminantes on doit citer en première ligne la *grossesse* et surtout les grossesses nombreuses. Ce facteur étiologique est de toute première importance. Il agit surtout en produisant le relâchement de la paroi abdominale, l'éventration, en un mot le ventre pendant, pour adopter l'expression de Landau. Mais ce relâchement de la paroi n'est pas tout. Il est probable que les grossesses répétées en même temps qu'elles entraînent une lésion de la paroi abdominale, déterminent des altérations dont il est difficile de préciser la nature. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que les grossesses engendrent très fréquemment l'hépatoptose. Celle-ci est d'autant plus fréquente que celles-là sont plus nombreuses.

Nous devons signaler à côté de la grossesse et comme pouvant agir de la même façon certaines *laparotomies* qui se compliquent d'éventration ; les *tumeurs de l'abdomen*, l'*obésité*, *certaines maladies générales comme la fièvre typhoïde*.

Mais, dans certains cas, aucune cause locale ou générale ne peut être incriminée et c'est dans un *trouble général de la nutrition* caractérisé par une tendance au relâchement des tissus et en particulier des tissus fibreux que les auteurs cherchent la cause des altérations qui accompagnent et engendrent l'hépatoptose.

D'ailleurs, Faure considère « les troubles généraux de la nutrition qui se révèlent, ici par l'entéroptose seule, ailleurs par l'entéroptose accompagnée d'affaiblissement et d'allongement des ligaments du foie, avec hernies, rein mobile, varices, déviations utérines, éventration et vergetures de la peau comme accompagnant toujours l'hépatoptose dont ils seraient d'ailleurs la cause la plus constante ». Quant à la raison même de ces troubles de la nutrition, elle nous échappe à peu près complètement.

Certains auteurs incriminent l'*étroitesse de la base du thorax* soit congénitale soit acquise et consécutive à l'*action constrictive du corset*. Nous reviendrons dans un instant sur l'influence du corset sur la déformation du foie. Nous ne voulons nous occuper ici que de son action sur le prolapsus de l'organe.

En ce qui concerne l'*étroitesse congénitale de la taille*, il est inexact qu'elle s'accompagne d'hépatoptose. Nous avons bien des fois cherché chez des malades à taille très étroite (taille de guêpe) la mobilité du foie sans la rencontrer. C'est là, d'ailleurs, une observation faite par la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'hépatoptose.

Par contre, bien des fois on a accusé la *constriction du corset*. Richet dit expressément : « On a vu chez les femmes le foie refoulé dans la fosse iliaque, ce qui était dû sans doute à la pression exercée par un corset trop serré, pression qui à la longue l'expulse de la place qu'il occupe normalement. »

MM. Hayem (47) et Lion pensent que « sur certains thorax (thorax carrés, élargis à leur base avec angle xiphoïdien large), la compression du corset, s'exerçant au niveau de la voûte diaphragmatique sur la face convexe du foie, a pour effet de repouser par en bas le foie qui se mobilise, en même temps que tous les viscères abdominaux se déplacent vers le petit bassin ». Regnault, Gaches-Sarraute (54), Chapotot (55) croient aussi à cet abaissement du foie par le corset.

Par contre, Landau, Faure, Glénard n'admettent pas cette opinion. D'après Faure, « les corsets de tout genre et de toute mode s'appliquent, par leur point le plus rétréci, immédiatement au-dessus de la hanche, c'est-à-dire de la crête iliaque, au dessous du rebord costal. La constriction de l'abdomen, lorsque le corset est serré, se fait donc au-dessous des côtes, c'est-à-dire au-dessous du foie. Celui-ci

est donc maintenu, soulevé même, et non abaissé par le corset. ». Glénard soutient la même opinion qui nous paraît être très acceptable. Nous verrons plus loin que le corset peut amener la mobilité du foie par un autre mécanisme.

Dans nombre d'observations, on accuse les *efforts répétés*, les travaux pénibles, les secousses diverses. La *toux* violente et continue qui accompagne les bronchites chroniques, les *efforts de vomissements*, les *éternuements* pourraient être les causes occasionnelles d'hépatoptose.

Enfin on a incriminé des *altérations de la glande hépatique* qui, rendant l'organe plus lourd, contribuent à fatiguer ses attaches. M. Glénard attribue aussi le déplacement et la mobilité du foie à des altérations hépatiques, mais d'après lui, celles-ci agissent en amenant sa déformation et non pas en altérant ses moyens de suspension.

B. *Le foie est mobile parce qu'il est déformé.* — Nous avons vu en parlant de l'anatomie pathologique, les déformations que l'on a constatées, chez les individus atteints de foie mobile, soit à l'autopsie, soit au cours d'une intervention chirurgicale. Nous ne reviendrons pas à nouveau sur leur description. Mais nous devons rechercher sous quelle influence elles se montrent. De nombreux anatomistes, depuis Cruveilhier, tels que Sappey, Frerichs, etc., ont insisté sur les déformations du foie si fréquemment constatées dans les autopsies. Mais la coïncidence de ces déformations et de la mobilité du foie n'est pas mentionnée par ces auteurs. C'est Landau qui le premier a signalé avec quelque insistance leur fréquence, mais il n'y attache aucune importance pathogénique.

Au contraire, Hertz [de Copenhague (52)], les étudiant au point de vue anatomique, les considère comme la cause primordiale de la mobilité de l'organe. Hayem et Lion (47), Gaches-Sarraute (54), Chapotot (55), et surtout Glénard (11), se sont ralliés à cette opinion.

Pour expliquer ces déformations on a le plus souvent invoqué *l'action constrictive du corset ou des cordons de jupe.* Le corset, comprimant les dernières côtes, s'enfoncerait dans la substance du foie qui, selon la remarque de Braune et de Landau, est de consistance molle et très malléable. A la longue, la pression des côtes détermine à la surface de l'organe des sillons plus ou moins profonds qui deviennent permanents. Au niveau du rebord costal il se produirait une dépression plus accentuée qu'isolerait de la masse principale de la glande une languette formée d'une partie la plus mince de la face antéro-postérieure. C'est à cette déformation que Hertz a donné le nom de foie cordé.

Il n'est pas douteux que cette déformation existe et qu'elle constitue une des causes de la mobilité du foie. Faure et Glénard ont contesté que le corset puisse ainsi altérer un foie sain et qui occupe sa situation normale. L'action constrictive du corset, font observer ces auteurs, porte immédiatement au-dessus de la hanche, au-dessous du rebord costal et par conséquent au-dessous du foie. Il ne peut donc comprimer cet organe que s'il n'est plus dans sa situation normale. En résumé, le sillon de dépression ne se formerait sur le foie que lorsque celui-ci, par suite de déformation ou de ptose, déborderait déjà le rebord costal. Comme conclusion, Faure et Glénard refusent au corset une grosse part d'influence sur la déformation du foie.

Selon nous, cette opinion ne saurait être admise sans discussion. Nous savons en effet que le foie, caché sous les fausses côtes dans le décubitus dorsal, le déborde de trois travers de doigt ou plus dans la station debout. Or les femmes mettent leur corset étant dans cette dernière position, et il semble bien que la pression de cet instrument sur les côtes et au-dessus des côtes puisse s'exercer très efficacement sur la face antérieure du foie. Ces pressions répétées quotidiennement peuvent aboutir d'abord à la déformation générale de l'organe, puis ultérieurement à la création de sillons, et particulièrement du sillon du rebord costal.

Quoi qu'on admette à ce sujet, il est bien évident que l'action constrictive du corset n'est pas la seule cause des foies déformés mobiles.

M. S. Mann (20), Riedel, Terrier et Baudoin (14), Terrier et Auvray (45) admettent que les déformations du foie peuvent avoir pour origine des altérations pathologiques ayant pour siège une partie de la glande qui s'hypertrophie de façon à former une languette mince mobile au-devant de l'organe. Cet allongement hypertrophique peut être provoqué par le *tiraillement d'une tumeur de voisinage*, adhérente au tissu hépatique, ou par *une vésicule biliaire malade.* On a vu, en effet, assez souvent au contact d'une vésicule biliaire hypertrophiée, quelle que soit la cause de cette hypertrophie, la portion voisine du foie la suivre dans son accroissement et acquérir un volume considérable. Chose bizarre ! lorsque la maladie de la vésicule est traitée chirurgicalement, le lobe flottant disparaît.

A côté des déformations partielles du foie (foie partiellement mobile de Terrier, foies à lobes flottants, etc.), dont il vient d'être question, il est incontestable qu'on rencontre des foies altérés dans leur forme générale ou dans une partie très considérable de leur étendue : les deux cas que nous avons rencontrés dans nos autopsies et que nous avons longuement décrits plus haut en sont des exemples. Comment en expliquer l'existence? Il semble qu'on doive les considérer comme d'origine congénitale. Leur existence n'est révélée que fortuitement à l'occasion d'un traumatisme, d'une grossesse ou de tout autre incident pathologique.

L'opinion de M. Glénard mérite d'être exposée en détail. On sait que cet auteur considère comme foie mobile, non seulement les foies facilement perceptibles à l'exploration classique, mais aussi les foies perceptibles par le procédé du pouce, ce qui accroît dans des proportions considérables le domaine de cette affection. La mobilité si fréquente du foie serait due dans tous les cas à la déformation générale de l'organe et particulièrement de sa partie antérieure, déformation consécutive à une série d'altérations, soit héréditaires, soit acquises, de la glande hépatique constituant un groupe morbide que l'auteur isole sous le nom d'*hépatisme.*

L'*hépatisme* est d'ailleurs, pour lui, la source d'une série d'affections locales et générales. La discussion de cette doctrine, susceptible de bien des objections, nous entraînerait trop loin.

En résumé, et pour terminer ce long chapitre, nous dirons que l'on peut attribuer la mobilité du foie à deux causes :

1° D'une part, la laxité des différentes parties de son appareil de soutien.

2° La déformation partielle ou totale.

VI

Traitement. — Une revue complète du traitement de l'hépatoptose nous entraînerait dans de trop longs développements et hors des limites de notre compétence. L'intervention chirurgicale y tient en effet une place importante.

Pour l'étude de ce sujet, nous ne pouvons mieux faire

que de renvoyer le lecteur aux revues critiques qu'en ont fait Faure (25) dans sa thèse, et plus récemment Terrier et Auvray (45) dans la *Revue de chirurgie*. Nous nous contenterons, pour notre part, de faire l'exposé du traitement médical, en y ajoutant quelles sont, à notre avis, les indications de l'intervention chirurgicale.

Traitement médical. — Le traitement médical doit avoir pour but d'abord de parer aux accidents directement placés sous l'influence de l'hépatoptose. Mais le médecin devra se rappeler aussi, d'une part, que le foie mobile est souvent la conséquence d'un mauvais état de la nutrition générale, tantôt héréditaire, tantôt acquise; d'autre part, que certains troubles généraux, et particulièrement les troubles névropathiques, n'éclatent guère que chez des individus prédisposés, dont le système nerveux est en état de moindre résistance. Il en est pour le foie mobile comme pour l'entéroptose et le rein mobile : il peut rester longtemps latent jusqu'à ce qu'une cause occasionnelle : chagrin, traumatisme, intoxication, maladie générale aiguë ou chronique, en un mot des ébranlements moraux ou physiques, viennent provoquer l'éclosion des accidents. Le traitement de l'état général devra donc marcher de pair avec le traitement local.

Pour remédier aux accidents provoqués par le déplacement de la glande, nous avons à notre disposition plusieurs moyens.

Au début du traitement, surtout si les accidents douloureux et généraux sont marqués, si la faiblesse du malade est grande, si la neurasthénie est marquée, il sera utile, on peut dire même indispensable, de prescrire le *repos*. Nous avons l'habitude de conseiller tout d'abord aux malades atteints du foie mobile, comme à ceux qui présentent un rein mobile avec ou sans chute des autres organes abdominaux, une période de repos au lit, variant entre dix et quinze jours environ. Puis, lorsque les accidents aigus ont disparu, que les forces reviennent, nous leur permettons de se lever, d'abord quelques heures seulement, puis de plus en plus longtemps. Ils ne reprennent une vie active que lorsque les accidents ont presque complètement disparu.

Même après la guérison, nous conseillons aux malades de se reposer plusieurs heures dans la journée, particulièrement après les repas, et aux femmes de se coucher ou tout au moins de s'étendre sur une chaise longue pendant toute la période des règles. Il va sans dire qu'en tous temps elles doivent éviter les fatigues de toutes sortes, les sports, les trop fréquentes sorties. Tous les détails de *cette cure de repos* sont véritablement indispensables à indiquer si l'on veut obtenir un résultat appréciable.

Comme moyens locaux, on a surtout préconisé l'électrisation et le port de ceintures spéciales.

L'*électrisation* a été préconisée par Curtius contre le relâchement de la paroi abdominale, dans le but de restituer aux muscles la tonicité nécessaire pour qu'ils puissent soutenir la masse des organes. On a recours de préférence aux courants interrompus appliqués par séances de cinq à dix minutes tous les jours ou tous les deux jours.

Un procédé bien plus efficace consiste dans l'*application de ceintures hypogastriques*. Il en existe de nombreux modèles et on n'attend pas de nous que nous recopiions ici un catalogue de bandagiste. Nous dirons seulement que, pour nous, la meilleure ceinture, la seule efficace même, est celle qui soutient non seulement le foie mais toute la masse abdominale. Celle qui nous a donné les meilleurs résultats peut être décrite de la façon suivante : Cette ceinture en tissu souple, avec le moins de baleines possible, doit avoir une hauteur assez grande, de façon à recouvrir le ventre sur la ligne médiane, du pubis à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Latéralement les bords doivent être échancrés de façon à suivre en haut et en bas le contour du squelette. A la partie interne de la ceinture nous faisons toujours adapter un rembourrage, très épais au-dessus du pubis, de façon à presser sur la partie inférieure de la masse intestinale en la soulevant; puis de moins en moins épais à mesure qu'on remonte vers l'ombilic. Latéralement à la partie qui répond à la fosse iliaque et à l'hypocondre droit, nous faisons adapter une pelote assez large en forme de croissant dont la concavité regarde en haut, et qui est destinée à soutenir la masse du foie. Faisons observer que, pour être efficaces, ces ceintures doivent s'adapter tout à fait bien, et qu'il importe de les faire faire sur mesure. C'est là une recommandation qui paraît banale, mais sur laquelle nous ne craignons pas d'insister, étant donné les résultats de notre expérience personnelle.

Une autre recommandation, très utile à faire aux malades, est de poser la ceinture dans le décubitus dorsal, alors que les organes ne sont pas descendus dans la cavité abdominale.

Nous avons toujours vu le port d'une ceinture bien faite amener un réel soulagement et le plus souvent une atténuation marquée des symptômes locaux et généraux. Les malades éprouvent dès le début un véritable bien-être, et ultérieurement se déclarent incapables de se passer de ce mode de soutien de leurs organes abdominaux. Les échecs de ce moyen thérapeutique sont, par contre, extrêmement rares.

Nous avons dit que le médecin devra non seulement instituer un traitement local, mais aussi chercher à modifier l'état général des malades.

La plupart des malades atteints d'hépatoptose présentent des troubles neurasthéniques.

Le *repos physique et moral* et les diverses pratiques de l'*hydrothérapie* en feront surtout les frais. Nous avons eu aussi souvent recours à la *suralimentation* avec les poudres alimentaires, et particulièrement la poudre de viande selon la méthode de M. Debove. Cette suralimentation nous paraît d'autant plus utile que les phénomènes dyspeptiques empêchent souvent les malades de se nourrir et même, dans plusieurs circonstances, nous avons eu recours avec succès à l'alimentation par la sonde.

Les phénomènes dyspeptiques devront aussi occuper l'attention du médecin. Beaucoup ne sont, dans le cas particulier, qu'une variété des phénomènes neurasthéniques : d'autres paraissent dus, conformément à l'opinion de Glénard, à la gastroptose et à l'entéroptose qui amènent des obstacles à la circulation des aliments dans le tube digestif. Enfin, beaucoup tiennent à la constipation, si fréquente, on pourrait même dire constante, chez les malades atteints d'entéroptose et de spasme intestinal. Les meilleurs moyens à opposer à ces accidents consistent dans une hygiène alimentaire sévère, et le traitement de la constipation par de petits purgatifs régulièrement répétés deux fois par semaine, et surtout l'*entéroclyse*, dont les résultats sont véritablement excellents.

M. Glénard considère que les troubles de la nutrition sont la conséquence d'une viciation dans la structure et les fonctions du foie. Aussi, comme traitement général il recommande le régime alimentaire, la désintoxication du tube

digestif et le *traitement par les alcalins*. Nous n'avons à l'encontre de ce traitement aucune objection sérieuse à faire. Contentons-nous d'observer que, depuis quelques mois, le traitement alcalin de l'arthritisme (qui pour Glénard est identique à l'hépatisme) est quelque peu battu en brèche au profit de la médication par l'acide phosphorique préconisée par Joulie. Mais il serait hors de propos d'entamer ici une controverse sur ce point.

Après avoir exposé le traitement médical du foie mobile, il nous reste à dire quelques mots du traitement chirurgical. Nous serons très bref sur ce sujet.

Les indications d'une intervention chirurgicale peuvent se résumer en quelques propositions. Il y a lieu d'opérer :

1° Quand la mobilité du foie tant considérable, la réduction dans le décubitus dorsal est presque impossible. Il est clair que, dans ces conditions, le port d'une ceinture est insuffisant et qu'il est inutile de temporiser. Le mieux est d'agir le plus vite possible.

2° Quand il existe des troubles graves résultant de la compression ou du tiraillement des organes voisins (sténose du pylore, coudure des voies biliaires, compression du côlon, etc., etc.).

3° Quand, après un traitement médical suffisamment prolongé, on voit persister les troubles généraux et les accidents douloureux.

A vrai dire, ces indications se présentent bien rarement; et, si on lit les observations de foie mobile dans lesquelles il est fait mention de l'intervention chirurgicale, on voit que bien souvent celle-ci a été pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic, pour une affection différente, et que c'est au cours de la laparotomie que le chirurgien ayant constaté un foie mobile, a pratiqué l'hépatopexie.

Au surplus, les résultats fournis par l'intervention sont de tous points excellents. Les voici d'après Terrier et Auvray :

Sur 7 *cas de lobes flottants* traités par l'opération, il y a eu 7 *guérisons opératoires*, et toutes les fois les résultats éloignés ont été excellents. La guérison a été presque absolue.

Sur 15 *cas d'hépatoptose totale* traités par l'hépatopexie, on compte 11 *guérisons*, 2 *améliorations*, 2 *morts*. Dans les 8 premiers cas, les symptômes douloureux de l'abdomen et les troubles neurasthéniques ont disparu, mais dans plusieurs de ces observations on trouve noté que le foie n'a pu être ramené dans sa situation normale et qu'il a continué à occuper une position vicieuse. C'est donc à l'*immobilisation* du foie qu'il faut attribuer les bienfaits de l'intervention.

Dans les 2 cas d'amélioration, les résultats ont été cependant assez satisfaisants.

Les 2 cas de mort sont survenus par péritonite et semblent imputables à des fautes d'antisepsie.

On voit en résumé que l'opération est bénigne, et que les résultats qu'on en obtient sont extrêmement brillants.

Bibliographie. — (1) Heister. *Acta physico-medica naturæ curiosorum*, Nuremberg 1754, X. — (2) Boissier de Sauvages. *Nosol. method. sistens morborum classes*, Ansterdam 1768. — (3) Portal. *Cours d'anatomie médicale*, Paris 1804, t. V. — (4) Cruveilhier. *Anatomie descriptive*, t. II. — (5) Cantani. *Ann. universit. di Med.*, Milan 1865. — (6) Léopold. *Arch. f. Gynækol.*, Berlin 1874-1875, t. VII. — (7) Blet. *Étude sur le foie mobile*, Th. de Paris, 1876. — (8) Legg. *St-Bartholomew Hosp. Rep.*, Londres 1877, t. XIII. — (9) Muller. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Leipzig 1874, t. XIV. — (10) Landau. *Die Wanderleber und der Hængenbauch der Frauen*, Berlin, A. Hischwald, 1885. — (11) F. Glénard. De l'entéroptose, *Lyon méd.* 1885, et *Les ptoses viscérales*, monographie, Paris 1899. — (12) Rosenkranz. *Berlin. klin. Wochens.*, 1887. — (13) Rohden. *Deuts. med. Wochens.*, Berlin 1887, VI. — (14) Terrier et Baudouin. *Progrès méd.*, Paris 1888. — (15) Pichevin. *Progrès méd.*, Paris 1888. — (16) Szigethy. *Pester med. chir. Presse*, Budapest 1889. — (17) Einhorn. *Med. Monats.*, New-York 1889, I. — (18) Curtius. Th. inaug. de Halle, 1889, Kammerer et Cº. — (19) Selut. *Rusk. med. St-Petersb.*, 1890, t. XVI. — (20) Mann. *Deuts. med. Woch.*, Leipzig 1891. — (21) Frank. *Amer. Practit. and News*, Louisville 1891. — (22) Billroth. *Wien. med. Wochens.*, 1886. — (23) Tscherning. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1888, XV. — (24) Gérard-Marchant. Acad. de méd., 11 août 1891. — (25) Faure. Th. inaug. de Paris, 1892. — (26) Mathieu, Le Gendre, Siredey, Rendu. Soc. des hôpit., 20 juin 1893. — (27) Godard-Danieu. *Journ. de la Soc. royale de Bruxelles*, 6 janv. 1894. — (28) Richelot. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1893. — (29) Desguin. *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1892. — (30) Depage. *De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose*, Bruxelles 1893. — (31) Lanelongue et Faguet. Cong. de Bordeaux, 1895. — (32) Bobroff. *Wratch*, 1895. — (33) Areilza. — (34) Frank. *Centralbl. f. Chir.*, 1896. — (35) Péan. Cong. de chir., Paris 1896. — (36) H. Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, 1897. — (37) J. Lucas-Championnière. *Gaz. des hôpit.*, avril 1897. — (38) Blanc. — (39) Routier et Genouville. — (40) Terrier. — (41) Létienne. De la mobilité du foie, *Médecine mod.*, 1893. — (42) Couturier. Th. de Bordeaux, 1895. — (43) Sangline. Th. de Paris, 1896. — (44) Duvernoy. Th. de Paris, 1897-1898. — (45) Terrier et Auvray. *Rev. de chir.*, 10 sept. 1897. — (46) Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.* — (47) Hayem et Lion. *Arch. de méd.*, 1885. — (48) Kirmisson. *Bull. de la Soc. anat.*, 1880. — (49) Trush. *Obt. Gaz. Cincin.*, 1882. — (50) Leube. — (51) Longuet. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1874. — (52) Hertz. *Abnornulaten in der Lage und Form der Bauchorgane*, Berlin 1894. — (53) Riedel. *Berlin. Klin. Woch.*, 1888. — (54) Gaches-Sarraute. *Revue d'hyg.*, 1895. — (55) Chapotot. *L'estomac et le corset*, Th. de Lyon, 1892.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES HÉMORRAGIES UTÉRINES

D'après M. A. Zimmern (1).

L'hémorragie utérine est un symptôme fréquent et de rencontre journalière. L'électricité est un excellent médicament de l'hémorragie utérine, mais encore ne faut-il pas demander à l'électricité plus qu'elle ne peut donner, c'est pourquoi il est nécessaire, avant de traiter l'hémorragie, d'en préciser la cause.

Les hémorragies utérines peuvent en effet reconnaître un nombre infini de causes, elles peuvent se rencontrer dans les affections médicales, elles peuvent se voir chez les vierges, chez les femmes à la ménopause, dans les déviations utérines, dans les métrites, la subinvolution utérine, les fibromes, les cancers, les annexites, etc., etc.

Les modalités électriques utilisables sont le courant continu, la faradisation, le courant sinusoïdal : le courant ondulatoire et l'électricité statique doivent être soigneusement proscrits.

Le courant faradique a été préconisé surtout par Tripier; le courant galvanique par Apostoli. La méthode la plus connue est celle à laquelle Apostoli a donné son nom, qui consiste à porter le courant dans les tissus par un électrode inoxydable en platine.

Dans les hémorragies par congestion utérine, on pourra utiliser le courant faradique, ou mieux encore le courant galvanique en applications vaginales.

Les hémorragies dans les métrites sont justiciables du courant continu intra-utérin, avec une sonde en platine ou

(1) Th. de Paris, 1901.

en charbon. Pour pouvoir produire une cautérisation énergique, on devra employer des intensités allant de 40 à 60 milliampères.

Si les hémorragies de la subinvolution sont justiciables parfois du courant faradique, il est préférable d'avoir recours à la galvanisation intra-utérine à 30 ou 40 milliampères, qui en 4 ou 5 séances arrête l'écoulement.

Les hémorragies les plus fréquentes sont celles du fibrome. Le traitement électrique de choix est celui qu'Apostoli a préconisé. Il consiste à introduire dans la cavité utérine un hystéromètre en platine qui constitue l'un des pôles, l'autre étant constitué par une électrode abdominale. On observe un arrêt dans l'accroissement de la tumeur dans 70 p. 100 des cas, l'hémorragie est arrêtée dans 70 à 90 p. 100, on observe toujours un relèvement de l'état général, la disparition des douleurs, la régularisation des règles. Le type de la tumeur à élection est le fibrome interstitiel, donnant des hémorragies abondantes. Les tumeurs kystiques, calcaires, pédiculées, les fibromes à forme galopante sont une contre-indication, il en est de même des polypes. L'intensité à employer est en général de 50 à 150 milliampères.

Les hémorragies de cause annexielle sont justiciables du courant galvanique en applications vaginales.

Ces données cliniques sont appuyées par la physiologie. Le courant galvanique a une action polaire et le pôle positif est hémostatique, mais cette fonction pour Zimmern n'est qu'accessoire. Le courant agit sur le muscle utérin lui-même qui représente l'appareil vaso-moteur de l'utérus, et cette contraction musculaire détermine une constriction des vaisseaux, d'où arrêt des hémorragies.

C'est ce qui résulte d'expériences entreprises par Zimmern sur des utérus de lapins et de chiennes. Les courants galvanique et faradique sont excito-moteurs de cette contraction utérine, mais le courant galvanique est l'excitant le plus parfait. L'électricité est donc indiquée toutes les fois que le fonctionnement musculaire est déficient.

En résumé, dans les hémorragies dues à une endométrite récente, dans les écoulements de sang dus à une subinvolution aseptique, dans les fibromes, dans les affections génitales de nature congestive, l'électricité est un médicament de premier ordre.

LOUIS DELHERM,
Interne des hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum gélatiné dans les hémorragies viscérales.

L'emploi des solutions gélatinées semble se généraliser de plus en plus. M. Collet vient d'apporter, à la Société des sciences médicales de Lyon, de nouveaux faits tout en faveur de cette méthode.

Chez un alcoolique atteint d'hématémèses répétées, chez lequel on pouvait hésiter entre une cirrhose au début et une gastrite ulcéreuse, une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum gélatiné à 1 p. 100 arrêta les hémorragies, rebelles jusque-là à tout traitement.

Dans un autre cas, des hémoptysies abondantes et répétées, chez un tuberculeux de dix-huit ans porteur de cavernes, et qui avaient résisté à l'ipéca et à l'ergot de seigle, furent arrêtées rapidement et définitivement par une injection de 50 grammes de sérum gélatiné à 2 p. 100.

Il ne semble pas que ces injections, faites avec toutes les précautions nécessaires, puissent être nocives.

Action analgésique de la santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes.

M. Negro (de Turin) préconise la santonine contre les crises douloureuses du tabes. Il en a obtenu des résultats bien supérieurs à ceux donnés par les autres analgésiques. La dose maxima de santonine à employer est de 15 centigrammes par jour, à donner en trois fois, à une heure d'intervalle (1).

L'albuminurie produite par l'antipyrine.

M. Albert Robin attire l'attention sur un nouvel inconvénient de l'antipyrine (2).

Quand l'antipyrine est administrée d'une manière continue, pendant dix à quinze jours de suite, et aux doses de 4 grammes par jour, à des individus dont le rein est absolument sain, il est fréquent de voir apparaître, du douzième au quinzième jour, des traces d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie, très légère, disparaît rapidement, d'ailleurs, quand on cesse l'usage du médicament.

Chez les sujets qui, pour une raison quelconque, présentent de l'albumine dans leurs urines, l'emploi de l'antipyrine fait rapidement augmenter la teneur en albumine, ainsi que M. Robin a pu l'observer plusieurs fois.

Procédé pratique pour augmenter la solubilité de l'acide borique.

M. Ed. Crouzel, de la Réole (Gironde), donne le procédé suivant qui permet de préparer de l'eau boriquée à 10 p. 100, alors que le maximum jusqu'ici est de 3,5 p. 100.

Le mode de préparation est le suivant :

Faire dissoudre à chaud 10 parties d'acide borique dans 100 parties d'eau ; ajouter 1 partie de craie préparée et filtrer immédiatement. Après refroidissement et repos de vingt-quatre heures, filtrer de nouveau pour éliminer la plus grande partie du borate de calcium, qui s'est déposé sur les parois du flacon en cristaux affectant la forme de granulations arborescentes.

Par ce procédé, on pourra obtenir extemporanément et avec rapidité, au moyen de solutions saturées et titrées, des dilutions à divers degrés, de 0 à 15 p. 100 d'eau boriquée.

Le bicarbonate de soude, le borax, l'ammoniaque augmentent aussi la solubilité de l'acide borique dans l'eau, mais dans des proportions bien moindres.

La polyatomicité du bore, qui permet à cet élément de s'accumuler dans ses combinaisons, à la façon du silicium, et l'instabilité des borates permettent d'expliquer ce phénomène physico-chimique, d'élévation du point de saturation de l'acide borique par l'action d'un borate à l'état naissant et dont on provoque la formation, à chaud, au sein de la solution d'acide borique dans l'eau.

En 1887, un Allemand, M. Kolz, a fait connaître qu'il est possible, au moyen de la magnésie calcinée, d'augmenter la solubilité de l'acide borique. Mais il est facile de constater que les solutions boriquées ainsi obtenues ont un goût très désagréable, qui est un obstacle à leur emploi dans l'antisepsie et les soins de la bouche (3).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque de chirurgie contemporaine (4), Directeurs : A. Ricard, E. Rochard.

Nous présentons à nos lecteurs les deux premiers volumes de la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine*, publiée sous la direction de MM. A. Ricard et E. Rochard.

Cette Bibliothèque, qui doit comprendre 25 volumes, passe en revue toute la chirurgie du corps humain et il suffit de nommer ses collaborateurs, pour en faire apprécier sa haute valeur.

A côté du docteur Ricard, professeur agrégé à la Fa-

(1) *Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, fév. 1901, p. 52.
(2) Soc. de thérap., 13 mars 1901.
(3) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900, nº 48.
(4) In-8º. Prix, le volume : 7 francs. — Paris, O. Doin.

culté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, qui est bien connu des lecteurs de la *Gazette*, et du docteur Rochard, chirurgien des hôpitaux, dont ils n'ont pas oublié les remarquables études sur les scissures du poumon, MM. Villemin, Duplay et Cazin, Mauclaire, Bouglé, Riche, Morestin, Demoulin, Guinard, Sebileau, Walther, Michaux, Schwartz, Tuffier, Gérard-Marchant, Bazy, Arrou, Richelot, Fauré, Lyot, Rieffel, et Launay, tous chirurgiens des hôpitaux et, la plupart, professeurs agrégés, nous donnent la certitude d'avoir des sujets largement et très scientifiquement traités.

C'est la jeune chirurgie qui prend sa place et se réunit au grand profit du monde médical.

A côté de cette valeur indéniable, il n'est pas mauvais de dire un mot de la partie matérielle ; les traités de chirurgie ont été, jusqu'ici, d'un maniement peu commode ; grands et gros, ces livres étaient un peu encombrants. M. O. Doin a préféré un format plus petit, qui réalise le rêve du travailleur : un livre de poche, pour ainsi dire.

M. P. Villemin ouvre la série par une étude très approfondie des *Traumatismes, infections et diathèses*. L'ouvrage est divisé en trois parties : dans la première, l'auteur examine la lésion chirurgicale type, le traumatisme envisagé seul, exempt de toute complication. Dans la seconde, très largement traitée, c'est la complication septique du traumatisme : l'infection. La bactériologie, dont l'étude est si importante maintenant en chirurgie, joue, dans cette partie, un rôle des plus considérables. La reproduction des divers bacilles complète très heureusement ce chapitre. Enfin, la troisième est l'étude du terrain sur lequel va évoluer la lésion chirurgicale, soit simple, soit septique.

Nous ne saurions assez louer le livre de M. Villemin ; c'est un des travaux les plus complets que nous connaissions sur la matière.

M. Schwartz nous donne la *Chirurgie du foie* ; il a traité avec sa haute compétence ce sujet, qui prend actuellement une si grande importance en pathologie.

M. Schwartz s'est attaché surtout, après une excellente description clinique, à développer la question du traitement et de ses indications opératoires.

Les traumatismes, les infections, les tumeurs, les déplacements y sont étudiés successivement ; un chapitre très complet est consacré à la lithiase biliaire.

Les questions concernant la tuberculose, l'actinomycose, le foie mobile, les kystes hydatiques, ont été traitées avec la collaboration de M. Banzet, chef de clinique à la Faculté de médecine.

De nombreuses gravures guident le lecteur, soit pour les lésions étudiées, soit pour les modes opératoires. Voilà un excellent ouvrage appelé à rendre les plus grands services.

Continuée comme elle est commencée, la *Bibliothèque de chirurgie contemporaine* aura, nous en sommes certains, le plus grand succès. E.

Physiologie générale (1), par Max Verworn, professeur de physiologie à l'Université d'Iéna, traduit sur la 2e édition allemande, par le professeur Hédon (de Montpellier).

Ce remarquable ouvrage est actuellement bien connu de tous ceux qui s'intéressent aux questions de la biologie générale ; car il s'est répandu rapidement dans tous les cercles scientifiques. Ce succès s'explique aisément, car on peut dire que l'apparition de cet ouvrage, lors de sa première édition, était un événement considérable dans la littérature physiologique ; pour la première fois, en effet, les matériaux dispersés de la physiologie cellulaire se trouvaient rassemblés et coordonnés en un ensemble didactique, et embrassés d'un point de vue philosophique. La traduction française de la *Physiologie générale* de Verworn comble très heureusement une lacune dans nos livres d'enseignement. Étudiants en sciences et en médecine, physiologistes, médecins et philosophes, retireront le plus grand profit de sa lecture.

(1) Un vol. gr. in-8o de IX-664 p., avec 285 fig. Prix : 18 francs. — Paris, C. Renwald-Schleicher frères, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères.

La mécanothérapie. *Application du mouvement à la cure des maladies* (1), par M. Regnier, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité.

La mécanothérapie s'applique au traitement de toutes les affections qui peuvent bénéficier de l'emploi de la gymnastique ; elle ne saurait évidemment constituer une méthode exclusive, mais elle joue un rôle important comme auxiliaire des indications ordinaires, dans nombre de maladies.

Elle est indiquée dans les traumatismes portant sur les os et les articulations, contorsions, entorses, luxations, arthrites, fractures. Elle s'associe à l'électrothérapie dans le traitement des affections des muscles et des nerfs, myosites, paralysies, névroses, névralgies.

Elle doit être recommandée dans certaines maladies des appareils circulatoire et respiratoire, dans les maladies par ralentissement de nutrition, dyspepsies, ptoses viscérales, obésité, diabète, enfin dans les maladies des femmes et les déformations de la taille.

Ce sont toutes les questions que M. Regnier, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité, expose en un volume de la collection des *Actualités médicales*.

Il passe d'abord en revue les appareils employés : appareils à mouvements actifs et à mouvements passifs, appareils électriques pour le massage vibratoire et appareils d'orthopédie. Puis il fait connaître les effets thérapeutiques de la mécanothérapie, ses indications et ses contre-indications dans les diverses maladies énumérées plus haut.

Tous les praticiens qui liront ce petit volume seront au courant de cette médication nouvelle.

Pour se défendre contre la tuberculose pulmonaire, ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire (2), par M. L. Chauvain, secrétaire de la commission de la tuberculose. Préface par le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Les derniers travaux sur la tuberculose démontrent que, pour guérir, un malade doit s'astreindre à des précautions hygiéniques, minutieuses et continues. Mais le médecin donne des conseils oralement et ne peut songer à libeller une ordonnance qui les contienne tous. M. Chauvain a eu raison de coordonner ces règles pour les mettre entre les mains des malades qui pourront ainsi les consulter à toute heure. En substituant au vague des conseils donnés sous l'inspiration des événements du jour une sorte de formulaire visant leur évolution successive, il a fait œuvre utile et rendu service au malade et au médecin.

Quand le malade aura lu ce petit volume, il le relira et, un à un, tous ces préceptes se graveront dans sa mémoire : ce seront bientôt pour lui des lois qui, passant dans ses habitudes, dépouilleront leur caractère rigide, et il finira par suivre ces prescriptions aussi facilement qu'il faisait d'abord le contraire.

Outre les notions d'hygiène usuelle sur le choix du climat, de l'habitation, l'installation de la chambre, l'alimentation, les vêtements, les précautions à prendre autour d'un tuberculeux, etc., on trouvera l'exposé de quelques symptômes, toux, fièvres, etc., et de quelques remèdes, enfin des indications sur le poids, le pouls, les crachats, etc.

(1) In-16, 92 p., cart. (Actualités médicales.) Prix : 1 fr. 50.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-81, 80 p., cart. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 12 mars 1901, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Chassaing, Roux, Robineaud, Dron, Aron, Salis, Guidon, Rabaine, Pailhès, Fage, Thoviste, Gros, Coculet, Porterie, de Thierry, Potherat, Baroux, Boyé, Toussaint, Loppé, Laumet, Boujus, Bernard, Rebillard, Sattler, Leplat, Girard, Gendre, Le Roy, Lubet-Barbon, Riocreux, Moreau, Montagnon, Mugnerot, Caubet, Specker, Fistié, Aubeau, Del Hamaïde, Chuquet, Chrétien, Mercier, Desmartin.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Debrigode, Meyrignac, Ménard, Maschat, Gallet, Gordon-Martins, Rouby, Azoulay, Moussaud, Zaleski, Dupré, Rouzé, Aymard, Presle, Marini, Moitier, Baumann, Bourdillon, Vaudey, Gardette, Pertat, Decourt, Plichon, Phocas, Vanpeteghem, Bernard, Bué, Hézard, Lagasquié, Brandstetter, Mélian, Vibert, Guigon, Marbot, Gazzola, Poirier, Sonrel, Reynès, Chocreaux, Girard, Loridant, Bourlaux, Cordier, Robilliard, Lenoir, Joyes, Berchon, Robert, Veyrat, Chuffart, Brumaud-Deshoulières, Bertonnier, Marchadier, Perret, Lagoutte, Quillot, Delbreil, Rocheblave, Souville, Ricaud, Leduc, Doumerg, Sifflet, Wintrebert, Pollet, Bezançon, Audouin, Manesse, Carcy, Faure, Bourguignon, Beaumont, Bertrand, Jourdan, Byl, Plouvier, Vivent, Monestié, Savy, Gallice, Anderiodias, Grandjean, Ricaud, Breffeil, Boutry, Lefebvre, Deléardre, Ripault, Vignau, Amblard, Olmières, Hannebelle, Candelier, Carpentier, Lestocquoy, Aupérin, Tamboise, Tonnel, Bodin, Auvray, Gasne, Pauchet, Bérard, Beaussenat, Gayet, Delore, Denis.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Robert, Répéré, André, Béal, Jacquet, Leviez, Zibelin, Desprez, Delarue, Périer, Charvet, Cavaillé, Denigès, Cuisinier, Verdié, Peschaud, Bettrémieux, Lutrand, Matringhem, Delcassé, Bigo, Balland, Declercq, Chevallier, Bidon, Leclercq, Florand, Thalinger, Hervé, Dumont, Puéchagut, Bombart, Gaignard, Motheau, Desmoulin, Hontang, Goffart, Thiéry, Pradal, Trazit, Chevalier, Battle, Lenys, Testu, Melon, Sireyjol, Delplanque, Argueyrolles, Arnaud, Pitiot, Puech, Guende, Four, Simon, Danhiez, Barban, Mullot, Perron, Lesage, Dumur, Chabanet, Picard, Thibault, Guinon, Junin, Lambert, Girod, Dumont, Dusser, Bauby, Freulon, Chauveau, Levêque-La-Croix, Hudelo, Parmentier, Soutoul, Thévenet, Debrabant, Miette, Bellencontre, Gieseler, Marchadier, Gapin, Folie-Desjardins, Mallet, Laborie, Vangeon, Vanheuverswyn, Fleury, Bouessée, Labalette, Bonnaud, David, Cassaigneau, Jouis, Roux, Grinda, Duchesne, Bret, Lafon, Joffrion, Sallard, Labbé, Nermord, Boulloche, Chancerel, Egret, Tuvache, Lamberger, Monnier, Saramito, Devay, Chasserau, Jacques, Brun, Boëteau, Sallès, Aumont, Défaut, Legrand, Chanson, Maurel, Gérard, Vienne, Chevalet, Monnier, Chabrié, Claudel, Rancurel, Weydenmeyer, Vautier, Rouquès, Nageotte, Virey, Zuccarelli, Camus, Etlinger, Payrau, Augereau, Jeannin, Rousseau, Monmarson, Thenoz, Chapon, Devars, Béal, Duchemin, Lepetit, Bernard, Chipault, Chavane, Planton, Poillot, Crochet, Chauvière, Biet, Milloux, Tournier, Rave, Wolonghan, Couturier, Langlois, Mangin-Bocquet, Calot, Mage, Houzé, Piras, Dufournier, Donnet, Garde, Martin.

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Ce concours s'ouvrira le 16 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1901 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, premier bureau, personnel et mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3 096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Règlement sur le service des frais de route. — Aux termes d'un décret en date du 18 mars 1901, portant règlement sur le service des frais de route, les médecins civils, appelés, à défaut de médecins militaires, près des conseils de revision, recevront les indemnités de vacation ci-après :

1° Quand ils sont déplacés du lieu de leur résidence habituelle, 15 francs par jour, sauf le cas où les préfets jugeraient indispensable, en raison de circonstances tout à fait exceptionnelles, de proposer au ministre un médecin pour une allocation supérieure. De plus, ils ont droit à une indemnité journalière de 12 francs, divisible, quand il y a lieu, en indemnité de 4 francs pour un repas et indemnité de 4 francs pour un découcher. Ils sont remboursés des dépenses de transport par voies ferrées au plein tarif de 1re classe. Pour les transports effectués sur les routes ordinaires, il leur est alloué à forfait, en remplacement de l'indemnité kilométrique sur les voies ferrées, une indemnité de 5 francs par journée de voyage en voiture. Cette indemnité se cumule avec l'indemnité kilométrique sur les voies ferrées, lorsque, dans la même journée, il est fait usage des deux moyens de locomotion ;

2° Quand les opérations s'effectuent au lieu de la résidence des intéressés :

10 francs par journée employée à la visite des jeunes gens;

3 francs par séance d'une heure ou de moins d'une heure;

2 francs par heure ou fraction d'heure pour les séances dont la durée est de plus d'une heure.

En ce qui concerne les médecins militaires prenant part aux opérations des conseils de revision, ils ont droit à une indemnité journalière de 12 francs pour les officiers supérieurs et de 10 francs pour les officiers subalternes. Leur indemnité de déplacement est calculée comme il est dit à propos des médecins civils.

Enfin, les médecins et chirurgiens civils requis par l'autorité militaire sont assimilés, au point de vue de l'indemnité de route, aux officiers subalternes, pour lesquels ladite indemnité comprend l'indemnité journalière, fixée à 8 francs, et l'indemnité kilométrique qui est, par kilomètre, de 3 centimes en voie ferrée, de 15 centimes sur les routes où il existe un service de voitures publiques, et de 30 centimes sur les routes où il n'existe pas de service public.

Distinctions honorifiques. — M. le médecin de première classe Gandelin vient d'être promu au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 14e semaine de l'année, 1072 décès,** chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et légèrement inférieur à la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1092).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (au lieu de la moyenne 10).

La variole a causé 10 décès; cette épidémie, très bénigne jusqu'à présent, n'est donc pas en décroissance, et l'on doit engager à se faire revacciner toutes les personnes qui ne l'ont pas fait dans ces trois dernières années. Sur 10 décès, 3 ont eu lieu dans le quartier Necker. Si on marque sur un plan du XVe arrondissement le domicile des varioleux morts depuis le commencement de l'année, on trouve que la plupart étaient domiciliés dans le voisinage de l'hôpital Pasteur, et surtout au nord-est de cet hôpital. Lors de l'épidémie de variole de 1880, M. Bertillon père avait observé un fait du même genre autour de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, qui contenait alors un grand nombre de varioleux.

Le nombre des varioleux nouveaux signalés par les médecins s'élève à 56 (dont 5 dans le quartier Necker). Ces chiffres sont moindre, que pendant les quatre semaines précédentes.

La rougeole (18 décès au lieu de 13 pendant la semaine précédente) continue à augmenter. Elle reste cependant bien plus rare cette année qu'elle ne l'est habituellement (la moyenne des semaines d'avril est 32).

La scarlatine a causé 3 décès, la coqueluche 7 (ces chiffres sont légèrement inférieurs à la moyenne).

La diphtérie a causé 15 décès (la moyenne est 9).

La diarrhée infantile n'a causé que 17 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et à la moyenne ordinaire de la saison (28).

En outre, 20 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 207 décès, au lieu de 227 pendant la semaine précédente et au lieu de 207, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchite chronique, 41 (au lieu de la moyenne 28); pneumonie, 63 (au lieu de la moyenne 55); autres maladies de l'appareil respiratoire, 92 (au lieu de la moyenne 105), dont 33 sont dus à la congestion pulmonaire et 44 à la bronchopneumonie.

En outre, 13 décès ont été attribués à la grippe qui, fort répandue depuis quelques semaines, se montre heureusement très peu meurtrière cette année.

La phtisie pulmonaire a causé 236 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 25 décès; la méningite simple, 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 60 décès; les maladies organiques du cœur, 82; le cancer a fait périr 49 personnes. La hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès, la cirrhose du foie, 9, la néphrite 28; enfin, 47 vieillards sont morts de débilité sénile.

La lutte contre l'alcoolisme. — M. le professeur Augagneur, maire de Lyon, usant de la faculté que lui donne la loi du 17 juillet 1889, a pris l'arrêté suivant :

« ARTICLE PREMIER. — Il est interdit d'ouvrir, dans la ville de Lyon, de nouveaux débits de boissons, cafés, cabarets, etc., à une distance de moins de deux cent cinquante mètres (250 mètres) des cimetières, des hospices, des édifices consacrés à un culte quelconque, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique.

ART. 2. — Les infractions au présent arrêté seront constatées et poursuivies conformément aux lois. »

Puisse son exemple être imité!

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Giulio Bizzozero, sénateur, membre de l'Académie royale de médecine de Turin, décédé à Turin le 8 avril, et de MM. les docteurs Speckhahn (de Renwez), et Perret, agrégé, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, commencera son cours de pathologie comparée le mardi 16 avril 1901, à deux heures, au laboratoire de pathologie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur achèvera l'exposition des principes généraux de l'énergétique biologique (suite du cours de 1899-1900), commencera l'étude des applications qu'on peut faire de ces principes en médecine, principalement au point de vue de l'alimentation dans diverses conditions physiologiques et pathologiques.

— M. le professeur N. Grehant commencera son cours de physiologie générale le mardi 16 avril, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, dans son laboratoire, quai Saint-Bernard.

Objet du cours : Première leçon : Traitement par l'oxygène à la pression atmosphérique de l'homme empoisonné par l'oxyde de carbone.

Les leçons suivantes seront consacrées à la démonstration des principales expériences relatives à la respiration, à la circulation et à l'exposé de recherches nouvelles sur l'alcoolisme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Action des médicaments. Leçons de pharmacologie et de thérapeutique, professées à l'hôpital St-Bartholomew, par sir Lauder BRUNTON, médecin de l'hôpital St-Bartholomew de Londres, traduit de l'anglais par E. BOUQUÉ et J.-F. HEYMANS, professeurs à l'Université de Gand. Un vol. in-8° jésus de 596 p. cart. à l'anglaise. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Le paludisme à Paris, par le docteur Manuel VICENTE. Deux vol. in-16, 480 p., 96 gr., 1 pl. en coul. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Tableaux synoptiques d'anatomie topographique, par le docteur BOUTIGNY. Un vol. cart. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les médecins bretons du XVIe au XXe siècle (biographie et bibliographie). Un vol. in-8° broché, avec les portraits de Broussais, Laënnec, Jobert de Lamballe, Alphonse Guérin, Maisonneuve. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 44. — MARDI 16 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. MARDI 16 AVRIL 1901. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Cytodiagnostic de la pachyméningite cervicale hypertrophique, par MM. Widal et L. Le Sourd. — Autoplastie par déplacement d'une mamelle pour combler une énorme perte de substance résultant de l'ablation de l'autre (*3 fig.*), par M. H. Morestin. — Médecine pratique. Traitement des péricardites aiguës. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

CYTODIAGNOSTIC DE LA PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE

Par MM. Widal, médecin de la Maison municipale de santé, et L. Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris.

La pachyméningite cervicale hypertrophique dont Charcot et Joffroy nous ont donné la description, est souvent d'un diagnostic malaisé. A ses débuts, elle peut être difficile à reconnaître du mal de Pott; plus tard, elle peut donner le change avec l'atrophie musculaire progressive, et dans certains cas, les difficultés du diagnostic sont augmentées de ce fait qu'une lésion syringomyélique peut se surajouter à la pachyméningite primitive.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ponctionné pendant la vie permet de distinguer la pachyméningite cervicale hypertrophique, de certaines affections qui peuvent la simuler. Tandis que dans le mal de Pott, par exemple, le liquide céphalo-rachidien est, comme l'un de nous l'a montré avec MM. Sicard et Ravaut (1), normal au point de vue de sa contenance cellulaire, dans la pachyméningite cervicale, au contraire, ce liquide tient en suspension des éléments figurés, comme nous avons pu nous en convaincre, chez une malade actuellement dans notre service.

Les symptômes de la pachyméningite, chez cette femme, se sont déroulés en suivant leur évolution classique. La maladie a débuté, il y a deux ans, par des douleurs de la nuque, survenant par crises avec irradiations parfois jusque dans les bras. Les membres supérieurs ont été successivement frappés de paralysie et d'atrophie. La paraplégie des bras est actuellement à peu près complète et la malade peut à peine se livrer à une ébauche de mouvement d'élévation. Les muscles des bras et de l'avant-bras sont diminués de volume; les deltoïdes sont complètement aplatis. Les membres inférieurs sont intacts; on constate cependant une exagération des réflexes rotuliens et une légère trépidation épileptoïde.

Le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, était clair comme de l'eau de roche. La centrifugation de 3 centimètres cubes en tube effilé, dans un appareil à tours rapides, a fourni un léger dépôt, composé uniquement d'éléments mononucléés, lymphocytes pour la plupart, mêlés à quelques gros éléments à un seul noyau et à protoplasma plus étendu. Cette formule histologique est, on le sait, celle qui caractérise les processus méningés chroniques.

On conçoit que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien donne des résultats différents dans la pachyméningite cervicale hypertrophique et dans le mal de Pott. Dans le premier cas, la lésion est intra-méningée, et comme on pouvait s'y attendre, le liquide est peuplé d'éléments figurés; dans le second cas, la lésion est située en dehors du sac arachnoïdo-pie-mérien, et l'on conçoit que le liquide céphalo-rachidien garde sa composition normale, tant que la lésion reste extra-méningée. Il y a là, en tous cas, les éléments d'un véritable cytodiagnostic.

(1) Widal, Sicard et Ravaut. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse. Soc. de biol., 13 oct. 1900.

AUTOPLASTIE PAR DÉPLACEMENT D'UNE MAMELLE

POUR COMBLER UNE ÉNORME PERTE DE SUBSTANCE RÉSULTANT DE L'ABLATION DE L'AUTRE

Par H. Morestin, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Après l'amputation du sein, la réunion n'offre, à l'ordinaire, aucune difficulté sérieuse, bien qu'il soit de règle de tracer les incisions très au delà de la zone suspecte, et même de sacrifier presque toute la peau de la mamelle. Il suffit généralement de libérer un peu les téguments du voisinage pour que les bords de la plaie puissent être rapprochés et affrontés. L'extirpation des muscles pectoraux, pratique aujourd'hui très répandue, contribue encore à faciliter cet affrontement.

Il est donc exceptionnel d'avoir à combler, par une opération autoplastique, la perte de substance qui résulte de l'exérèse du sein. Quand la réunion est impossible même au prix d'une forte traction exercée sur les bords de la plaie, il vaut mieux, cependant, couvrir, à l'aide de lambeaux, la surface cruentée que d'en attendre la réparation secondaire.

Dans un cas où l'ablation d'un carcinome dépassant, et même de beaucoup, les limites de la mamelle, avait laissé une

brèche énorme, j'ai pu, à l'exemple de Legueu (Congrès de chirurgie, 1898) et Th. Cornilus, 1898, de Græve, de Franke, en couvrir toute l'étendue par le déplacement de la mamelle saine, évidée et étalée. Le résultat de cette vaste autoplastie a été très satisfaisant, bien meilleur qu'on n'aurait osé l'espérer, et l'histoire de ma malade montre le parti que l'on peut, à l'occasion, tirer de cette ressource extrême.

Cette femme, une concierge âgée de quarante-cinq ans, Mme Eugénie S..., est entrée le 25 juin 1900, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 32, portant au sein gauche une tumeur dont le début remontait à une année à peu près. Elle n'en souffrait point et l'état général était encore excellent. Cependant le néoplasme, dont la nature maligne ne faisait malheureusement aucun doute, avait englobé déjà la mamelle entière, et s'étendait dans tous les sens sur les téguments du voisinage.

Le sein formait un gros bloc hémisphérique, d'autant plus volumineux que les mamelles étaient normalement très développées chez ce sujet. Sa consistance était très dure et uniformément dure, d'une dureté ligneuse. Le mamelon était fort rétracté et la peau partout adhérente, présentait avec une netteté très grande, le phénomène connu sous le nom de peau d'orange.

La mobilité de toute cette masse sur le grand pectoral mis en tension indiquait que la couche musculaire n'était probablement pas encore envahie, mais la présence dans l'aisselle d'un paquet de ganglions engorgés n'était pas discutable. L'infiltration néoplasique s'étendait loin en dehors et en arrière, le long de ce gros bourrelet, repli cutané chargé de tissu adipeux qui, chez certaines femmes grasses, semble continuer transversalement l'attache de la mamelle jusque dans le dos. Le cancer avait également transformé ce repli, lui donnant aussi une rigidité ligneuse. Une légère teinte rosée occupait toute l'étendue de la partie malade, indiquant l'activité du processus morbide. C'était donc un bien mauvais cas, et la première impression fut qu'il n'y avait rien de bon à tenter dans des conditions aussi désavantageuses. Cependant, il y avait lieu de tenir compte de certains détails relevés par l'examen avant de renoncer à tout espoir d'opposer un traitement utile à la redoutable affection qui mettait en péril prochain l'existence de la malade.

Ainsi il n'existait ni ganglions sus-claviculaires, ni indice de généralisation, ni altération de l'état général. La tumeur gagnait de proche en proche, mais l'organisme n'était pas complètement infecté encore. D'autre part, nous n'avions point noté d'adhérence profonde, l'indolence était complète, et les glandes axillaires semblaient encore mobiles au milieu du tissu graisseux où elles étaient plongées. Il n'y avait pas non plus d'œdème lymphatique du bras, par stase consécutive à l'oblitération des voies de retour de la lymphe. Si l'envahissement superficiel était considérable, la marche du néoplasme vers les parties profondes s'effectuait au contraire avec une lenteur relative. En observant même d'un peu près la zone cutanée adhérente et altérée, on notait que le bloc cancéreux, sans avoir de limites absolument nettes, n'offrait à son pourtour aucun de ces noyaux erratiques, qui sont du plus défavorable pronostic. A une faible distance de la masse dure la peau reprenait sa souplesse et son aspect normal. Il n'était guère engageant toutefois d'entreprendre une extirpation qui, laissant autour du néoplasme la marge nécessaire, devait atteindre des proportions presque effrayantes. Le sein était très gros, augmenté encore par le cancer massif dont il était le siège, la tumeur débordait de tous côtés, remontait en haut jusqu'à trois travers de doigt de la clavicule, franchissant en bas le sillon pectoro-mammaire et le dépassant de trois centimètres, en dedans s'arrêtant seulement à la ligne médiane, et en arrière arrivant au bord externe de l'omoplate. Grosse intervention, rendue moins satisfaisante encore par la certitude de ne pouvoir rapprocher même partiellement les bords de la plaie colossale qui devait en résulter. En outre, la maladie semblait être en voie d'évolution assez rapide, et, dans les cancers qui vont vite, l'action chirurgicale est parfois nuisible, souvent, très souvent complètement stérile.

Cependant, la malade demandait avec beaucoup d'insistance à être débarrassée de sa tumeur. J'hésitai beaucoup avant de céder à ses instances, et me décidai seulement le 25 juillet, me basant surtout sur ce fait que, pendant une période d'observation de quatre semaines, les progrès de l'envahissement néoplasique avaient été tout juste appréciables. L'évolution était donc plus lente qu'on n'eût pu le croire au premier aspect de la région mammaire, et malgré tout, on ne devait point désespérer d'obtenir un résultat positif.

Le 25 juillet, j'opérai donc Mme S... J'enlevai d'un bloc non seulement le sein, mais toute la région mammaire, les muscles pectoraux, les ganglions et le tissu graisseux de l'aisselle, le gros bourrelet sous-axillaire.

La plaie resultant de l'ablation s'étendait depuis le milieu du sternum jusqu'à la fosse sous-épineuse, d'autre part, depuis le voisinage de la clavicule, jusqu'au rebord des fausses côtes.

Les téguments furent tout d'abord largement décollés en haut, en bas, en arrière, la suppression des pectoraux donnait du jeu au niveau de l'aisselle, et la partie externe de la plaie put être réunie par rapprochement des bords. Le reste fut comblé par déplacement de la mamelle droite. Celle-ci fut détachée pas deux incisions, une supérieure, obliquement ascendante, dirigée de bas en haut et de gauche à droite vers la partie moyenne de la clavicule droite, l'autre inférieure, curviligne, entourant la demi-circonférence inférieure de la mamelle et gagnant le bord inférieur du grand pectoral de ce côté. La mamelle, séparée du plan musculaire sous-jacent, fut évidée, dépouillée de la majeure partie de sa glande et de sa graisse et, réduite à peu près à la peau et à sa doublure adipeuse, fut étalée au-devant du thorax. Cette peau se laissa sans peine attirer vers la gauche et suturer aux bords de la plaie, préalablement libérés eux-mêmes, comme il a été dit plus haut.

Il me parut inutile d'ôter le mamelon, comme l'avait fait Franke. Il était d'ailleurs peu saillant et s'effaça même complètement après étalement du sein évidé. Il était alors situé en dehors du bord gauche du sternum. Les sutures terminées, le résultat immédiat parut véritablement bien satisfaisant, par comparaison avec l'immense plaie tout à l'heure ouverte. La peau empruntée à toutes les régions voisines couvrait très complètement la surface cruentée.

Les suites de cette laborieuse intervention furent tout aussi simples que celles de la vulgaire amputation du sein. Il n'y eut ni fièvre, ni complication d'aucune sorte. Le seul petit incident fut un sphacèle très limité de l'extrémité gauche du lambeau mammaire; il s'en élimina la largeur d'un travers de doigt sur une longueur de 5 centimètres.

Partout ailleurs la réunion fut obtenue. La réparation se fit d'ailleurs très vite dans l'endroit où s'était produite cette mortification, au point que notre malade put sortir guérie le 19 août. Elle a pu reprendre pendant quelques mois la vie normale. Mais quand Mme S... est revenue nous voir au commencement de cette année 1901, on pouvait constater une récidive commençante. Mais chose très curieuse, les noyaux cancéreux, au nombre de deux, siégeaient à droite de la ligne médiane, dans la région occupée précédemment



Fig. 1.

par le sein droit et sous la peau qui l'enveloppait. Il semblait qu'ils eussent pour point de départ les débris laissés en place de la glande réputée saine. Sur les photographies



Fig. 2.

prises à cette époque, on voit bien ces noyaux déjà adhérents aux téguments. Ces figures ont surtout pour but de montrer le résultat obtenu par l'autoplastie et l'aspect que prend alors la poitrine.

Actuellement, la malade est en pleine récidive; une multitude de noyaux ont fait leur apparition autour de l'aisselle gauche, aux environs de la cicatrice. Le bras gauche avait toujours présenté depuis l'opération un peu de gêne dans la circulation lymphatique. Il s'agissait d'un trouble insignifiant et localisé à la face interne du bras. Actuellement, 2 avril, le membre supérieur est tout entier éléphantiasique et très volumineux. Il y a évidemment une repullulation néoplasique dans la profondeur de l'aisselle, et sous la mamelle déplacée. Enfin, l'état général, demeuré jusqu'ici excellent, commence à décliner. La malheureuse femme ne tardera donc pas à succomber.



Fig.3.

La maladie abandonnée à elle-même aurait-elle amené une mort plus prompte? et au point de vue de la survie, l'opérée a-t-elle bénéficié de l'intervention? Il semble bien que la vie ait été prolongée, grâce à l'exérèse du néoplasme, mais pas de beaucoup, puisque voilà déjà la récidive et même le commencement de la cachexie. Nous n'aurions ainsi rendu qu'un très léger service à notre malade si pendant quelques mois elle n'avait vécu dans des conditions incomparablement meilleures que celles où elle se serait trouvée si elle avait gardé sa tumeur. Celle-ci était à la veille de s'ulcérer et n'aurait pas manqué de le faire très rapidement; il est inutile d'insister sur la situation très pénible qui en eût été la conséquence. Or, actuellement encore, il n'y a point d'ulcération. En outre, n'est-ce pas quelque chose que le réconfort moral procuré à cette pauvre femme? Maintenant encore elle demeure sous l'impression consolante où l'a laissée la suppression de la tumeur apparente. Ses craintes ont été calmées d'une façon durable, et les accidents actuels ne lui semblent pas directement liés à la lésion ancienne. Sans vouloir insister outre mesure sur les conséquences psychiques d'une intervention, il n'en est pas moins nécessaire d'en faire ressortir toute l'importance.

On ne pouvait attendre beaucoup mieux d'un si mauvais cas. En règle générale, une telle extension du processus néoplasique doit être une contre-indication. Ici nous avons

dû naturellement agiter le pour et le contre avant de prendre une détermination, et nous avons énuméré plus haut les raisons qui finalement nous ont paru plaider en faveur de l'opération. Ces conditions se retrouvent rarement : cancer englobant le sein et toute la région mammaire, couvrant un énorme territoire cutané, et cependant ayant encore des limites, très vaste mais relativement circonscrit, avec état général satisfaisant, aucun indice de généralisation et pas de difficulté sérieuse dans la profondeur. La malade que nous avons opérée est donc une exception. On peut alors se risquer à la rigueur et tenter l'extirpation suivie d'autoplastie. De tous les procédés utilisables pour les grandes autoplasties thoraciques, aucun n'est préférable à celui-ci, car c'est le plus facile, celui qui fournit le plus de téguments à moins de frais, et celui qui permet le mieux de couvrir la surface cruentée. L'esthétique ne perd rien, bien au contraire, au sacrifice de la seconde mamelle.

Il faut ajouter que malgré la longueur des incisions et l'étendue de la plaie, il n'y a là ni difficulté technique particulière, ni manœuvres compliquées et longues, ni gravité sérieuse. L'hémostase est facile, le champ opératoire superficiel et étalé, et l'exérèse porte exclusivement sur des parties molles. Sauf du côté de l'aisselle, il n'y a pas d'organe dangereux.

Parmi les « grands délabrements », il n'en est point qui puisse être comparé à celui-ci sous le rapport de la bénignité des suites.

Notons que, chez notre malade, la récidive a paru se produire dans les débris de la seconde mamelle. Actuellement, une nouvelle tumeur occupe l'étendue du sein étalé et soulève la peau dans tout son périmètre. Il semble donc qu'il se soit développé un cancer de l'autre sein, frappant tous les éléments laissés à la face profonde des téguments. Cependant, au moment de l'opération, il n'y avait certainement rien de ce côté. Le cancer du sein est parfois bilatéral, rarement les deux glandes sont prises simultanément, plus souvent l'envahissement est successif. On peut, dans ce dernier cas, discuter pour savoir s'il faut dire qu'il y a généralisation et que la généralisation commence par l'autre glande, ou bien qu'il y a un processus morbide originellement double, se manifestant plus rapidement d'un côté que de l'autre, peu importe. Si ces faits étaient communs, il y aurait là un gros argument contre l'autoplastie aux dépens de la mamelle réputée saine.

Chez notre malade, on ne peut dire que l'insuccès soit dû à cette circonstance. Autour de la cicatrice et dans l'aisselle d'autres noyaux se sont montrés assez rapidement sans qu'on pût rattacher leur développement à la première tumeur. Cependant, on conçoit théoriquement que le néoplasme développé dans la deuxième mamelle, puisse dans un cas donné être le point de départ de la généralisation.

En pratique, il ne faut pas s'attendre à rencontrer souvent de tels faits, attendu que le cancer du sein est presque toujours unilatéral. Mais il y a lieu d'en tenir compte, et d'apporter un soin extrême à l'examen de la mamelle qu'on se propose d'utiliser pour une autoplastie pratiquée après exérèse d'un cancer, pour en rejeter l'emploi au moindre doute, ou tout au moins pour extirper très complètement alors mamelon, aréole et glande, en ne laissant strictement que le sac cutané, s'il n'était plus sage de voir là une contre-indication formelle et de s'abstenir complètement d'opérer dans ces conditions détestables.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des péricardites aiguës.

Le traitement des péricardites aiguës soulève nombre de questions intéressantes, que M. Carrière (de Lille) vient de résoudre d'une façon pratique dans un des derniers numéros du *Nord médical* (1).

Le rôle du médecin doit consister, tout d'abord, à *prévenir* l'apparition de la péricardite. S'il est vrai que, dans toutes les maladies infectieuses, la péricardite est possible, il est indispensable, dans toutes les infections, mais surtout dans les cas de rhumatismes, si légers qu'ils soient, d'ausculter minutieusement le cœur tous les jours.

Il faut de plus, par une médication bien choisie, lutter de son mieux contre le germe infectieux. Avec beaucoup d'auteurs, M. Carrière estime que le salicylate de soude peut, dans nombre de cas, prévenir les complications cardiaques du rhumatisme. On le donnera de la façon suivante :

Salicylate de soude, 1, 2, 3, 4, 5 et 6g (suivant l'âge).	
Sirop d'écorces d'oranges amères.	50 grammes.
Eau...........................	100 —

A prendre en vingt-quatre heures en quatre doses, immédiatement après l'ingestion d'un bol de lait chaud. A partir du quatrième jour, diminuer de 0g50 centigrammes, sauf à revenir aux doses élevées si la fièvre remonte.

Dans les infections autres que le rhumatisme, les sels de quinine contribueront à faire de l'antisepsie générale. On donne par exemple, en vingt-quatre heures, 3 à 4 cachets de sulfate de quinine de 0g20 centigrammes.

Une fois la péricardite déclarée, il est nécessaire de condamner le malade au lit, sans le trop couvrir. Le régime lacté absolu sera prescrit. Il faut ensuite instituer une médication causale.

Quant à la thérapeutique symptomatique, elle doit surtout :

1° Faire de la révulsion précordiale ;
2° Soutenir le cœur ;
3° Calmer les troubles fonctionnels.

Pour faire de la révulsion précordiale, rejeter la saignée, qui affaiblit le malade ; la teinture d'iode et les pointes de feu, qui sont insuffisantes ; les vésicatoires, qui conviennent à la période terminale des péricardites subaiguës. Utiliser exclusivement les sangsues, les cataplasmes sinapisés, mais surtout les ventouses sèches ou scarifiées.

Pour soutenir le cœur, on peut s'adresser, suivant les cas, à la digitale, à la caféine, à la spartéine.

La digitale demande à être administrée avec beaucoup de prudence. M. Carrière la réserve de préférence pour les cas où l'éréthisme cardiaque est extrême, lorsqu'il y a hypotension artérielle, et emploie de préférence la digitaline, suivant la formule de Petit.

Digitaline cristallisée de Nat, velle.....................	*dix* centigrammes.
Glycérine D = 1250.........	33cc3
Eau distillée................	14cc6
Alcool à 95 degrés..........	Q. s. p. 100cc

L gouttes = 1 milligramme de digitaline et constituent une dose suffisante pour l'adulte. Chez l'enfant, graduer l'effet de V à XXV gouttes, suivant l'âge. Ne donner cette dose qu'un seul jour.

La caféine est moins dangereuse à manier, mais présente l'inconvénient d'augmenter l'excitabilité nerveuse, déjà très intense, et d'exaspérer l'insomnie. La spartéine unit les avantages des substances précédentes, sans en offrir les

(1) *Nord médical*, 1er avril 1901.

dangers. On conseillera donc une à trois des pilules suivantes *pro die* :

Sulfate de spartéine.	*ââ*	*un* à *cinq* centigrammes.
Poudre de réglisse..		
Glycérine..............		Q. s. p. une pilule.

Enfin, *il faut calmer les symptômes fonctionnels;* une injection de morphine de 1 centimètre cube *loco dolenti* calme immédiatement la douleur et la dyspnée.

Lorsque l'épanchement est collecté, il faut continuer la révulsion. On se trouve souvent bien d'appliquer un vésicatoire camphré, séparé de la peau par un papier de soie huilé, qu'on laisse trois heures en place.

Pour faciliter la résorption de l'épanchement, le régime lacté absolu s'impose encore; la théobromine sous la forme suivante :

Théobromine..........	*cinquante* centigrammes.
Poudre de scille	*dix* —

Pour un cachet. N° 30 : quatre le premier jour, six le second, huit le troisième, puis diminuer; contribuera puissamment à provoquer la diurèse.

Si l'état est grave, s'il y a des menaces de collapsus, administrer en vingt-quatre heures :

Acétate d'ammoniaque.......	4 à 10 grammes.
Teinture de cannelle.........	4 —
Potion de Todd.............	150 —

Enfin, lutter contre les symptômes prédominants suivant les indications.

Quels sont les indications et les résultats de la *paracentèse?*

La paracentèse est indiquée dans tous les cas :

1° D'épanchement augmentant rapidement ;

2° De petitesse et d'irrégularité du pouls ;

3° De tendance à la syncope ou à la cyanose ;

4° De skodisme thoracique constaté en arrière ;

5° D'œdème de la paroi;

6° De fièvre intermittente ou élevée, surtout si le teint est plombé.

Il n'y a pas de contre-indication, sauf peut-être la tuberculose avancée.

Ponctionner à 5 centimètres en dehors du bord gauche du sternum, dans l'espace intercostal situé au-dessus de la limite inférieure de la matité. Enfoncer d'abord l'aiguille directement d'avant en arrière, puis, lorsqu'on est entré dans la cavité péricardique, obliquer de droite à gauche parallèlement au bord droit du cœur. Évacuer lentement et complètement.

L'opération ainsi faite donne des résultats supérieurs à la simple expectation : 36 p. 100 de morts dans le premier cas, 44 à 66 p. 100 dans le deuxième.

Pendant la convalescence, il faut tonifier vigoureusement l'organisme au moyen de la potion suivante :

Teinture de kola........	*ââ*	50 cent. cubes.
— de coca		
Acide citrique		1 gramme.
Arséniate de soude.........		*cinq* centigrammes.

Deux cuillerées à café par jour.

et favoriser, par l'administration d'iodure, la résorption des exsudats péricardiques. L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 AVRIL 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Jalaguier, Retterer et Walther.

1er, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Segond, Tuffier et Sébileau ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Rémy, Reynier et Delbet ; — (3e série) : MM. Reclus, Poirier et Mauclaire.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Corvisart* : MM. Fournier, Gilles de la Tourette et Méry; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Humbert et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Legueu, Delens et Lejars; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — M. Launois, suppléant.

MARDI 23 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Ricard, Thiéry et Faure.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Thiroloix.

1er, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Richelot, Brun et Quénu; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Rémy, Poirier et Retterer; — M. Langlois, suppléant.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Vaquez et Thoinot.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Campenon; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Roger; — (2e série) : MM. Joffroy, Chantemesse et Dupré; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 24 AVRIL, à une heure. — 1er, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Rémy, Jalaguier et Delbet; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Delens, Reclus et Poirier ; — (3e série) : MM. Humbert, Reynier et Sébileau.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gariel, Retterer et Gley.

4e (nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. André, suppléant.

JEUDI 25 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Bouilly, Quénu et Brun.

1er, *Salle Velpeau* (1re série) : MM. Farabeuf, Campenon et Langlois; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Launois, Rémy et Poirier.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Dieulafoy, Charrin et Teissier; — (ancien régime), *Salle Béclard* : MM. Debove, Gilbert et Achard.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Vaquez et Chassevant; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 26 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Poirier, Delbet et Sébileau.

1er, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Legueu, Reclus et Mauclaire; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Humbert, Retterer et Lejars; — M. Thoinot, suppléant.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Tuffier; — (2e série) : MM. Reynier, Jalaguier et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 27 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chantemesse et Hanriot.

1er, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* (1re série) : MM. Schwartz, Thiéry et Albarran ; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Campenon, Poirier et Ricard.

2e, *Salle Corvisart* : MM. Gautier, Retterer et Langlois.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Gilbert et Ménétrier; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Vaquez; — (2e série) : MM. Achard, Widal et Dupré; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Bouilly et Richelot ; — (2e partie) : MM. Debove, Marfan et Thiroloix; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bar et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Brouardel a manifesté l'intention d'abandonner les fonctions de doyen. Il sera vivement regretté de tous.

Guerre. — Par décret en date du 3 avril 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Eude, maintenu provisoirement médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Lèques, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan; — Douart, maintenu à l'hôpital militaire de Bourges; — Monart, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis; — Delaye, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Sedan; — Renaut, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chameroy, maintenu au 33e d'infanterie; — Maguin, désigné pour le 2e régiment étranger; — de Poul de Lacauste, maintenu au 62e d'infanterie; — d'Audibert Caille du Bourguet, maintenu au 49e d'infanterie; — Landouzy, désigné pour le 10e d'artillerie; — Talayrach, maintenu au 89e d'infanterie; — Bonnamy, désigné pour le 16e d'infanterie; — Morin, maintenu au 6e d'infanterie; — Delorme, désigné pour le 86e d'infanterie; — Treillet, désigné pour le 59e d'infanterie; — Gleize, désigné pour le 11e d'infanterie; — Batut, maintenu répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon; — Gehin, désigné pour le 56e d'infanterie; — Malgat, désigné pour le 33e d'artillerie; — Aubertin, désigné pour le 78e d'infanterie.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Edmond Guéneau (de Saint-Denis) et René Aragon (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — *Séance du conseil général, 29 mars 1901.* — Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président Lannelongue dit au conseil général avoir assisté à la réunion de l'« Association amicale des médecins français », où il avait été invité. M. le docteur Maurat, président de cette association, ayant exposé la situation et déclaré que des changements devaient être apportés aux statuts, l'unanimité des membres présents, après une discussion courtoise, a voté l'urgence de ces modifications et exprimé le désir d'entrer dans l'Association générale. Le résultat de cette délibération sera présenté à l'assemblée générale du 14 avril 1901.

M. Lannelongue transmet ensuite au conseil la demande formulée par M. Lande, que le conseil se réunisse la veille de l'assemblée générale, c'est-à-dire le 13 avril, pour délibérer au sujet d'une entente entre l'association et la « Caisse des retraites du corps médical français » qu'il préside.

M. Blache, trésorier, informe le conseil que la Société de la Gironde a versé une somme de 1 500 francs à titre de don à la caisse des fonds généraux de l'association, et celle de Châtillon-sur-Seine 500 francs. Il propose et fait voter des subventions, variant de 100 à 500 francs, aux sociétés de Meaux, Saint-Jean-d'Angély, l'Aveyron, Marennes et Jonzac, Seine-et-Oise, Toulon, pour secourir des veuves d'anciens pensionnaires de l'association ou augmenter des anciennes pensions à 600 francs.

Les subventions accordées s'élèvent à 1 400 francs.

La séance se termine par la lecture et l'examen des rapports de M. Hallopeau sur les allocations annuelles, de M. A.-J. Martin sur les vœux nouveaux, rapports qui doivent être présentés à la prochaine assemblée générale.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'assemblée générale annuelle de l'association aura lieu le samedi 27 avril, à quatre heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour : 1° allocution du président; 2° rapport du secrétaire; 3° compte rendu financier du trésorier; 4° rapport de la commission de vérification des comptes; 5° propositions diverses intéressant l'association; 6° élections. Renouvellement partiel du comité : élection de quatre membres nommés pour quatre années.

A travers les Congrès. — *La troisième réunion de l'Association des anatomistes* s'est tenue cette année à Lyon du 1er au 3 avril 1901. Le bureau était composé de MM. Golgi (de Pavie), Van Beneden (de Liège), Laskowski (de Genève), Keibel (de Fribourg-en-Brisgau), présidents d'honneur; Renaut, président; Arloing, Chuntre, vice-présidents.

Au cours du Congrès, une brillante réception a été offerte à l'Hôtel de Ville par le professeur Augagneur, maire de Lyon.

La prochaine réunion aura lieu à Montpellier en 1902, sous la présidence de M. Sabatier, doyen de la Faculté des sciences et directeur du laboratoire maritime de Cette.

Le Congrès des sociétés savantes vient de se terminer à Nancy (9-13 avril), sous la présidence de M. Mascart, de l'Institut. Nous rendrons compte prochainement des travaux de la sous-section de médecine et hygiène.

Congrès international des académies. — Les délégués de la plupart des académies du monde entier se réuniront demain à Paris aux membres de l'Institut pour commencer leurs travaux. Les séances ne seront pas publiques.

Entre temps, on annonce une fête au château de la Muette, offerte par M. de Franqueville, de l'Institut, une fête à Chantilly, une à l'Élysée, une réception à l'Hôtel de Ville. Jeudi, les délégués assisteront à la réception à l'Académie française de M. Faguet.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. David Flamm, étudiant en médecine à Paris.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. G. Variot commencera ses conférences de clinique infantile le mardi 16 avril, à dix heures et demie, salle Gillette, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des femmes, par le docteur Polaillon, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° de 750 p., avec 71 fig. dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, O. Doin.

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. Auvray, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8° avec 50 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Félix Alcan.

Aide-Mémoire des maladies du cœur, par le professeur Paul Lefest. Un vol. in-18 de 304 p., avec fig. cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Comment on défend la vie humaine contre les traumatismes, par M. Baudoin et A. Rodet. Un vol. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française, 29, rue de Seine.

Comment on se défend contre les vers intestinaux, par Paul Girod. Un vol. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 45. — JEUDI 18 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 18 AVRIL 1901. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'ORCHITE DES TYPHIQUES. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole; — A propos de la transmission de la fièvre jaune par les moustiques. — VARIÉTÉS. Les thèses médicales dans le théâtre contemporain, par M. le professeur GRASSET. — CENTENAIRE DE L'INTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'ORCHITE DES TYPHIQUES

L'orchite typhoïdique peut être définie : l'inflammation du testicule et de ses annexes, inflammation survenant pendant le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde, et causée par la localisation sur l'appareil testiculaire soit du bacille d'Eberth, soit de microbes d'infection secondaire. Mentionnée par Marcus (1812), Velpeau (1844), Chédevergne (1866), Bouchut (1867), etc., elle a été complètement décrite, pour la première fois, par Hanot (1873). Quelques années plus tard, Widal communiquait à la Société clinique trois nouveaux cas d'orchite typhique et rappellait à cette occasion les cas précédemment signalés. En 1878, paraît dans les *Archives de médecine* une revue générale de Hanot sur le même sujet. Depuis cette époque, il faut surtout citer les travaux d'ensemble d'Ollivier (1883), de Sorel (1889), de Pein (1891), de Déhu (1892), l'observation de Girode (1892), démontrant la présence du bacille d'Eberth dans une orchite typhique suppurée. Les recherches récentes de Berthoud (1897), d'Eshner (1898), d'Audard (1899), de Launois et Lœper (1900), fixent définitivement le rôle des agents microbiens dans le développement de l'orchite typhique. Enfin l'importante thèse de M. Cholet (1) vient de mettre la question tout à fait au point.

Sans être fréquente, l'orchite typhique est beaucoup moins rare qu'on le pensait autrefois. Si, pendant longtemps, elle a passé inaperçue, c'est probablement parce qu'elle se développe dans le cours de la convalescence et que, par suite, on a dû l'attribuer dans nombre de cas à une cause autre que la véritable. Il faut cependant reconnaître que le testicule est bien moins souvent touché dans la dothiénentérie que dans la blennorragie, les oreillons, la tuberculose, la syphilis, et que, d'autre part, les localisations génitales de la typhoïde chez l'homme ne frappent pas toujours exclusivement le testicule.

Parmi les causes prédisposantes, on a invoqué : l'influence des climats et des saisons, les orchites typhiques présentent une prédilection marquée pour les saisons humides et pour les pays chauds; l'âge — l'orchite se produit surtout chez les individus jeunes — l'état de santé antérieur : l'orchite survient surtout chez les individus affaiblis (Hanot).

L'apparition de l'orchite est-elle subordonnée à la gravité de la dothiénentérie? Autrement dit, cette complication survient-elle plutôt à la suite des typhoïdes malignes qu'après les typhoïdes légères? Les différents auteurs qui se sont occupés de la question pensent qu'il n'y a aucune relation analogue à établir, et MM. Baroni et Dessy vont jusqu'à dire que c'est surtout à la suite des typhoïdes bénignes que survient d'habitude l'orchite.

Il est plus intéressant de se demander sous quelle influence se développe cette complication. Théoriquement, la réponse est facile et l'on invoque généralement le *locus minoris resistentiæ*, les modifications de structure et de circulation au sein de l'organe favorisant l'apparition de l'orchite. Cependant, les faits connus ne permettent pas d'affirmer la nécessité de cette atteinte antérieure. Dans la plupart des cas, il n'y a ni traumatisme, ni blennorragie ancienne, ni trace d'aucune autre affection capable de retentir sur les organes génitaux profonds. Inversement, nous connaissons de nombreux cas de fièvre typhoïde évoluant, chez des individus atteints de blennorragie, sans se compliquer d'orchite. Il est cependant permis de penser, dit M. Cholet, qu'une orchite antérieure doit être une cause adjuvante par le fait seul qu'elle met le testicule en état de moindre résistance, comme le montrent les observations de Laveran, de Sevestre, d'Ollivier et l'un des cas personnellement étudiés par l'auteur.

Comme dernière cause prédisposante, il faut encore signaler la date d'apparition de l'orchite. Il semble que le bacille d'Eberth ne puisse produire d'effets pathogènes chez l'homme que s'il a réalisé préalablement l'infection de l'économie. C'est donc dans le décours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde que l'orchite se manifeste le plus souvent. Elle éclate au déclin de l'évolution morbide, de telle sorte qu'elle coïncide avec cette phase solennelle des pyrexies aiguës que caractérise « l'ensemble favorable des mutations nutritives et fonctionnelles qui constituent la crise » (Chauffard). Signalons enfin l'apparition assez fréquente de l'orchite dans les fièvres typhoïdes suivies de rechute. C'est là une relation fréquente qui n'est pas particulière à cette complication, mais que Déhu a également si-

(1) Th. de Paris 1901.

gnalée pour d'autres complications locales de la dothiénentérie.

Il est actuellement incontestable que l'orchite typhique est d'origine infectieuse. Mais est-elle due au bacille d'Eberth ou à un agent banal de la suppuration? Les opinions sont partagées, et, tandis que certains auteurs (Fränkel) admettent que toutes les inflammations et suppurations survenant au cours de la dothiénentérie sont dues aux streptocoques ou aux staphylocoques pyogènes, d'autres, avec MM. Rendu et de Gennes, ont montré que le bacille typhique est apte à produire des lésions inflammatoires avec ou sans suppuration. Il est donc logique d'admettre que, comme les agents ordinaires de la suppuration, le bacille d'Eberth est capable de provoquer des orchites suppurées au cours de la fièvre typhoïde.

Des hypothèses pathogéniques qui ont été invoquées pour expliquer l'orchite typhique, les unes sont insuffisantes, les autres trop exclusives. En réalité, le mécanisme de cette complication n'est pas simple, il varie d'un malade à l'autre : chacune des théories émises peut être vraie dans un cas, fausse dans l'autre.

L'infection dont relève l'orchite typhique peut, en effet, arriver à l'organe par le courant sanguin, ou par propagation de l'inflammation urétrale. La première de ces deux voies réalise le type de l'infection descendante, de la métatase. Son existence est prouvée par la constatation mainte fois faite du bacille typhique dans les testicules des sujets morts de fièvre typhoïde, sans manifestations cliniques d'orchite. Mais pourquoi ces embolies éberthiennes surviennent-elles surtout pendant la convalescence? C'est probablement parce que, pendant le stade fébrile, la glande séminale est pour ainsi dire endormie; pendant la convalescence, le travail congestif qui accompagne la sécrétion fait affluer le sang au testicule; le sang charrie des bacilles ou leurs toxines; il se produit alors de véritables décharges bactériennes, appelées par le réveil de la vitalité génitale et capables d'expliquer l'apparition tardive de l'orchite typhique.

Avant la théorie des embolies bactériennes, l'origine urétrale de l'orchite typhique était la plus communément admise. Elle compte encore aujourd'hui de nombreux partisans pour lesquels l'origine de l'orchite est une inflammation de provenance urétrale, celle-ci ne gagnant la glande qu'après altération de la région prostatique. Cette théorie, basée sur une série de constatations de valeur diverse, n'est pas absolument inconciliable avec la précédente : ne peut-on pas, comme l'a fait Bouchard pour les parotidites secondaires, supposer que des éliminations microbiennes se font par les urines et que ces éliminations quelquefois favorables, comme lorsqu'il s'agit d'urines critiques, sont, dans d'autres cas, le point de départ d'une inflammation phegmoneuse.

Il faut cependant, dans certains cas, invoquer avec Widal à l'origine de l'orchite typhique une thrombose des veines spermatiques, thrombose dont l'existence a été maintes fois prouvée, et qui aboutit naturellement à la tuméfaction douloureuse des bourses, avec dilatation des veines superficielles et engorgement des veines du cordon.

Cliniquement, l'orchite typhique débute en pleine convalescence, par des phénomènes généraux graves : ascension de la température à 39°5, 40 degrés, accélération du pouls, frissons, céphalalgie, vomissement. On pense tout d'abord à une rechute, mais une douleur gravative occupant le testicule avec le canal inguinal, ou bien un sentiment de gêne, de pesanteur dans l'une des bourses, sur le trajet du cordon, au périnée, au pli de l'aîne, attirent l'attention du côté de cette région.

D'autres fois, l'état général est moins atteint : l'orchite est simplement précédée de douleurs à l'épigastre; chez d'autres malades, son début est presque latent. Quoi qu'il en soit, en peu de temps, la maladie est confirmée et se caractérise par deux grands symptômes simultanés : la douleur et le gonflement des parties malades. Parfois le développement de l'orchite coïncide avec des symptômes insolites du côté des voies urinaires : pyurie, hématurie, etc.

La douleur persiste pendant toute la période aiguë. Le plus souvent, elle est vive, lancinante, continue avec paroxysmes. D'autant plus vive que le gonflement est plus considérable, elle acquiert dans certains cas un tel degré d'acuité qu'elle arrache des cris aux malades. Son maximum est variable : on le trouve quelquefois au niveau de la queue de l'épididyme; mais, en général, la douleur est localisée dans le testicule lui-même, et irradie de là vers le cordon, le canal inguinal, la fosse iliaque et même vers les lombes. Elle est exagérée par la compression du testicule, par la simple palpation; elle augmente dans les premiers jours, puis reste quelque temps stationnaire; elle disparaît lentement.

L'examen de l'organe malade révèle d'abord la tuméfaction du testicule, tuméfaction que, parfois, vient encore accroître l'œdème du scrotum. La tumeur est ovoïde et conserve la forme générale des bourses, mais elle donne lieu à des signes différents, suivant qu'il s'agit d'une inflammation du testicule ou de l'épididyme.

Ordinairement, le testicule est seul atteint : il est alors augmenté de volume, de la grosseur d'un œuf de poule, dur, rénitent, non transparent, non adhérent à la peau, tout au moins au début. Le cordon est souvent empâté dans son tiers inférieur.

Lorsque l'épididyme est seul atteint, la tumeur paraît composée de deux parties : l'une inférieure, plus petite, plus souple, plus lisse, formée par le testicule; l'autre, placée en haut et en arrière, beaucoup plus volumineuse, résistante, très sensible à la pression : c'est l'épididyme.

Enfin, dans d'autres cas, la tumeur est plus volumineuse, il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme : la phlegmasie a atteint les deux organes. Quelquefois, par la palpation, on peut constater un épanchement de sérosité dans la vaginale. Le séro-diagnostic pratiqué avec ce liquide est généralement positif. Cet épanchement est parfois abondant : mais d'habitude il est insignifiant et passe complètement inaperçu.

La terminaison ordinaire de l'orchite typhique est la résolution lente, progressive, ne laissant aucune trace, ou bien laissant seulement un ou deux noyaux indurés en un point quelconque de l'épididyme. Mais il peut arriver qu'il se forme un abcès, aigu et rapide, tendant à envahir le scrotum, ou bien chronique, à marche lente et insidieuse. Lorsque la suppuration survient, l'état général s'aggrave, les souffrances locales redoublent, la glande se tend davantage, puis la fluctuation apparaît. La collection purulente s'ouvre d'habitude à la peau au niveau de la partie inférieure du scrotum. Le nombre, le volume et le contenu de l'abcès varient suivant les cas. Enfin l'atrophie testiculaire constitue une troisième complication, d'ailleurs peu fréquente, de l'orchite typhique.

La durée de l'orchite est très variable. Ollivier lui assigne une moyenne de douze jours, mais les auteurs signalent des cas de durée beaucoup plus longue. Quoi qu'il en soit, cette durée est prolongée par la suppuration, et souvent le gonflement et l'induration persistent encore quelque temps après la disparition des phénomènes aigus.

Le diagnostic entre l'orchite typhique et la rechute est simple, à condition, comme l'a conseillé Fernet, de passer souvent la revue des différents organes au cours de la fièvre typhoïde, comme on le fait pour le cœur dans le rhumatisme aigu. Il est parfois plus difficile de différencier l'orchite typhique de l'orchite blennorragique, plus intense, et que caractérise la présence du gonocoque dans l'urètre — de l'orchite rhumatismale, simple fluxion da la vaginale — de l'orchite due à un cathétérisme malpropre au cours de la dothiénentérie. Quant au pronostic, s'il n'est pas grave *quoad vitam*, on peut dire cependant que l'orchite est une complication sérieuse lorsque la suppuration survient; par la production d'un fongus parenchymateux, cette complication peut alors déterminer la suppression fonctionnelle de la glande, mais c'est là une terminaison rare, et la résolution simple s'observe dans la majorité des cas.

Le traitement ne comporte guère d'indications particulières. Il faut observer une minutieuse asepsie pendant toute la dothiénentérie, pour éviter l'orchite, traiter celle-ci une fois déclarée par le repos horizontal, les onctions belladonnées, les compresses froides et enfin, sauf urgence, laisser les collections suppurées s'évacuer spontanément.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(16 AVRIL 1901)

Au début de la séance la parole a été donnée à M. Farabeuf, à propos du procès-verbal, sur la question des **moustiques**. M. Farabeuf s'est longuement étendu sur leurs méfaits et il a demandé qu'on prenne pour la banlieue les mêmes mesures que pour Paris et qu'on s'applique, dans la mesure du possible, à supprimer pour les habitants de la banlieue comme pour ceux de Paris les très fâcheux inconvénients qui résultent pour eux de la présence des moustiques.

M. le professeur Delorme aborde une question d'hygiène pratique qui est d'une importance capitale à l'heure actuelle, et que l'on a cependant trop négligée jusqu'ici. Il s'agit du **lavage aseptique du linge**. En sa qualité de chef d'un grand établissement hospitalier il s'est préoccupé d'ajouter aux progrès de l'industrie du lessivage, tant au point de vue de la simplification que de l'économie, une opération d'ordre médical de désinfection.

Grâce à la transformation que M. Delorme propose, on pourra sans inconvénient mélanger le linge des malades contagieux ou non, car du même coup le linge se trouve lessivé et désinfecté par la vapeur à 120 degrés, c'est-à-dire qu'il est, scientifiquement parlant, aseptique.

L'appareil dont il s'agit n'est pas un projet, il fonctionne chaque jour à l'hôpital Pasteur et à l'hôpital d'Enfants de la rue Michel-Bizot. Son maniement est simple, puisque, dans ce dernier hôpital, il est manœuvré par une surveillante laveuse, et un mécanicien, jusqu'ici maçon de profession.

Il est économique, puisque nous sommes loin des 10 ou 20 laveuses des hôpitaux actuels.

Il se compose d'un cuvier à lessive, d'un appareil pour le lessivage et la désinfection, d'une essoreuse, d'un séchoir à air chaud, d'un moteur de petites dimensions.

L'appareil principal, où s'effectuent le lavage et la désinfection, se compose de deux cylindres en métal, l'un contenant l'autre. Le cylindre intérieur est perforé et est soumis, l'appareil étant en marche, à un mouvement de rotation alternatif très lent.

Le linge y *barbotte* d'abord pendant cinq minutes à l'eau froide, puis il est soumis à la vapeur sous pression à 120 degrés, enfin il est *lessivé* à l'eau de savon, rincé à chaud puis à froid.

Il ne reste plus qu'à essorer et à sécher.

Nous sommes loin, on le voit, du brossage, des bains à l'eau de Javel et autres opérations fatales à l'entretien du linge auxquelles se livrent les blanchisseuses parisiennes.

Aussi l'Académie a-t-elle accepté d'appuyer les propositions suivantes :

1° Engager l'autorité civile à prescrire dans les lavoirs publics l'usage de ces lessiveuses désinfecteuses.

2° En proposer la généralisation à l'Assistance publique, qui a fait les premiers pas pour leur adoption.

3° En proposer l'emploi, dans le plus bref délai possible, pour les établissements hospitaliers des ministères de la guerre, de la marine et des colonies.

Le travail de M. Delorme est, en outre, renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Vallin, Jungfleisch, Grancher, Roux, Kelsch et Delorme.

M. Galezowski a donné enfin lecture d'une note sur les **névrites et thromboses rétiniennes paludéennes**. Un certain nombre des névrites optiques et des péri-artérites sont nettement dues au paludisme, elles peuvent guérir par la quinine.

Le traitement doit être prolongé pendant dix ou quinze jours pendant les trois mois du printemps, et pendant deux ou trois mois d'automne. Il n'en faut pas moins rechercher et traiter, chez ces malades, les causes constitutionnelles, telles que la syphilis et la goutte.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole. (M. L. GUINON.) — Les signes prodromiques que l'on a décrits depuis quelques années dans la rougeole sont-ils suffisants? Telle est la question qu'étudie M. Guinon.

Le *piqueté palatin* de Sevestre et d'Espine a une véritable valeur, mais il est souvent très tardif et n'apparaît qu'avec l'éruption.

La *diminution notable du poids* survenant pendant la période d'invasion avec une *température normale* a une valeur incontestable, comme l'a montré Henri Meunier, mais c'est un signe que l'insuffisance du personnel ne permet pas de rechercher quotidiennement dans les hôpitaux d'enfants.

L'*hyperleucocytose de la période d'invasion* et plus exactement l'hyperleucocytose polynucléaire étudiée par M. Combe (de Lausanne) a une réelle valeur. Mais M. Guinon lui reproche de ne pas être réellement clinique, parce que sa recherche est compliquée.

Deux signes sont plus intéressants pour le clinicien : la stomatite érythémato-pultacée de Comby, et les taches de Köplik (petites taches punctiformes entourées d'une aréole rouge que l'on trouve sur la muqueuse des joues et des lèvres, apparaissant en général trois jours avant l'éruption). Encore ce dernier signe est-il très difficile à voir.

D'une façon générale, tous ces signes ont une certaine valeur diagnostique, mais il ne faut pas avoir en eux une confiance absolue. — « L'inconvénient est minime d'ailleurs, puisque leur présence ne peut qu'exagérer les précautions, chose dont on n'a jamais à se repentir; pourvu qu'il soit bien entendu qu'en pareil cas le malade n'est pas isolé au milieu d'autres morbilleux, mais dans un service de suspects où il ne courra lui-même aucun danger. » (*Rev. des mal. de l'enf.*, avril 1901.) F. R.

A propos de la transmission de la fièvre jaune par les moustiques. — M. Finlay constate que son travail du mois de décembre 1890 a été, depuis lors, maintes fois confirmé par différentes publications. Il rappelle que trois conditions climatériques principales favorisent la propagation de la fièvre jaune : 1° une température moyenne de 20 à 33 degrés; 2° une atmosphère humide, la proximité de la mer ou d'un cours d'eau; 3° une altitude basse. Or, ces mêmes conditions paraissent être indispensables à la vitalité et à la reproduction des moustiques du genre « culex ». L'auteur cite, à propos de ce mode de transmission de la maladie, le cas aujourd'hui bien connu de l'*Anne-Marie*, bateau qui, parti de la Havane avec un équipage de seize matelots, vint débarquer à Saint-Nazaire. Ces hommes, qui avaient subi une atteinte relativement bénigne de fièvre jaune, devinrent le point de départ d'une épidémie grave, par l'intermédiaire des moustiques. Ceux-ci avaient élu domicile dans la cale du navire qui renfermait de la canne à sucre, permettant au germe de la fièvre jaune de pulluler dans leurs glandes salivaires. La commission de la fièvre jaune dans l'armée aurait en effet établi que la piqûre d'un moustique récemment contaminé pouvait, suivant les cas, déterminer une attaque de moyenne intensité ou conférer l'immunité à l'égard de la maladie; tandis que, d'autre part, l'atteinte est sévère après un grand nombre de piqûres, ou bien encore lorsqu'elle est due à la morsure unique d'un moustique qui, après sa contamination, a été, pendant un certain temps, alimenté avec des substances sucrées. (*Med. Rec.*, janv. 1901.) A. H.

VARIÉTÉS

Les thèses médicales dans le théâtre contemporain (1).

Par M. le professeur Grasset.

Au moment présent, le théâtre s'empare de tout, discute et critique tout, traite tous les problèmes.

Rien ne lui est étranger.

On peut même dire que, dans beaucoup de « pièces à thèse », il y a aujourd'hui plus de thèse que de pièce.

En dehors du « Domaine », qui vient d'échouer au Gymnase, les pièces traitant les questions sociales sont très nombreuses.

Au Vaudeville, c'est la magistrature qui est sur la sellette, joyeusement dans le « Bon Juge », dramatiquement dans la « Robe rouge » : la fine Parisienne qu'est Réjane se transforme en Basque farouche pour combattre la loi et la société, à coups de couteau, comme à l'Ambigu.

A l'Odéon, la satire de « Château historique » vise les bourgeois parvenus d'aujourd'hui (ils ne se distinguent des anciens qu'en ce qu'ils font actuellement fortune dans les poêles toxiques ou dans les apéritifs) et les psychologues raffinés, avec leur cour de « Précieuses jeune-siècle ».

Au Gymnase, ce sont les coulissiers, les agents et les lanceurs d'affaires qui écoppent dans « la Bourse ou la Vie »; et le tout-Paris financier en eût vu bien d'autres si la censure n'avait pas interdit « Décadence », d'Albert Guinon.

Aux Variétés, Judic, en reprenant « Niniche », est la satire vivante et cruelle des vieilles artistes qui veulent artificiellement se rajeunir.

La Comédie-Française, elle-même, cette digne personne, qui n'a de jeune que les ors flambant neuf de sa nouvelle salle, critique amèrement tout notre art dramatique contemporain par le vide de ses affiches actuelles.

A cette fièvre générale de tout mettre au théâtre, de tout étudier et traiter sur la scène ne pouvaient pas échapper la médecine et les médecins, les questions et les thèses médicales qui passionnent tellement tous les esprits à notre époque et qui, du reste, sont si souvent sociales du même coup.

Molière a dit quelque part : « Les marquis, les précieuses, les cocus et les médecins ont souffert doucement qu'on les ait représentés, et ils ont fait semblant de se divertir, avec tout le monde, des peintures que l'on a faites d'eux. »

Pour ma part, je vous assure que je n'ai pas eu à « faire semblant » ni à me résigner « doucement », et qu'au contraire j'ai été fortement « diverti » et puissamment intéressé par certaines des pièces médicales qui se jouent actuellement sur les diverses scènes de Paris.

Je ne vous parlerai pas de la « Dormeuse » d'André de Lorde.

Je ne l'ai pas vue.

Je sais seulement que c'est l'histoire d'une femme dont la vie est réduite à quelques heures laides de réveil entre deux longs sommeils pathologiques; notre confrère Gilles de la Tourette avait commencé la représentation par une conférence sur les crises de sommeil dans les névroses, conférence qui n'a eu d'ailleurs qu'un succès d'estime, et encore plutôt en dehors du corps médical.

Cette pièce, comme le « Coup de fouet » des Nouveautés, où la rupture du plantaire grêle joue burlesquement le rôle de *Deus ex machina*, peint plutôt des malades que des médecins.

Les médecins sont, au contraire, bien directement et pas méchamment, mis en cause dans les « Remplaçantes », dont j'ai vu la première représentation avant-hier.

Brieux, qui nous avait déjà attrapés dans l'« Évasion », a mis deux rôles de médecins dans cette nouvelle pièce, qui est en réalité la rude satire des jeunes femmes qui ne veulent pas nourrir leurs enfants.

L'un, plutôt épisodique, est le petit médecin rosse qui fait « le beau et la bête », prescrit à ses aimables clientes tout ce qu'elles désirent et leur fournit même des citations de Nietzche, qu'elles répètent à leur five o'clock en les estropiant plus ou moins...

Que voulez-vous? L'encombrement médical est si grand et... il faut bien vivre!

L'autre est le vieux médecin de campagne, honnête et rude : c'est Antoine.

Les petites caillettes se moquent de lui, au début, à cause de la forme de son chapeau et de la coupe de sa redingote; elles veulent se payer sa tête. Mais il a bientôt fait de les saisir, de les empoigner, et il leur impose une vraie conférence, fort belle, sur tous les dangers que présente l'allaitement mercenaire, pour les mères elles-mêmes, pour leurs enfants, pour les villages où on vit de la « nourriture » à Paris, pour la famille et la société surtout.

Les enfants abandonnés et nourris au biberon sale remplissent les cimetières des campagnes. Il cite des statistiques... Il faut qu'un petit paysan meure, pour que trois Parisiennes puissent se décolleter tout un hiver... Et alors, il n'y a plus qu'à leurs enfants que les Parisiennes n'ont pas montré leur poitrine...

(1) Au banquet de la dernière assemblée générale des médecins de l'Hérault, M. le professeur Grasset a prononcé un toast qui est une fine et spirituelle critique du théâtre contemporain. Nous en extrayons les lignes suivantes empruntées au *Montpellier médical*, persuadés qu'elles seront lues avec intérêt par tous nos confrères. — N. D. L. R.

Si les hommes sont tous soldats et ne peuvent plus, depuis la guerre, payer des remplaçants, les mères doivent toutes faire leur service de nourrice; elles ne doivent plus, à prix d'or, s'offrir des « remplaçantes »...

Et la salle entière applaudit à tout rompre, avec dix rappels successifs, à la proclamation du nom de l'auteur.

Pendant la grande tirade d'Antoine au second acte, il y a même un spectateur, enthousiaste ou ironiste, qui a demandé l'affichage.

Dieu veuille que toutes ces approbations bruyantes se transforment en actes. Nous verrons si Brieux obtiendra ce que, dit-on, J.-J. Rousseau avait obtenu : que les dames de Paris se fassent porter leur nourrisson à l'Opéra « pendant les musiques, comme dit Catulle Mendès, entre les soies écartées et le friselis des dentelles, fripées par de petites mains avides ».

C'est encore un médecin que, depuis deux ans, Antoine incarne magnifiquement dans la « Nouvelle Idole », de François de Curel.

Il faut le voir, au début, affirmant son diagnostic et son pronostic, avec la suffisance de la certitude médicale : pour faire une grande découverte thérapeutique par les vaccins, il a inoculé le cancer à une pauvre fille, qu'il *sait* tuberculeuse au troisième degré et condamnée à une mort rapide.

Pour « préserver des mères de famille, des personnes robustes et utiles », il étudie « dans ce pauvre petit corps, condamné à une dissolution prochaine, le secret qui va sauver des générations entières ».

Antoinette revient : le bouton inoculé a poussé!

Il l'ausculte en scène; il l'ausculte longuement. Mais... « respirez fort!... Plus fort, sacrebleu!... Toussez! Toussez encore!... »

La pauvrette se craint plus malade. Mais non. Il se relève effaré : elle est guérie, guérie de sa tuberculose; elle ne mourra que du cancer inoculé et, lui, le médecin, est un assassin.

Un assassin!

Lui qui sait et a enseigné que : « enlever, fût-ce par erreur, une minute à l'existence que guette le néant, nous paraît le plus grand des crimes! »

Et il se révolte.

Après tout, « s'il est permis à un général de faire massacrer des régiments entiers, pour l'honneur de la patrie, c'est un préjugé de contester à un grand savant le droit de sacrifier quelques existences, pour une découverte sublime, comme celle du vaccin de la rage ou de la diphtérie... Pourquoi ne pas admettre d'autres champs de bataille que ceux où l'on meurt pour le caprice d'un prince, ou l'extension d'un pays?... Pourquoi n'y aurait-il pas de glorieux carnages, d'où sortiraient vaincus les fléaux qui dépeuplent le monde? »

Le médecin se sacrifie bien lui-même, pour soigner les diphthériques et les infectieux.

« Pourquoi la science, qui sauve tant de gens, ne verrait-elle pas — privilège d'idole! — les gens se faire écraser sous les roues de son char? »

Voyez-vous Antoine, avec sa face contournée de tiqueux asymétrique, développant cette thèse périlleuse et hardie?

Mais il ne parvient pas à endormir le remords.

Il a beau répéter : « Le penseur marche sur un chemin jonché de cadavres auxquels il ajoute souvent le sien. »

Sa raison a beau l'absoudre, il a des remords « comme un voleur de grands chemins, qui a tordu le cou d'un passant ».

Il a eu beau « mesurer la portée de ses actes avec une intelligence de savant »; il est obligé de les déplorer « avec une conscience de charretier ».

Et il se tue; non pas d'un coup, parce qu'il est semblable au général, qui ne veut mourir qu'à la fin de la bataille et la victoire assurée... Il ne veut pas s'en aller, « sans connaître la solution du problème » qu'il poursuit depuis si longtemps.

Et il s'inocule le cancer à lui-même et dicte, heure par heure, l'observation de sa dernière maladie et de son agonie.

Semblable à la petite Antoinette, qui a compris et se résigne aussi, avec une admirable grandeur, il livre sa vie en gros au lieu de la donner en détail, toujours, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante.

Ce n'est pas le lieu de souligner les erreurs et les paradoxes de cette pièce.

Mais ne vous semble-t-il pas que, de cette critique des médecins, ressort cependant pour nous un certain sentiment d'orgueil?

Combien grandes sont les choses et les idées que nous remuons pour que les erreurs et la critique en soient elles-mêmes si grandes!

Je crois que ce pourrait être là la conclusion générale d'une étude à faire, qui serait bien intéressante, des *thèses médicales dans le théâtre contemporain*.

Voilà, Messieurs, les dernières impressions médicales que je rapporte de Paris.

CENTENAIRE
DE L'INTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE
DES HÔPITAUX DE PARIS

Le comité d'action du Centenaire a adressé, le 15 février, à tous les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris une circulaire annonçant la célébration du Centenaire, les conditions de la souscription et un projet provisoire et modifiable de l'emploi des fonds.

De nombreux collègues se sont déjà inscrits comme donateurs ou comme souscripteurs, et ces adhésions prouvent que la célébration de cet anniversaire était bien dans l'esprit de la majorité.

Plusieurs ont exprimé par lettres ou par la voie des journaux leur opinion sur la manière dont ils désiraient voir effectuer cette célébration. Ces vœux peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Avant tout, créer une œuvre utile, d'un profit certain pour le corps de l'internat, et éviter tout gaspillage en fêtes ou publications oiseuses;

2° Célébrer spécialement le souvenir des internes morts victimes de leur dévouement professionnel.

Le comité d'action, aidé des commissions spéciales, a d'autant plus volontiers admis ces propositions qu'elles rentraient absolument dans le cadre de ses projets.

Voici donc en quoi consistera la célébration du Centenaire :

1° Une médaille commémorative sera frappée et distribuée exclusivement aux donateurs et souscripteurs : M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a bien voulu autoriser son département à supporter les frais artistiques de cette médaille et en a confié l'exécution à M. Bottée.

2° Un volume sera publié, contenant l'historique de l'internat, qui n'a pas encore été fait; un chapitre sera consacré à nos collègues morts de maladies contractées à l'hôpital; un autre chapitre donnera une esquisse rapide de ce qu'ont été nos salles de garde à travers les événements historiques du siècle : il ne saurait être question ici de rapporter les plaisanteries de goûts variés qui ont égayé notre jeunesse, mais ne méritent pas de passer à la postérité! Les renseignements personnels demandés par la circulaire serviront à établir certaines dates et à rectifier l'annuaire de l'internat qui terminera le volume.

La médaille et le volume seront édités au nombre strict des souscripteurs et donateurs, et ne seront pas mis dans le commerce : il est donc important que les adhésions nous parviennent avant la fin d'octobre, pour permettre d'établir le tirage.

3° Une plaque de marbre portant les noms des internes morts victimes de leur dévouement, sera placée dans un des hôpitaux centraux de Paris, à désigner.

L'exécution des projets ci-dessus ne saurait entraîner à des frais bien considérables, et n'emploiera qu'une faible partie des sommes souscrites; le surplus sera destiné à développer l'importance de l'*Association amicale des internes et anciens internes :* c'est en cela que consistera l'*Œuvre du Centenaire*, œuvre durable qui est demandée par l'unanimité de nos collègues.

L'*Association*, telle qu'elle existe aujourd'hui, est trop peu connue, malgré le bien très réel qu'elle fait déjà : cela tient à ce que ses ressources sont insuffisantes. Il est impossible d'exposer ici un programme complet de ce qu'elle devrait être, mais on peut prévoir que l'augmentation de son capital permettra de créer : 1° un fonds important destiné à secourir plus efficacement que par le passé, les internes necessiteux et surtout les familles d'internes morts sans ressources; 2° une caisse de prêts sur parole, aux internes qui vont s'installer; 3° dans la limite du possible, un bureau permanent où seront concentrés les documents pouvant intéresser professionnellement le corps de l'internat.

Plus l'Association sera nombreuse et riche, plus elle aura de force morale pour soutenir les intérêts de nos collègues : c'est à lui donner la fortune suffisante à son bon fonctionnement que doit servir l'*Œuvre du Centenaire.*

La célébration proprement dite du Centenaire aura lieu dans les derniers jours d'avril 1902. Elle consistera dans une séance générale tenue dans un des amphithéâtres de l'Assistance publique, suivie d'une cérémonie pour la pose de la plaque commémorative.

Le banquet de l'internat aura lieu avec un peu plus de solennité que dans les années ordinaires; chaque participant paiera sa part comme d'habitude.

Enfin, dans le but d'augmenter l'importance de la somme versée à l'Association, une fête de bienfaisance sera donnée, dont le programme n'est pas encore arrêté, et à laquelle pourra contribuer le public étranger à l'internat, sous forme de billets payants. Pour cette fête, aucune somme ne sera prélevée sur les fonds de la souscription.

Nul doute que les pouvoirs publics, l'administration municipale et le public parisien, conscients des services rendus au cours du siècle par les internes des hôpitaux, ne s'empressent de répondre largement à l'appel qui leur sera fait.

LE COMITÉ D'ACTION.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 23 mai, à midi et demi à la Faculté. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat, tous les jours, jusqu'au samedi 11 mai inclusivement.

— Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 13 mai, à midi et demi, à la Faculté de médecine. — Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre des inscriptions est ouvert au secrétariat, tous les jours, jusqu'au 4 mai inclusivement.

La revaccination des nouveaux étudiants en médecine. — Les nouveaux étudiants en médecine doivent, pour prendre leur première inscription, présenter un certificat de revaccination. Or, ce certificat n'est valable que s'il émane de l'Académie ou de l'institut de la rue Ballu. S'il est délivré par un praticien étranger à ces deux établissements, *il ne vaut rien*, disent les bureaux du secrétariat de la Faculté, se conformant à une circulaire ministérielle du 31 janvier 1891.

Frappé du discrédit qu'une telle mesure semble jeter sur les praticiens, alors surtout que le vaccin qu'ils emploient provient généralement des deux sources citées plus haut, M. le docteur R. Jamin, président du syndicat des médecins de la Seine, s'est adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, pour lui demander de faire cesser cet état de choses.

Celui-ci vient de l'informer qu'il ne peut que maintenir la circulaire incriminée, mais que, pour certains cas dans lesquels une interprétation littérale du règlement semble excessive, le doyen de la Faculté de médecine resterait juge de la question.

Guerre. — Par décret en date du 3 avril 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors Stefani, maintenu au 2e tirailleurs algériens; — Dufoug, maintenu au 95e d'infanterie ; — Boucarut, maintenu au 100e d'infanterie; — Picqué, maintenu au corps expéditionnaire de Chine; — Gautrand, maintenu au 124e d'infanterie; — Denis, désigné pour le 33e d'infanterie ; — Bar, maintenu au corps expéditionnaire de Chine; — Poullain, désigné pour le 137e d'infanterie; — Opin, désigné pour le 136e d'infanterie; — Miramond, maintenu au corps expéditionnaire de Chine; — Chailliol, désigné pour le 1er tirailleurs algériens; — Ravé, désigné pour le 7e d'infanterie; — Paul-Baruch, maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger; — Gras, désigné pour le 127e d'infanterie; — Gerbaux, maintenu hors cadres au détachement du génie à Diégo-Suarez; — Bontemps, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Lascoux, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Saint-Martin, désigné pour le 150e d'infanterie; — Rambaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Gallot, pour le 155e d'infanterie; — Bailby, pour le 106e d'infanterie; — Rubenthaler, pour le 35e d'infanterie; — Augarde, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Collet, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Asile de Villejuif. — M. Edouard Toulouse, directeur du Laboratoire de psychologie expérimentale à l'École des hautes-études, médecin en chef de l'asile de Villejuif, commencera son cours, le mercredi 24 avril à trois heures, sur les « Méthodes de mesures dans l'examen psychologique », et le continuera les mercredis à la même heure.

M. Vaschide, chef des travaux du laboratoire, exercera les élèves, les lundis et les samedis à deux heures, aux manipulations de psychologie expérimentale.

M. Antheaume, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, fera, à l'issue du cours, des démonstrations cliniques.

Des conférences complémentaires, accompagnées de travaux pratiques, auront lieu sur les matières suivantes : psychiatrie, MM. A. Marie et Pactet, médecins en chef de l'asile de Villejuif; — anthropologie, M. Blin, médecin en chef de l'asile de Vaucluse; — histologie du système nerveux, M. Marchand, médecin adjoint des asiles; — électro-diagnostic, M. A. Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse; — chimie physiologique, M. Requier, pharmacien en chef de l'asile de Villejuif; — examen de la vision, M. Carra; — examen de l'audition, M. Mahu. — Pour prendre part à ces travaux, s'adresser au laboratoire.

Moyens de communication : Tramway du Châtelet-Villejuif (Place Maubert-Gobelins-Place d'Italie-Gare de ceinture Maison-Blanche). Le trajet se fait en une heure. Le Tramway qui partira du Châtelet à une heure quarante-cinq amènera les visiteurs à l'asile avant trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 46. — SAMEDI 20 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 20 AVRIL 1901. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES PLAIES DE LA RATE, par M. AUVRAY, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES PLAIES DE LA RATE

Par M. AUVRAY, chirurgien des hôpitaux de Paris.

J'envisage d'une façon générale, dans cette étude, le traitement chirurgical des plaies de la rate, quelle que soit la nature de la blessure, qu'il s'agisse d'une plaie contuse, d'une plaie par arme à feu, ou d'une plaie par instrument coupant. Toutefois, la question des hernies traumatiques de l'organe sera complètement laissée de côté.

Le sujet ainsi délimité est encore actuellement peu connu (1). Les observations publiées sont en effet peu nombreuses; cependant, il nous semble qu'on peut dès maintenant tirer de l'analyse de ces observations des conclusions utiles. Nous aurons à faire l'exposé et la critique des diverses méthodes opératoires appliquées aux plaies de la rate, à apprécier les résultats généraux qu'elles ont donnés, et à juger autant que possible de la valeur de chacune d'elles. Nous aurons, enfin, à nous préoccuper des conséquences, que l'extirpation de la rate, rendue souvent nécessaire par l'étendue des lésions, a pu avoir sur l'organisme. Les renseignements fournis à ce sujet par beaucoup d'auteurs, nous permettront d'arriver à des données précises. Nous avons été amené à nous occuper de la question des plaies de la rate par le fait suivant, observé il y a quelques mois, pour lequel nous avons dû pratiquer la splénectomie, suivie de guérison :

Gaston C..., âgé de dix-huit ans, est admis d'urgence, le 23 juillet 1900, à l'hospice d'Ivry, salle Broca, n° 14.

Dans la nuit du dimanche 22 au lundi 23 juillet, après son dîner, C... s'endort sur les fortifications, près de la porte d'Ivry, à environ 4 mètres du fossé. Il dit ne pas être en état d'ivresse. Sans qu'il puisse savoir comment s'est produit l'accident, qui aurait eu lieu vers les dix heures, il se réveille brusquement au fond du fossé qui mesure environ 8 mètres de profondeur à ce niveau. Il éprouve une vive douleur au niveau de la cuisse gauche, qui est pliée sous le corps; mais il ne ressent aucune douleur dans l'abdomen. Il appelle au secours, on le transporte dans un poste et on appelle des secouristes français qui revenaient de la fête de Bicêtre et qui lui font un appareil provisoire pour une fracture de cuisse. Pendant tout ce temps, le malade ne se plaint absolument que de la cuisse; il ne souffre pas dans l'abdomen, il n'a pas de tendance à la syncope, pas de bourdonnement, ni de sifflements d'oreille, pas de nausées; seulement, dès son arrivée au poste, il éprouve une soif vive et se sent faiblir progressivement.

Il est transporté à Ivry où l'interne de garde le reçoit vers une heure et demie du matin.

La fracture à la partie moyenne de la cuisse gauche est facile à constater. Il existe aussi quelques petites écorchures superficielles sur les parties latérales du dos.

Le malade présente des signes très nets d'hémorragie interne. Le visage est décoloré, les lèvres blanches, les extrémités froides, la peau recouverte de sueur froide; le pouls 120; température 36°2. Le malade est très faible, il s'exprime à voix basse et entrecoupée, à chaque instant ses paupières retombent sur ses yeux. Pas de dyspnée. Le malade n'a ni craché, ni vomi, ni uriné de sang. Cependant, en pratiquant l'évacuation de la vessie, on constate que les urines sont sanguinolentes. Le ventre est tendu, très peu sensible, peut-être la sensibilité est-elle un peu plus marquée à l'hypocondre gauche. Matité à concavité inférieure occupant les deux fosses iliaques.

On pratique une injection de sérum de 1 litre et demi dans le tissu cellulaire sous-cutané. On entoure le blessé de boules d'eau chaude. On calme la soif par un Todd donné à doses fractionnées.

J'arrive à l'hospice d'Ivry à quatre heures et demie du matin. Il n'y a aucun doute sur la nécessité d'une intervention immédiate. Le blessé a tous les signes d'une très grave hémorragie, et je crains qu'il ne puisse supporter l'opération, tant l'état de faiblesse est grand. Il existe à ce moment de la dyspnée, le pouls est senti très difficilement. Je ne peux, d'après mon examen, préjuger du siège de l'hémorragie, mais je suis bien décidé à me porter d'emblée sur le foie et la rate, par une laparotomie sus-ombilicale.

Opération. — Avant l'administration du chloroforme, je dispose tout pour pratiquer une injection de sérum intraveineuse dans l'une des veines du pli du coude — médiane céphalique. Pendant toute la durée de mon intervention l'appareil fonctionne. La paroi abdominale est nettoyée comme pour toute laparotomie. J'incise la paroi sur la ligne médiane sur une étendue de 20 centimètres environ; cette incision occupe la région sus-ombilicale, elle passe à gauche de l'ombilic, et est prolongée un peu au-dessous de l'ombilic. Le péritoine, distendu par le sang, a pris une teinte violacée

(1) Parmi les travaux intéressants à consulter, nous signalerons : VANVERTS. *La splénectomie*, Th. de Paris, 1897. — LEWERENZ. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. LX., p. 953. — BUTZ. *Bolnitch n. Botkind*, Saint-Pétersbourg, 1897, n° 39, p. 1489. — HARTMANN. *Bull. de la Soc. de chir.* 1901.

On ouvre alors la cavité péritonéale d'où il s'écoule une énorme quantité de sang noir liquide qui sort en bouillonnant. Il semble que le sang vient du côté gauche sous le diaphragme, dans la région de la rate, aussi, est-ce de ce côté que je porte d'abord mes recherches. La rate est si haut placée sous le diaphragme qu'il est difficile de l'explorer; je constate cependant une fissure sur sa face externe; mais, c'est surtout avec la main profondément engagée sous le rebord costal que je puis explorer l'organe et que je trouve une déchirure étendue de son pôle supérieur, qui continue à verser du sang dans l'abdomen. Il m'est impossible d'abaisser l'organe, son pédicule est court, je ne peux parvenir à l'amener au contact de la paroi abdominale. Pour me donner du jour et faire la ligature du pédicule de l'organe, je fais tomber sur la partie supérieure de ma première incision, une seconde incision oblique en bas et en dehors, parallèle au rebord costal gauche. Elle mesure de 15 à 18 centimètres. Grâce à cette seconde incision, les manœuvres sont bien plus faciles; je saisis alors le pôle supérieur de la rate dans ma main gauche et je le comprime assez fortement pour empêcher la continuation de l'hémorragie, tandis qu'un aide refoule à l'aide de compresses les anses intestinales qui tendent à s'engager dans la plaie. Je place à l'aide de ma main droite trois clamps sur les pédicules vasculaires, ces clamps sont immédiatement en contact de la queue du pancréas et de la grande courbure de l'estomac. Je sectionne les pédicules entre les clamps et le hile de la rate. Des ligatures faites à la grosse soie plate et fortement serrées sont substituées aux clamps. On en place trois principales et l'on fait en outre la ligature de deux vaisseaux isolés qui ont glissé entre les mors des clamps et ont été saisis à l'aide de pinces de Kocher. J'éponge avec soin le sang épanché dans l'abdomen. J'explore la face supérieure du foie sans y rien rencontrer, j'explore le rein gauche qui me paraît normal, j'examine enfin une dernière fois le pédicule vasculaire pour m'assurer que l'hémostase est complète. Je ferme la cavité abdominale par une suture en deux plans (musculo-séreuse et cutanée), et je draine l'hypocondre gauche à l'aide d'un gros drain placé à la partie déclive de l'incision latérale gauche. Pansement aseptique.

L'opération a duré une heure; le chloroforme a été bien supporté, l'opération s'est poursuivie de façon normale; l'appareil à injection intra-veineuse de sérum artificiel a fonctionné pendant toute la durée de l'opération, le malade a absorbé par cette voie 2 litres et demi de sérum, 1 litre et demi a été administré en plus par la voie sous-cutanée. L'état du malade est aussi satisfaisant que possible à la fin de l'intervention.

Examen de la rate. — La rate présente à sa surface un certain nombre de craquelures; mais les lésions principales siègent au niveau du pôle supérieur de l'organe, dont le tiers supérieur a été fragmenté en plusieurs morceaux de dimensions inégales qui ne tiennent plus au reste de la glande que par des vaisseaux qui ne se sont pas rompus au moment de l'accident. On conçoit aisément, d'après cette pièce, comment des fragments ont pu devenir libres et flottants dans l'abdomen. La consistance de la rate m'a paru absolument normale.

Suites opératoires. — Le lundi 23, soif vive, vomissements bilieux, hoquet. Une selle normale dans la soirée. Urines normales, 1 litre dans la journée. Pas de douleurs abdominales.

Le mardi 24 : température 38°2 le matin, pouls 130. Le soir, température 37°8, pouls à 120, ample, régulier. Disparition du hoquet et des nausées; urines abondantes; une selle, le ventre n'est pas sensible; le pansement n'est pas traversé, on n'y touche pas.

Mercredi 25 : le visage reprend une coloration plus normale. Pouls régulier et fort. Pansement sans changer de drain. Application de l'appareil d'Hennequin pour la fracture de cuisse.

Jeudi 26 : drain remplacé par un autre de même longueur, mais de calibre un peu moindre.

Vendredi 27 : température 37°6 le matin; 38°5 le soir; le pouls oscille autour de 90 à 100, régulier et bien frappé. La soif a diminué; les urines sont abondantes, elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Ventre assez souple, sensibilité faible à la pression de l'hypocondre gauche. Le drain a été changé et remplacé par un autre de plus faible calibre.

Samedi 28. Le drain est retiré, lavé et remis. Douleur à la pression dans l'hypocondre gauche. On fait sauter à ce niveau un fil profond.

Dimanche 29. On fait sauter trois fils profonds au niveau de l'incision oblique latérale. On introduit une sonde cannelée pour décoller la plaie. Il sort la valeur d'un dé de pus crémeux. Drain et pansement humide. Urines : 17 grammes d'urée en vingt-quatre heures sur une quantité de 1 600 grammes.

Le huitième jour : les fils de la paroi sont enlevés; on laisse un petit drain au niveau de l'abcès de la paroi. Bon état général.

Le 20 septembre, le malade marche avec des béquilles. La cuisse gauche est raccourcie de 2 centimètres environ. Cal volumineux sur la face antérieure de la cuisse. Il y a de la parésie des muscles innervés par la sciatique poplité externe et une diminution de sensibilité sur le territoire de ce nerf. Électricité. Cicatrice abdominale parfaite. Les douleurs d'estomac dont s'était plaint le malade ont disparu.

Le 19 octobre, le malade sort, ne se servant pas encore facilement de son membre dans lequel la motricité volontaire n'est pas complètement revenue.

J'ai reçu, le 15 décembre dernier, une lettre des parents de mon opéré, me disant qu'il est actuellement en Tunisie, dans un état très satisfaisant, mais la paralysie au pied a persisté.

Le chirurgien est appelé à intervenir dans les plaies ou ruptures de la rate dans deux conditions différentes :

Ou, immédiatement après l'accident, ce qui est le cas le plus fréquent, pour remédier à une hémorragie qui menace d'être rapidement mortelle;

Ou, secondairement, pour faire la simple évacuation d'un épanchement sanguin collecté dans la région splénique, l'hémorragie primitive s'étant arrêtée spontanément.

A quelque méthode qu'on ait recours pour tarir l'hémorragie, il faut pour aborder la rate et opérer dans des conditions favorables, se donner un jour suffisant. L'incision médiane a suffi dans bien des cas, mais souvent aussi elle dut être complétée par une seconde incision oblique parallèle au rebord costal gauche. Nous eûmes recours à cette double incision, dont se sont servis également Delbet, Eigenbrodt, Peyrot, Riegner, Demoulin, etc.

Nous disposons de plusieurs procédés d'hémostase, dont quelques-uns seulement ont fait leurs preuves, ce sont : la splénectomie, le tamponnement, la suture, la ligature, la thermo-cautérisation, la ligature des vaisseaux spléniques. Je serai bref en ce qui concerne la technique de chacune de ces opérations : la splénectomie est une opération facile lorsque l'organe rattaché aux parties voisines par des mésos assez longs se laisse aisément amener au dehors; rien de plus simple alors que de jeter une ligature sur le pédicule splénique, et d'exciser l'organe; mais il n'en est pas toujours ainsi et en particulier chez le blessé dont j'ai rapporté l'observation, la rate était fixée profondément par de courts

mésos, qui en rendirent l'extirpation très difficile. Cette disposition est signalée dans quelques observations. L'existence d'adhérences, unissant la rate aux parties voisines, peut aussi, dans certains cas, rendre l'extirpation de l'organe absolument impossible et justifier l'emploi d'autres moyens thérapeutiques.

La voie abdominale pour l'extirpation de la rate est assurément la méthode de choix, mais ce n'est pas la seule qui ait été suivie, et nous devons une courte mention au procédé employé par Butz. Se trouvant en présence d'un cas où le couteau avait perforé la paroi thoracique, la plèvre et le diaphragme avant d'atteindre la rate, Butz agrandit l'orifice thoracique et l'orifice diaphragmatique ; la rate blessée se laissant facilement amener au dehors à travers l'orifice diaphragmatique, son pédicule fut lié et l'organe excisé.

Je signalerai seulement, la modification apportée par Moser à la technique de la splénectomie. L'auteur maintient fixé à la paroi, à l'aide de tiges, le pédicule des vaisseaux spléniques préalablement liés; cette manœuvre a pour but évidemment de pouvoir remédier à une hémorragie secondaire, dans le cas où elle se produirait au niveau du pédicule. C'est là, pensons-nous, une complication inutile, et une ligature en chaîne placée solidement sur les vaisseaux du pédicule parait avoir suffi dans tous les cas pour assurer une hémostase définitive.

Peu de chose à dire de la suture, qui sera difficile à réaliser à cause de la friabilité du tissu splénique. On emploiera de préference de gros fils, passés profondément à l'aide d'une aiguille mousse, et peu serrés.

Le tamponnement sera fait avec de la gaze stérilisée, fortement comprimée, et dans des conditions analogues à celles où on le pratique pour les plaies du foie.

Exceptionnellement, on pourra exécuter le pincement et la ligature isolée d'un vaisseau saignant à la surface d'une plaie de la rate.

Dans certains cas, le thermo-cautère chauffé au rouge sombre, et promené à la surface d'une plaie saignant en nappe, pourra rendre service.

La ligature des vaisseaux spléniques au niveau du pédicule a pour but d'arrêter le cours du sang dans la rate. C'est une opération simple, sauf les cas où des adhérences rendraient difficiles le passage des instruments. Les recherches expérimentales sont favorables à ce procédé d'hémostase; malheureusement on a vu parfois survenir le sphacèle de l'organe, privé de circulation.

Je ne fais que signaler en passant les projections de vapeur d'eau et les applications de gélatine stérilisée, qui ont été préconisées pour assurer l'hémostase du foie, et que, par analogie, on pourrait être tenté d'appliquer à l'hémostase de la rate. Je dirai ultérieurement ce que je pense de ces méthodes nouvelles.

Secondairement, à une époque plus ou moins éloignée du traumatisme initial, lorsque l'hémorragie primitive n'a pas été mortelle, le chirurgien peut être appelé à faire la simple évacuation du sang collecté, enkysté au voisinage de la rate blessée. L'incision portera sur le point le plus saillant de la collection ; l'évacuation sera suivie d'un lavage ou mieux d'un drainage simple. C'est à cette méthode qu'ont eu recours : Page, Vincent, Ricard, Seydel, F. Terrier, Lejars, Morestin (1).

Dans les tableaux annexés à ce travail, j'ai réuni 54 observations de blessures de la rate recueillies dans la littérature médicale. Leur étude nous fournira d'utiles renseignements en ce qui concerne les indications thérapeutiques, et la valeur immédiate et éloignée des opérations qui ont été pratiquées.

Envisagés à un point de vue général, les résultats fournis par les 54 cas où l'intervention chirurgicale a été faite pour blessure de la rate, sont encore actuellement peu satisfaisants. Nous relevons, en effet, 28 guérisons et 26 morts, soit une *mortalité de* 48,03 p. 100, c'est-à-dire que près de la moitié des blessés a succombé malgré l'opération, ce qui ne saurait nous étonner, étant donné la gravité de l'intervention qui fut le plus souvent nécessaire et l'état précaire dans lequel se trouvaient les blessés opérés souvent trop tard. Il ressort, en effet, de notre statistique, que les désordres étaient tels dans 47 cas sur 54 que la splénectomie fut la seule intervention possible à pratiquer. Dans les sept autres cas, on put réaliser 4 fois le tamponnement, 2 fois la suture, et 1 fois la ligature du pédicule de la rate. La thermo-cautérisation, la ligature isolée des vaisseaux à la surface de la plaie, les projections de vapeurs d'eau, et les applications de gélatine n'ont pas encore été employées.

La splénectomie est donc l'opération de choix, ou plus exactement l'opération rendue nécessaire dans la grande majorité des cas par l'étendue des lésions locales. Sans doute, toutes les fois que la blessure peu étendue, peu profonde, unique, se présentera dans des conditions telles que le tamponnement, la suture, la ligature, la thermo-cautérisation, pourront-être utilisées, c'est à ces méthodes qui permettent la conservation de l'organe qu'il faudra recourir sans hésiter. Mais la statistique nous prouve que ces circonstances favorables sont rarement réalisées ; c'est qu'en effet l'étude des faits nous montre que les plaies par armes à feu, ou par instrument tranchant, qui se prêteraient plus aisément à l'application des méthodes simples, sont les plus rares. Les cas, les plus fréquemment observés (45 fois sur 54) sont ceux des plaies contuses ou ruptures sous-cutanées, dans lesquelles les lésions peuvent aller jusqu'au broiement complet de l'organe, et en présence de ces faits complexes, la splénectomie reste la seule intervention raisonnable.

Il ne faut, du reste, accorder aux méthodes simples, conservatrices, qu'une confiance relative. Parmi elles, le tamponnement me paraît être la plus sûre, mais encore faut-il que la mobilité de l'organe ne le rende pas impossible à réaliser. Il a suffi dans 4 cas, et a donné 2 guérisons et 2 morts.

La suture ne trouvera ses indications que dans les cas de sections nettes, peu profondes et peu étendues ; j'ai déjà insisté sur les difficultés que peut présenter cette suture. Elle pourrait être combinée pour plus de sûreté dans certains cas au tamponnement. Bien rares seront les faits où le chirurgien pourra se contenter de pincer et de lier, à la surface d'une plaie, le vaisseau source de l'hémorragie.

Je considère enfin que la thermo-cautérisation, les projections de vapeurs d'eau, les applications de gélatine stérilisée ne pourront être qu'exceptionnellement utilisées. Les applications de gélatine appartiennent beaucoup plus

(1) Page. *Clinical Society of Landon*, 1892, T. XXV, p. 172. — Vincent. *Revue de chir.*, 1893, XIII, p. 452. — Ricard, in Vanverts. Th. de Paris, 1897.— Seydel, in Lewerenz. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, t. LX, p. 967. — F. Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, n° 9, p. 233. — Lejars. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, n° 9, p. 233. — Morestin. Observation inédite.

au domaine expérimental où tout est préparé et prévu à l'avance qu'à la vraie chirurgie. Toutefois, on pourrait essayer de ces divers moyens dans les cas de plaies superficielles, peu étendues, saignant en nappe.

La ligature des vaisseaux spléniques au niveau du hile, malgré le danger de sphacèle auquel elle expose l'organe privé de circulation, sera parfaitement justifiée, car, seule, elle pourra sauver le blessé, lorsque du fait d'adhérences multiples la splénectomie sera impossible à pratiquer.

Il résulte, en somme, de tout ce qui précède, que les méthodes simples que j'ai appelées conservatrices, doivent être considérées comme des méthodes exceptionnellement applicables. Il est difficile de juger actuellement de leur valeur sur le petit nombre d'observations publiées (7 sur 54 opérations).

C'est à la splénectomie que le chirurgien sera forcé de recourir dans la grande majorité des cas. Les faits sont nombreux aujourd'hui, qui, au point de vue de l'organisme, prouvent l'innocuité de l'extirpation de la rate. Sans doute, et nos tableaux sont très précis à cet égard, on note dans un certain nombre de cas (12 fois sur 54) à la suite de l'opération des troubles morbides qu'il faut rattacher directement à la suppression de la rate : ce sont l'anémie plus ou moins persistante, la diminution de l'hémoglobine du sang, la diminution du nombre des globules rouges et l'augmentation du nombre des globules blancs, des hypertrophies ganglionnaires plus ou moins généralisées, des troubles de l'état général (faiblesse, amaigrissement, somnolence, douleurs dans l'abdomen et les membres le long des os), apparaissant dans un délai plus ou moins long après l'opération; mais ces troubles n'ont été que passagers, ils ne semblent jamais avoir compromis gravement l'existence des sujets, ils sont enfin assez exceptionnels. Notre splénectomisé ne présenta pas la moindre manifestation morbide et sa fracture de cuisse consolida dans les délais voulus. Une observation de Savor est particulièrement intéressante au point de vue des suites opératoires : il enleva la rate d'une femme qui était enceinte de six mois, et l'opération n'eut aucune conséquence fâcheuse, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Quant aux résultats immédiats fournis par la splénectomie, notre statistique prouve que l'opération est grave. 47 splénectomies ont donné 25 guérisons et 22 morts, soit une mortalité de 46,80 p. 100. Le chiffre est élevé; et s'il est vrai qu'un certain nombre de morts, imputables à la septicémie, eussent pu être évitées, il n'en est pas moins certain qu'il faut tenir grand compte, au point de vue du pronostic opératoire, de l'état très précaire des blessés, au moment de l'intervention. Dans notre statistique, la mort est survenue bien souvent dans les quelques heures qui ont suivi l'opération, du fait de l'anémie occasionnée par l'hémorragie.

Statistique de 54 blessures de la rate recueillies dans la littérature médicale.

AUTEUR.	SEXE ET AGE.	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
		PLAIES CONTUSES. — RUPTURES traumatiques de la rate.			
1. C. Ballance. (*The Pract.*, 1898, t. LX, p. 347.)	H 14 ans.	Chute d'un arbre sur de grosses pierres. Le diagnostic de rupture de la rate est fait : par la localisation de la blessure, l'évidence de l'hémorragie interne, la pression douloureuse dans le flanc gauche.	*Laparotomie médiane*, complétée par une incision latérale. La rate rompue est difficilement amenée au dehors. *Splénectomie.* Le blessé n'est opéré que vingt-quatre heures après son entrée.	*Guérison.*	On a noté, dans les suites opératoires, l'existence d'hypertrophies ganglionnaires au cou, dans les deux aisselles et dans l'aine gauche.
2. Bardenheuer. (*Deuts. med. Wochens.*, 1897, p. 154.)	H ?	?	*Splénectomie.*	*Mort.*	
3. Bardenheuer. (*Id.*)	H ?	Chute d'une échelle.	*Splénectomie* au onzième jour. La rate, déchirée en plusieurs points, est trouvée au milieu de caillots.	*Guérison.*	Deux mois après légère adénie. État général bon.
4. Battle. (*Med. Presse and circul.*, 1893, t. LV, p. 403.)	H 40 ans.	?	*Laparotomie.* Rate adhérente. *Ligature des vaisseaux du hile.*	*Mort.*	
5. C. Beck. (*Münchener med. Wochens.*, 1897, p. 1319.)	H 19 ans.	Ecrasement. Collapsus. Signes d'hémorragie interne. Diagnostic : rupture de la rate.	*Splénectomie.* La rate présentait sur sa face concave au niveau du hile une déchirure comprenant à peu près toute l'épaisseur de l'organe. Sur la face convexe, plusieurs déchirures.	*Guérison.*	Convalescence lente en dix semaines à cause de l'anémie consécutive. Adénie secondaire sans phénomènes leucémiques.
6. Carr W. P. (*Nat. M. Rev.*, Washington 1898-99, t. VIII, p. 430.)	?	Rupture de la rate.	Laparotomie. *Splénectomie.*	*Guérison.*	
7. Cohn. (*Münchener med. Wochens.*, 1900, p. 609.)	H 23 ans.	Chute suivie de douleurs abdominales, localisées dans la région de la rate. Anémie. Signes d'épanchement abdominal.	Laparotomie dix heures après l'accident. Trois litres de sang dans l'abdomen. La rate présente sur la face concave plusieurs déchirures. *Splénectomie.*	*Mort* deux jours après. Autopsie: périton. circonscrite au début.	
8. Cohn. *Id.*	H 17 ans.	Coup de truelle porté dans le côté gauche. Matité et douleur de la région splénique. Symptômes d'hémorragie interne.	Laparotomie secondaire, huit jours après l'accident. Incision parallèle au rebord costal. Déchirure profonde de la rate allant du hile à la convexité et plusieurs autres petites déchirures. *Splénectomie.*	*Guérison* rapide.	

AUTEUR.	SEXE ET AGE.	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
		PLAIES CONTUSES. — RUPTURES traumatiques de la rate (SUITE).			
9. CROFT, publié par LEWERENZ. (*Arch. f. Klin. Chir.*. 1900, t. LX, p. 965.)	H 25 ans.	Ecrasement. Shock et signes d'hémorragie interne.	Laparotomie treize heures après l'accident. Fractures des huitième et neuvième côtes; rupture de la rate. *Splénectomie.*	*Mort* le même jour.	
10. DALTON, d'après BATTLE. (*Med. Presse and Circular*, 1893, t. LV, p. 403.)	?	Rupture de la rate.	*Splénectomie.*	*Guérison.*	
11. DEAVER, d'après DOUGLAS. (*J. Amer. med. Ass.*, 1896, t. XXVI. p. 803.)	?	Traumatisme de la rate.	*Splénectomie.*	*Mort.*	
12. Paul DELBET et HERESCO. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898, t. XL, p. 711.)	H 16 ans.	Coup de brancard au niveau du flanc gauche. Signes d'hémorragie interne.	Incision longitudinale, combinée à une incision temporale gauche de la paroi. On attire l'estomac, la rate le suit; pince et ligature sur le pédicule. *Splénectomie.* La rate présente une déchirure transversale de 5 centimètres environ sur 1 centimètre et demi de profondeur.	*Guérison.*	Diminution du nombre des hématies. Augmentation des leucocytes.
13. DEMOULIN, cité par VANVERTS. (Thèse 1897.)	H 51 ans.	Coup de pied de cheval.	Laparotomie cinq jours après l'accident Un morceau de tissu splénique est libre dans la cavité abdominale; une grande quantité de sang est évacuée. *Splénectomie.*	*Mort* par péritonite.	
14. EIGENBRODT, cité par TRENDELENBURG. (*Deuts. med. Wochens.*, 1899, p. 653.)	H 35 ans.	Chute d'une grande hauteur sur le côté gauche. Anémie aiguë; matité dans la région splénique. Diagnostic : rupture de la rate.	Laparotomie médiane, puis incision transversale. On trouve du sang en abondance avec des fragments de tissu splénique. *Splénectomie* cinq heures après l'accident.	*Mort* d'anémie sept heures après l'opération.	
15. A. GERSTER. (*Mount Sinaï Hosp. Rep.*, 1898.)	F	?	Laparotomie quarante-huit heures après l'accident. *Tamponnement.*	*Mort.*	
16. GLAZEBROOK. (*Nat. Med. Rev. Wochens.*, 1898-99, t. VIII, p. 453.)	?	Rupture de la rate.	*Splénectomie.*	*Guérison.*	
17. HEATON. (*The Lancet*, Londres 1899, p. 475.)	H 9 ans.	Signes d'hémorragie interne.	Laparotomie cinq heures et demie après l'accident. Des fragments de la rate sont libres dans la cavité abdominale. Hémorragie très abondante. *Splénectomie.*	*Guérison.*	Dans les suites : état fébrile, anorexie, épuisement rapide, avec anémie et leucocytose marquée qui ont disparu peu à peu.
18. KRABBEL. (*Deuts. med. Wochens.*, 1899, p. 587.)	H 9 ans ½.	Chute dans un escalier. Shock, collapsus, signes d'hémorragie interne. Douleurs dans le côté droit.	Rupture de la rate. *Splénectomie* trois heures et demie après l'accident.	*Guérison.*	Adénite inguinale et cubitale. Hémoglob., 60 % au début; 80 % 4 sem. pl. tard; au début, pour 1 centimètre 9 000 leucocytes contre 28 millions érythrocytes.
19. LAMARCHIA. (*Münchener med. Wochens.*, 1897.)	H 15 ans.	Coup de poing dans la partie supérieure gauche de l'abdomen. Hémorragie interne,	Laparotomie. Rate malarique hypertrophiée. Déchirure presque horizontale. *Sutures.*	*Mort* des suites de l'hémorragie, une autre plaie avait été méconnue.	
20. LANE. (*The Lancet*, Londres 1892, t. I, p. 692.)	H 15 ans.	Coup de timon de voiture. Signes d'hémorragie interne.	*Splénectomie.* Une grande quantité de sang fut évacuée.	*Mort.*	
21. LANE. *Id.*	H 4 ans.	Coup de timon de voiture. Signes d'hémorragie.	*Splénectomie.*	*Mort.*	
22. LECÈNE. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, p. 226.)	H 31 ans.	Chute de la hauteur d'un deuxième étage. Douleurs dans l'hypocondre gauche, défense musculaire dans la même région. Signes d'hémorragie. Diagnostic : rupture de la rate.	Laparotomie quinze heures après l'accident. Rupture de la rate en deux fragments. La rate rupturée est facilement amenée dans la plaie. *Splénectomie.*	*Mort.*	
23. LEWERENZ. (*Arch. f. klin. Chir.*, t. LX, p. 953.)	H 27 ans.	Écrasé par une voiture. Collapsus. Signes d'hémorragie grave.	Laparotomie. Un litre et demi de sang; le sang provient de la rate qui porte plusieurs déchirures. *Splénectomie.*	*Guérison.*	Folie passagère. Hémoglob. diminuée les prem. jours. Retour normal en huit sem.
24. LOISON. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, p. 40.)	H 23 ans.	Coup de pied de cheval dans l'hypocondre gauche. Contracture de la paroi abdominale dans la partie gauche de l'abdomen.	Laparotomie. Sang épanché dans l'abdomen. Blessure du pôle supérieur de la rate, qui continue à saigner. *Tamponnement.*	*Guérison.*	
25. MAC DONALD. (*Albany Med. Ann.*, 1887, XVIII, p. 33-35.)	?	Symptômes d'hémorragie.	Laparotomie. Rupture de la rate. *Splénectomie.*	*Mort* douze heures après par continuation de l'hémorragie.	

AUTEUR.	SEXE ET AGE.	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
		PLAIES CONTUSES. — RUPTURES traumatiques de la rate (SUITE).			
26. MACKELAR, cité par LEWERENZ. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, p. 966.)	H 57 ans.	Coup dans l'abdomen. Collapsus. Hémorragie interne. Douleurs dans la région splénique.	Laparotomie trente heures après l'accident. Rupture de la rate. Epanchement de sang; fracture de côtes; péritonite; *splénectomie.* Lavage du péritoine et drainage.	*Mort* le troisième jour.	
27. M. MADLENER. (*Münchener med. Wochens.*, 1899, t. II, p. 1415.)	F 57 ans.	Chute sur le côté gauche. Signes d'hémorragie interne.	*Splénectomie* sept heures après l'accident. Epanchement sanguin, abondant; la rate est recouverte de caillots, et présente une déchirure qui va jusqu'au hile.	*Guérison.*	
28. MORRISON. (*The Lancet*, 1899, t. I, p. 27-28.)	H 16 ans.	Chute de bicyclette. Signes d'hémorragie interne. Etat grave.	*Splénectomie.* Abdomen rempli de caillots; la rate saigne abondamment.	*Guérison.*	Adénopat. axillaire et cervicale. Anémie et leucocythémie.
29. MORESTIN. (Inédite, 1900.)	H 50 ans.	Coup de brancard. Signes d'hémorragie. Température 38°5 avant l'opération.	Laparotomie médiane vingt heures après l'accident. Evacuation d'une abondante quantité de sang. Rupture étoilée de la rate; *splénectomie.* La rate était énorme; le foie cirrhotique; le sujet alcoolique.	*Mort rapide.*	
30. PERTHES, in TRENDELENBURG. (*Deuts. med. Woch.*, 1899, p. 653.)	H 18 ans.	Ecrasé par sa voiture. Douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen.	*Splénectomie*, après découverte d'une déchirure sur la face convexe de la rate.	*Guérison.*	
31. Samuel PIERSON. (*New-York med. J.*, 1896.)	H 10 ans.	Chute sur le côté gauche. Collapsus. Douleurs violentes dans l'hypocondre gauche.	Laparotomie vingt heures après l'accident. Rupture de la rate complètement séparée au niveau du hile. Suture impossible. *Tamponnement* de la plaie splénique.	*Guérison* lente.	
32. PITTS et BALLANCE. (*The Lancet*, 1896, p. 485.)	H 10 ans.	Coup violent dans le côté gauche. Signes d'hémorragie interne.	Rupture de la rate se prolongeant jusqu'au hile et intéressant les vaisseaux. *Splénectomie.*	*Guérison.*	
33. PITTS et BALLANCE. (*Id.*)	F 45 ans.	Ecrasé par une voiture. Signes d'hémorragie.	Déchirure de la rate et rupture des vaisseaux du hile. On enlève de l'abdomen une quantité énorme de sang et de caillots. *Splénectomie.*	*Guérison.*	Vers le 18e j., état alarm., gr. faibl., gr. amaigr.; somnolence; doul. d. l'abdom. et les memb. Il y avait 3 500 GR et 20 000 GB p. m. cube. On donne al. ch. j. de l'extr. de rate de mouton et de la moelle osseuse crue. Amélior. grad. alors et guérison.
34. PITTS et BALLANCE. (*The Lancet*, 1896, p. 485.)	H 36 ans.	Tombé sur le côté gauche d'une hauteur de deux mètres. Signes d'hémorragie.	norme quantité de sang dans l'abdomen. Rate complètement déchirée en travers et vaisseaux du hile rompus. *Splénectomie.*	*Guérison.*	Des accidents appar. au bout de 15 j.: amaigr., gr. faiblesse, fièvre, lypothymies; céphalées; soif intense; doul. abdomin.; énorme émission d'urines. 2 500 000 GR et 17 000 GB p. mm cube. Huile de f. de morue; moelle osseuse; arsenic. Alors amélioration et guérison. Tous les ganglions lymphatiq. externes étaient hypertrophiés.
35. RIEGNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1893, XXX, n° 8, p. 177.)	H 14 ans.	Chute d'un troisième étage. Diagnostic : hémorragie interne probablement par rupture de la rate.	Sang en abondance dans l'abdomen, avec débris de rate. Rate rompue à sa partie moyenne. *Splénectomie.* Lavage du ventre.	*Guérison.*	Hypertrophies ganglionnaires multiples. L'examen du sang a révélé, après l'opération, une diminut. de l'hémoglobine et du nombre des GR; une augmentat. du nombre des GB.
36. RODDICK. (*Med. News*, 1885, XLVII, p. 581.)	H ?	Etat de shock, grande anémie. Fracture des six dernières côtes.	*Splénectomie* facile.	*Mort* six heures après.	
37. SAVOR. (*Centralbl. f. Gyn.*, 1898, p. 1598.)	F 31 ans.	Coup de pied dans l'abdomen. Enceinte de six mois. Signes d'hémorragie interne.	Laparotomie. Rupture de la rate. *Splénectomie.* Rate grosse, molle.	*Guérison.*	Aucunes conséquences pour la mère et l'enfant.
38. STRANGE et WARE. (*Brit. med. Journ.*, 1897, p. 1088.)	H 51 ans.	Ecrasement. Douleur abdominale gauche. Signes d'hémorragie interne.	Laparotomie médiane. *Splénectomie.* La rate présentait des adhérences qui étaient probablement dues à la malaria contractée antérieurement.	*Mort* sur la table d'opération.	
39. TRENDELENBURG. (*Deuts. med. Wochens.*, 1899, p. 653.)	H 17 ans.	Renversé par un tramway. Douleurs abdominales; signes d'hémorragie interne. Diagnostic : rupture de la rate.	Laparotomie. Evacuation d'un litre de sang. La rate est complètement déchirée. *Splénectomie.*	*Guérison.*	Adénite inguinale et sus-claviculaire, qui disparut quelques jours après.
40. TRENDELENBURG. (*Id.*)	F 7 ans.	Renversée par une voiture. Douleurs abdominales à gauche. Matité abdominale.	Laparotomie. Déchirure étendue du rein et de la rate. *Néphrectomie* et *splénectomie.*	*Mort* deux heures après.	

AUTEUR.	SEXE ET AGE.	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
		PLAIES CONTUSES. — RUPTURES traumatiques de la rate (SUITE)			
41. TRENDELENBURG. (*Id.*)	H 45 ans.	Coup porté dans le côté gauche de l'abdomen. Douleurs, tuméfaction de l'hypocondre gauche, phénomènes de collapsus.	Laparotomie. On trouve la rate déchirée au niveau du hile. *Splénectomie.*	*Mort* dans le collapsus, quatre heures après l'opération.	
42. TRENDELENBURG. (*Id.*)	H 21 ans.	Renversé par un wagon. Douleurs abdominales à gauche, matité, phénomènes de collapsus.	Laparotomie vingt heures après l'accident. Fragment de rate libre dans l'abdomen. *Splénectomie.*	*Mort* le septième jour de péritonite.	
43. WATKINS. (*South. African M. J.*, Capetown 1898. VI, 5.)	?	?	Laparotomie. Rupture de la rate. *Splénectomie.* Rupture du rein concomitant.	*Mort.*	
44. WEIR, d'après BATTLE. (*Med. Presse and Circ.*, 1893, t. LV, p. 403, et Th. de Vauverts, 1897, p. 158.)	?	?	Déchirure de la rate et du rein. *Splénectomie* et *néphrectomie.*	*Mort.*	
45. AUVRAY. (Voir plus haut, p. 441.)					
		PLAIES PAR ARMES A FEU			
46. HARTMANN. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1900, p. 277.)	F	Coup de revolver au niveau de l'hypocondre gauche. Signes d'hémorragie interne abondante.	Laparotomie deux heures après l'accident. Rate perforée de part en part. *Splénectomie.* Au cinquième jour après l'opération, la malade eut brusquement des signes de péritonite par perforation; celle-ci se localisa et on ouvrit, au bout de quelques jours, un foyer où étaient mélangés du pus et du liquide stomacal.	*Guérison.*	
47. MAUCLAIRE. (Inédite.)	H 40 ans.	Coup de revolver dans la région inférieure gauche du thorax. Signes d'hémorragie interne.	Incision le long du bord externe du grand droit; mais le malade ne peut supporter l'anesthésie, il tousse et s'agite au point que les anses intestinales sont très difficiles à maintenir. La rate est blessée. On se propose de faire la splénectomie; on y renonce à cause de la mauvaise anesthésie. On se contente de faire un *tamponnement* aussi serré que possible de la région de la rate. L'hémorragie continue.	*Mort.*	
48. MORESTIN. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1898, p. 572.)	H 22 ans.	Coup de revolver à la région thoracique inférieure gauche. Signes graves d'hémorragie.	1° Ouverture de la plèvre gauche. 2° Laparotomie. Rate coupée en deux morceaux; *splénectomie.* Opération pratiquée une heure et demie après l'accident.	*Mort* des suites de l'hémorragie.	
49. PEYROT. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1895, t. XXI, p. 721.)	H 28 ans.	Coup de revolver dans le flanc gauche. Signes d'hémorragie grave.	Incision verticale combinée à une incision transversale de l'abdomen. Perforation de la rate. *Splénectomie.*	*Mort.* Septicémie.	
50. SODO. (*Riforma med.*, 1896, t. IV, p. 358 et 411.)	H 22 ans.	Coup de revolver. Signes d'hémorragie.	Laparotomie douze heures après l'accident. Une balle avait fracturé la neuvième côte, traversé le diaphragme, la rate et le rein gauche et fut retrouvée au niveau de l'apophyse de la troisième vertèbre lombaire. Résection de la neuvième côte fracturée, ligature des vaisseaux intercostaux blessés; suture du diaphragme; *ablation de la rate* et du rein. Guérison en vingt jours; au trente-deuxième jour occlusion intestinale. Laparotomie secondaire; libération des anses adhérentes; guérison.	*Guérison.*	
51. TIFFANY. (*Med. News*, 1894, p. 546.)	?	?	Laparotomie. Plaie par arme à feu de la rate et du rein, hémostase par *sutures profondes.*	*Guérison.*	
52. BUTZ. (*Bolnitch. Gaz., Botkina*, St-Péterb., 1897, n° 39, p. 1489.)	F 28 ans.	Coup de couteau. Signes d'hémorragie interne. Le couteau a perforé la paroi thoracique, la plèvre et le diaphragme avant d'atteindre la rate.	On intervient en agrandissant l'orifice thoracique et l'orifice diaphragmatique. La rate blessée se laisse facilement amener au dehors, à travers l'orifice diaphragmatique. Ligature du pédicule et *splénectomie.* Les bords de l'orifiée diaphragmatique sont fixés à ceux de la plaie extérieure; tamponnement.	*Guérison.*	
53. J. MOSES. (*The Lancet*, Londres 1900, t. I, p. 224-225.)	H 45 ans.	Coup de couteau. Une portion de la rate blessée fait hernie à travers la plaie abdominale.	La plaie abdominale est agrandie; *splénectomie.* Deux tiges embrochant le pédicule le maintinrent fixé à la paroi; la plaie de la paroi fut fermée autour du moignon pédiculaire.	*Guérison.*	
54. WILLIEN, d'après DOUGLAS. (*J. Amer. med. Ass.*, 1896, t. XXVI, p. 805.)	?	?	Plaie de la rate. *Splénectomie.*	*Mort.*	

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(16 AVRIL 1901)

Dans un rapport sur une intéressante observation de M. Bouglé, M. Gérard Marchant revient sur la question du **traitement de la névralgie faciale rebelle par l'extirpation du ganglion de Gasser**.

Dans l'observation de M. Bouglé, il s'agit d'une malade qui souffrait cruellement d'une névralgie faciale qu'aucun moyen médical n'avait pu arriver à calmer. M. Bouglé pratiqua l'extirpation du ganglion de Gasser et sa malade a guéri. Restera-t-elle guérie ? Il y a lieu de l'espérer puisque, sur 60 cas relevés par M. Marchant, on ne compte que 4 récidives.

L'extirpation du ganglion de Gasser est une opération grave, qui peut entraîner des accidents terribles du côté de l'œil, ulcérations de la cornée, atrophie, et même fonte de l'œil. Elle peut aussi entraîner des accidents immédiats, graves, mortels même, par lésions du cerveau. Enfin, elle peut rester inefficace et être suivie de récidive. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens ont proposé de recourir à des interventions extra-craniennes. M. Guinard a obtenu quelques succès par ces interventions. M. G. Marchant y a eu recours aussi, mais il n'en a pas obtenu de bons résultats. A peine a-t-il constaté quelques améliorations qui ne se sont pas maintenues. Aussi conclut-il que les interventions extra-craniennes sont insuffisantes contre la névralgie faciale rebelle. Quand toute la thérapeutique a été épuisée, quand les malades en viennent à songer au suicide, le devoir du chirurgien est donc de tenter la dernière ressource, l'extirpation du ganglion de Gasser. Mais on ne saurait prendre trop de précautions, d'abord pour assurer le succès le l'opération et se mettre à l'abri des accidents cérébraux immédiats, aussi pour prévenir les accidents possibles du côté de l'œil. Lavages antiseptiques soignés de l'œil, nettoyage soigné du bord libre des paupières, instillations d'atropine, au besoin même, suture des paupières, tels sont les moyens auxquels il faut recourir pendant quelque temps avant l'opération. On ne saurait trop insister sur ces précautions.

Toutefois, alors même qu'il se produit des accidents du côté de l'œil, il ne faut pas désespérer de les voir s'amender et disparaître. M. G. Marchant rappelle l'histoire d'un malade qu'il a opéré et qui a eu ensuite une atrophie telle de son globe oculaire que M. Demoulin avait pensé à pratiquer l'énucléation de cet œil. On fit de l'expectation et les choses s'arrangèrent.

M. Bazy, toujours ennemi de ce qu'il appelle les moyens extraordinaires en matière de **diagnostic des lésions suppuratives du rein**, a cherché de nouveaux signes cliniques qui permettent de faciliter le diagnostic. Il en a trouvé deux, l'un qu'il appelle le réflexe pyélo-vésical et l'autre auquel il donne le nom de signe uretéro-vésical. Le premier consiste dans une irradiation douloureuse provoquée par la pression dans un point déterminé sur le trajet de l'uretère. Le second, presque uniquement applicable chez la femme, est révélé par une douleur que détermine le toucher vaginal pratiqué au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Enfin M. Bazy insiste également sur la valeur du signe de Bouchard, consistant dans une réaction chimique particulière, opérée sur l'urine et qui permet de reconnaître si le pus trouvé dans l'urine est d'origine rénale ou d'origine vésicale.

Nous revenons, avec M. Tuffier, sur l'**analgésie cocaïnique rachidienne**. Nous pensions bien que M. Tuffier ne resterait pas sous le coup de la critique un peu sévère, mais peut-être juste, faite de la méthode par M. Reclus.

M. Tuffier dit avoir fait 400 opérations sous l'analgésie cocaïnique rachidienne. Historiquement, c'est à Corning que M. Tuffier attribue le mérite d'avoir le premier fait des injections dans le canal rachidien ; mais c'est à Bier que revient celui d'avoir injecté de la cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien.

Voici quelle est la technique de M. Tuffier : autant que possible, il préfère ne pas faire l'injection dans la salle d'opérations. Il est préférable, à ses yeux, de la faire dans une salle d'anesthésie. Nous comprenons fort bien cette précaution quand il s'agit d'une anesthésie générale par le chloroforme et l'éther ; mais nous le comprenons moins bien quand il s'agit d'une anesthésie qui laisse au malade toute sa connaissance. Passons.

Les instruments nécessaires sont : une bonne seringue quelconque, fonctionnant bien, une aiguille creuse à biseau ni trop court ni trop long, de façon à obtenir aisément l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Le siège de la ponction doit être, non pas l'espace sacro-lombaire, mais un peu au-dessus, pour éviter la blessure des vaisseaux. M. Tuffier emploie une solution de cocaïne stérilisée à 2 p. 100. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule tantôt en jet, tantôt en bavant. Quand il s'écoule en jet, on obtient généralement une bonne analgésie, de la plante des pieds aux aisselles. L'injection doit être faite très lentement.

Il ne faut pas laisser s'écouler trop de liquide céphalo-rachidien.

Quels sont les inconvénients de cette méthode ? La céphalalgie et les vomissements. Est-elle innocente ou non ? M. Tuffier n'a jamais vu d'accidents à longue échéance ; les inconvénients qu'il a observés ont été toujours passagers.

Arrivant à la mortalité dont a parlé M. Reclus, M. Tuffier examine chacun des cas cités par son collègue et il s'applique à prouver que — l'un n'ayant même pas reçu de cocaïne, l'autre ayant succombé à des accidents antérieurs, un troisième n'étant pas mort de l'anesthésie — les six cas invoqués par M. Reclus se réduisent à deux, qui restent encore douteux dans l'esprit de M. Tuffier. Pour lui, la méthode mérite de rester dans la pratique chirurgicale.

M. Reclus étant malheureusement absent, nous ne doutons pas qu'il ne réponde à M. Tuffier ; du reste plusieurs membres se sont fait inscrire pour prendre la parole dans la prochaine séance sur ce sujet.

M. Mignon, en son nom et au nom de M. Sieur, communique une intéressante observation de **plaie de ventricule droit par coup de canif**.

Il s'agissait d'un malade qui avait une pneumonie double. Trois quarts d'heure après qu'il se fut donné un coup de canif au niveau du cœur, M. Mignon intervint, ouvrit la région, le péricarde, trouva une hémorragie considérable, et une plaie de 2 centimètres du ventricule droit qu'il eut quelque peine à suturer à cause des mouvements cardiaques. Injection de caféine et de sérum. La dyspnée, la cyanose disparurent aussitôt après l'intervention, cependant le malade succomba subitement une demi-heure après.

L'autopsie montra que ce malade avait succombé à son affection pulmonaire. Peut-être le shock opératoire y fut-il pour quelque chose. Toutefois cette observation montre la tolérance du cœur pour la suture.

M. Reynier présente un malade chez lequel il a fait la **suture du nerf médian, du nerf cubital et des tendons**. Ce ne fut qu'après six mois de massage et d'électrisation que la sensibilité et la motilité sont revenues et que l'atrophie de l'éminence thénar a disparu.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(18 avril 1901)

Deux présentations de **tumeur cérébrale**. Une malade de M. Touche avait présenté une paralysie de la troisième paire droite, une hémiplégie motrice, du nystagmus, de la titubation cérébelleuse; à l'autopsie, on a trouvé une **tumeur de la base** encerclant les pédoncules cérébraux et ayant englobé la troisième paire droite à sa sortie du pédoncule. Il est intéressant, dans ce cas, de noter que les amygdales cérébelleuses, refoulées vers le bas par le développement de la tumeur, s'étaient engagées par le trou occipital et, de fait, la malade était morte subitement à la suite d'accidents bulbaires causés peut-être par une compression du bulbe. M. Marie avait déjà fait remarquer, que dans les hémorragies de la loge postérieure, cet engagement des amygdales dans le trou occipital était assez fréquent et d'une explication facile. Un malade de M. Dupré avait présenté de l'hémiplégie motrice; à l'autopsie, on a trouvé une volumineuse tumeur, du genre endothéliome, développée aux dépens de la pie-mère et ayant ainsi comprimé le cerveau.

Dansune des précédentes séances, M. Babinski avait présenté un malade atteint, d'une part, d'une paralysie faciale périphérique avec réaction de dégénérescence, paralysie de la sixième paire et anesthésie dans le territoire de la cinquième paire, et, d'autre part, de troubles de la motilité spéciaux, siégeant du même côté que les lésions des nerfs craniens et qu'il désignait sous le nom d'**asynergie cérébelleuse**, indiquant ainsi qu'ils étaient sous la dépendance d'une altération cérébelleuse. Le malade est mort, et M. Babinski a trouvé une tumeur cérébelleuse ayant poussé un prolongement protubérantiel jusqu'au noyau de la sixième paire. Il est à souligner que, dans le cas présenté par M. Babinski, dans l'espèce une lésion du pédoncule cérébelleux inférieur, les troubles d'asynergie cérebelleuse siègent du même côté que la paralysie des nerfs craniens, à l'opposé, par suite, du type ordinaire Millard-Gubler.

La maladie de **Dercum** ou **adiposis dolorosa** se caractérise essentiellement, d'une part, par une adipose parfois considérable qui respecte les extrémités des membres et de la tête, adipose soit généralisée, soit localisée sous forme de lipomes, d'autre part, par des douleurs soit spontanées, soit provoquées par la pression des masses adipeuses : la malade de MM. Achard et Laubry en est un bel exemple; âgée de soixante-neuf ans, elle a vu la maladie se déclarer il y a deux ans; elle porte de volumineux paquets de graisse aux bras, aux cuisses, aux mollets, à l'abdomen, tandis que les extrémités et la tête sont normales; en outre, chez elle, contrairement à ce que certains auteurs ont avancé, le corps thyroïde paraît normal.

MM. Cestan et Infroit présentent les photographies et les radiographies d'une petite fille de neuf ans, **achondroplasique**; leurs photographies montrent nettement les caractères bien mis en évidence par M. Marie : micromélie surtout rhizomélique, thorax à peu près normal, macrocéphalie, main en trident. La radiographie met en évidence la localisation de l'affection sur les épiphyses des os longs, l'élargissement énorme de ces épiphyses grâce à un trouble de l'ossification du cartilage de conjugaison.

M. Dide a étudié la **toxicité du liquide céphalo-rachidien des épileptiques** qui, non toxique à l'état normal ou après quelques attaques isolées, aurait, au contraire, une toxicité considérable dans les états de mal.

M. Guillain présente deux malades curieux; l'un d'eux est atteint d'un trouble de l'**articulation des mots avec bégaiement de nature hystérique**, le deuxième est plus intéressant mais d'un problème diagnostique difficile. Il est atteint, en effet, d'aphasie avec hémiplégie droite. Cette hémiplégie s'accompagne d'exagération des réflexes tendineux et du mouvement de flexion associé de la cuisse et de la jambe décrit par Babinski; cependant, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. M. Guillain estime que l'hystérie doit tout expliquer et que son malade prouve qu'une **hémiplégie hystérique peut s'accompagner d'une exagération des réflexes tendineux** sans qu'il s'agisse d'une association hystéro-organique. Il était intéressant de poser le problème en montrant à la Société le malade avant toute tentative de traitement, car il est certain qu'une guérison rapide de tous ces accidents avec retour à l'état normal des réflexes osseux et tendineux est la seule preuve indéniable que l'hystérie seule est la cause de tous les accidents.

MM. Meige et Feindel ont étudié la **genèse des tics**. Un terrain névropathique de dégénérescence est indispensable à l'éclosion du tic; le tic sera fonctionnel, systématique, reproduisant un acte déterminé, clignement des yeux, succion des lèvres, haussement des épaules. Il aura pour origine un acte accidentel causé pour le clignement des yeux par un corps étranger, surtout par une conjonctivite granuleuse d'après M. Parinaud; pour le mouvement des lèvres par une carie dentaire, une écorchure des lèvres; pour le haussement des épaules par un col ou un chapeau gênant. Dès lors, se dégage une conséquence thérapeutique importante; si l'on saisit dès le début la cause du tic, on sera dans la possibilité, en supprimant cette cause, d'arrêter le tic dans son développement; mais on n'oubliera pas ce terrain de dégénérescence si particulier sur lequel se greffe le tic et on évitera toutes les causes qui peuvent lui donner naissance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Recrutement des internes en médecine des établissements hospitaliers situés en dehors du département de la Seine.* — Les places d'interne en médecine attachées à l'hôpital de Berck continueront à être attribuées, ainsi qu'il est dit à l'arrêté du 5 décembre 1895, à des internes titulaires des hôpitaux, nommés à la suite du concours annuel de l'internat.

Il en sera de même en ce qui touche les places d'interne en médecine attachées au sanatorium d'Angicourt.

Les internes en médecine attachés à l'hospice de Brévannes continueront à être nommés à la suite d'un concours spécial, ainsi qu'il a été spécifié par l'arrêté du 19 décembre 1890.

Les internes en médecine du sanatorium de Hendaye seront également nommés à la suite de ce concours, dont le programme sera, par suite, revisé ainsi qu'il suit, savoir :

1. Conditions d'admission au concours. — Sont admis à prendre part au concours pour les places d'interne en médecine de l'hospice de Brévannes et du sanatorium de Hendaye :

Les élèves externes des hôpitaux de Paris.

Les élèves en médecine de troisième année, qui auront fait au moins six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Ces derniers devront produire : 1° leur acte de naissance; 2° un certificat de revaccination de date récente; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs; 4° un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris, par écrit, l'engagement de rester attachés, pendant une année au moins, à l'hospice de Brévannes ou au sanatorium de Hendaye.

Les internes de ces deux établissements ne pourront, d'autre part, conserver leurs fonctions pendant plus de deux années.

II. Jury du concours. — Le jury du concours pour les places d'élève interne en médecine de l'hospice de Brévannes et du sanatorium de Hendaye se compose de trois membres, dont deux médecins et un chirurgien, tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux.

III. Épreuves du concours. — Les épreuves du concours pour les places d'élève interne en médecine à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Hendaye sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve écrite commune, consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet, soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe; il sera accordé aux candidats deux heures pour rédiger cette composition;

2° Une épreuve orale sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer cette question après dix minutes de réflexion.

Cette épreuve différera pour les candidats inscrits pour Brévannes ou pour Hendaye; elle portera, pour les premiers, sur un sujet de pathologie sénile, et pour les seconds, sur un sujet de pathologie infantile.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points.

— Le lundi 17 juin 1901, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er juillet suivant.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'administration (bureau du service de santé), de onze heures à trois heures, depuis le lundi 20 mai 1901 jusqu'au samedi 1er juin inclusivement.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à titre exceptionnel, à M. le docteur Jacques (Robert), médecin de la santé à Marseille, en témoignage du dévouement absolu et du zèle éclairé dont il a fait preuve en s'internant pendant cinq semaines au lazaret du Frioul pour donner ses soins à des malades atteints de la peste et auprès desquels il a lui-même contracté une forme atténuée de la maladie, tout en continuant son service.

— La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées (cas de peste importés en août 1900, au lazaret du Frioul, par le paquebot le *Niger*, et application, dans le port de Marseille, des mesures prophylactiques motivées par la peste et la fièvre jaune) :

Médailles d'or : MM. les docteurs Gauthier, Griffon du Bellay.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Galetti, Castelli et Piotrowski.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Lochelongue, Gillet, Bigot, Bachelot-Villeneuve, Legrand, et M. Pélissier, interne des hôpitaux.

Marine. — Par décret en date du 5 avril 1901, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Guérin; M. le médecin de première classe, hors cadres, Yersin.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Roche.

— M. le médecin de première classe de Bonadona, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté de l'école de pyrotechnie à Toulon, en remplacement de M. le docteur Nollet, qui terminera le 27 avril courant deux années de présence dans ce poste sédentaire.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 15e semaine, 1016 décès, chiffre notablement inférieur à celui des sept semaines précédentes (dont la dernière en avait compté 1072) et inférieur aussi à la moyenne ordinaire de la saison (1057).

La fièvre typhoïde continue à être très rare (2 décès seulement, au lieu de la moyenne 9).

La variole n'a causé que 7 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a été de 92.

La rougeole, encore plus rare que pendant les semaines précédentes, n'a causé que 9 décès (la moyenne des semaines d'avril est 32).

La scarlatine (5 décès), la coqueluche (4), la diphtérie (11), présentent des chiffres voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 27).

En outre, 36 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 176 décès, au lieu de 207 pendant la semaine précédente et au lieu de 207, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchite chronique, 24 (au lieu de la moyenne 28); pneumonie, 46 (au lieu de la moyenne 55); autres maladies de l'appareil respiratoire, 96 (au lieu de la moyenne 105), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la bronchopneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 246 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 26 décès; la méningite simple, 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 7 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48 décès; les maladies organiques du cœur, 54; le cancer a fait périr 57 personnes; la cirrhose du foie, 14, la néphrite 23; enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bridoux (de Beuvry); Merieux (d'Asfeld); Paul Naquard (de Toul); Parisot (d'Étain).

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours pratique de système nerveux.* — Un cours privé de système nerveux commencera le vendredi 3 mai à deux heures et demie à la clinique Charcot. Il comprendra 40 leçons avec démonstrations histologiques, présentations de malades et électrodiagnostic.

Prière de s'inscrire auprès de M. Cestan, chef de clinique à la Salpêtrière.

Hypnotisme et orthopédie mentale. — M. le docteur Bérillon, professeur à l'École de psychologie, médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le lundi 22 avril, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur l'hypnotisme et l'orthopédie mentale. Il le continuera les vendredis et les lundis suivants, à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale, par M. Fischer. Un vol. in-18 cart. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, L. Boyer, 15, rue Racine.

Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie, par M. Odilon Martin. Un vol. in-18 avec fig. cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les maladies qu'on soigne à Berck, par M. F. Calot. Un vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 47. — MARDI 23 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. MARDI 23 AVRIL 1901. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Cancer fémoral en cylindre; ostéo-sarcome diffus bi-polaire du fémur droit chez un adulte (*1 fig*), par M. L. Thévenot. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Thérapeutique du diabète chez le nourrisson; — Les fécules doivent-ils être bannis de l'alimentation des très jeunes enfants? — Nouveau traitement du lupus. — Notes de thérapeutique. — Revue bibliographique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

CANCER FÉMORAL EN CYLINDRE

OSTÉO-SARCOME DIFFUS, BI-POLAIRE DU FÉMUR DROIT CHEZ UN ADULTE

Par M. L. Thévenot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons récemment observé à la clinique un ostéosarcome d'une malignité extrême et, surtout, d'une forme spéciale, chez une jeune femme de trente et un ans. La cuisse, considérablement augmentée de volume, avait, dans toute son étendue, une forme cylindrique très particulière qui ne laissait aucun doute sur l'envahissement, par la néoplasie, de tout le squelette fémoral. L'autopsie a montré le bien fondé de ce diagnostic; il ne restait plus, en effet, du fémur transformé en une vaste masse de tissu sarcomateux embryonnaire, que les cartilages bi-polaires d'encroûtement. On connaît chez les enfants et dans la prime jeunesse, en un mot pendant la période ostéogénique du squelette, ces panostéistes cancéreuses totales d'un os et en particulier du fémur, du tibia, etc. Mais chez l'adulte il ne paraît pas en être de même, très probablement par suite de l'absence des conditions physiologiques précitées, et la rareté de cette variété de panostéite cancéreuse nous a engagé à publier cette observation et à la faire suivre de quelques considérations. La malade en question a été suivie jour par jour pendant quelques semaines, et nous devons son observation complète à M. Patel, interne du service.

D. M..., trente et un ans, religieuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le professeur Poncet, le 14 janvier 1901, pour une tuméfaction énorme du membre inférieur droit s'étant développée très rapidement, depuis cinq mois environ.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve rien à signaler : parents bien portants; cinq frères et sœurs bien portants. Personnellement, pas de maladie antérieure, jusqu'à il y a cinq ans. A cette époque, elle eut une affection dont il est difficile de préciser la nature; étant dans un couvent, elle ne reçut aucun soin médical; elle raconte qu'elle eut un œdème généralisé, et qu'elle urinait peu; elle avait à ce moment des palpitations de cœur; pendant quatre ans et demi, elle eut des alternatives de bon et de mauvais état; les améliorations coïncidaient toujours avec une augmentation de la quantité des urines.

Il y a cinq mois, étant au lit pour un des malaises auxquels elle était sujette, la malade vit son genou droit augmenter rapidement de volume; en même temps, elle ressentait une douleur très violente, que, seules, des injections de morphine répétées arrivaient à calmer. En même temps que le genou augmentait de volume, la jambe s'œdématisait, la cuisse restait toujours indemne. C'est devant cette lésion que M. Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, pratiqua une ponction exploratrice au niveau de l'articulation du genou ou un peu au-dessus d'elle; la cicatrice est encore visible, mais, par suite du changement de volume de la région, son niveau a été déplacé; quoi qu'il en soit, on sortit, dit la malade, 100 à 150 grammes de sang; on fit ensuite des injections de quinine au niveau de la tumeur, peut-être même à son intérieur; trois injections seulement furent faites en raison de l'extrême douleur qu'elles causaient et l'on administra dès lors la quinine par voie digestive. Dès lors, la tumeur ne cessa de s'accroître, elle remonta vers la racine de la cuisse : tout le membre inférieur devint énorme. En même temps, l'état général s'affaiblit beaucoup; la malade perdit ses forces et son appétit; elle devint d'une maigreur extrême.

Aujourd'hui, elle arrive avec une lésion qui constitue presque une véritable monstruosité. A côté d'un membre inférieur gauche presque squelettique, on trouve un membre inférieur droit éléphantiasique, appendu à un corps de cachectique, profondément émacié. La cuisse surtout est très volumineuse et présente l'aspect d'un baril; à son niveau, la peau est tendue, luisante, parsemée de vergetures, qui témoignent de la distension énorme et rapide, parcourue de réseaux veineux superficiels relativement peu visibles, mais sensibles au doigt qui perçoit comme de véritables gouttières creusées dans un tissu lardacé.

Au niveau du genou, à la limite de la cuisse, la tumeur surplombe la jambe, dont elle est séparée par un sillon d'étranglement, répondant à la partie supérieure du tibia.

La jambe est également énorme, la peau est moins tendue, moins luisante qu'à la cuisse, il n'y a pas de réseau veineux, pas de vergetures.

A la palpation, la cuisse est indurée, rénitente; la peau ne glisse pas sur les plans profonds, on sent qu'elle fait corps avec une masse dure, sous-jacente; jusqu'au niveau de l'aine, la sensation est la même; toute exploration des plans profonds est illusoire.

La jambe est beaucoup plus dépressible, le doigt forme

facilement le godet; la peau n'est pas adhérente aux plans profonds.

Tout mouvement spontané est absolument impossible ; le membre inférieur est en rotation externe. En prenant les deux segments du membre inférieur et en essayant de les mouvoir, on constate que la jambe est mobile sur la cuisse, peu, en raison de la tension extrême des plans superficiels, mais suffisamment pour faire admettre l'intégrité de l'articulation.

Du côté de la partie supérieure de la cuisse, la lésion s'arrête au pli de l'aine; il y a bien un léger œdème de la paroi abdominale, mais peu marqué, la grande lèvre du même côté n'est pas œdématiée. Pas de ganglions inguinaux. Les mensurations prises donnent les résultats suivants :

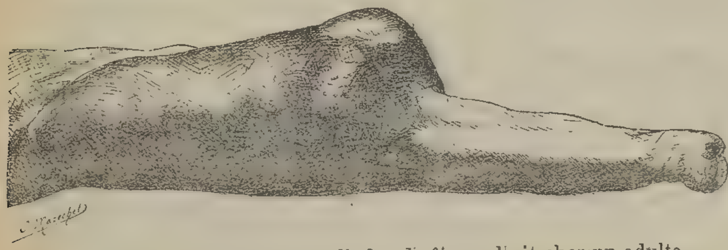
Circonférence de la cuisse, au niveau du genou,

Côté malade	75	centimètres.
Côté sain	30	—

Circonférence de la cuisse à la partie supérieure,

Côté malade	73	centimètres.
Côté sain	34	—

La température locale, prise au genou droit, est 37°4, au lieu de 35°2 du côté sain.



Cancer bi-polaire, cancer en cylindre du fémur droit chez un adulte. Circonférence de la cuisse, 0m75.

La sensibilité au tact, à la pression, est très obtuse du côté malade ; on note encore une excoriation superficielle, située à la face externe de la cuisse, et qui laisse écouler une quantité assez considérable de sérosité.

L'exploration du bassin est négative.

Pas de signes pulmonaires, un peu d'oppression seulement.

Rien à la colonne vertébrale.

L'état général est faible; la malade est exsangue : elle mange peu, sans appétit, urine très peu.

Urines : pas d'albumine; on ne peut recueillir la quantité totale par jour pour doser l'urée.

Température, 38°7, le soir ; normale le matin.

25 janvier. Localement, la lésion s'accentue; le genou se tuméfie, la circonférence atteint 78 centimètres, la peau est tendue au maximum; du côté de la paroi abdominale, l'œdème augmente, il devient dur. Du côté sain, il y a un peu d'œdème de la jambe. Etat général faible, subdélire. Mort le 4 février 1900.

Autopsie. — L'autopsie n'a pu être que très limitée en raison de l'état social de la malade. Une incision pratiquée sur la masse malade a permis de se rendre compte des lésions. Il n'existait plus, à la place des muscles, qu'un tissu lardacé, peu épais, formant à la lésion une gaine totale; macroscopiquement, il n'est pas permis de reconnaître une portion musculaire. Au-dessous de cette enveloppe extérieure, on pénètre dans une cavité cloisonnée; il s'écoule une sérosité rougeâtre; les cloisons sont peu résistantes, elles se brisent facilement avec le doigt. On se rend compte alors très facilement que la diaphyse du fémur est envahie sur toute son étendue. En haut, les lésions s'arrêtent au niveau du col chirurgical. En bas, du côté du genou, il ne persiste que le cartilage et une coque osseuse un peu plus épaisse. L'articulation contient un peu de liquide roussâtre.

En somme, on a affaire à un *ostéosarcome central total*, à une *panostéite cancéreuse occupant tout le fémur droit.*

L'examen microscopique, que nous avons pratiqué avec le bienveillant concours de M. L. Dor, a confirmé ce que la clinique et l'examen macroscopique des pièces permettaient de supposer : la masse est formée de cellules rondes serrées les unes contre les autres, le tissu osseux a complètement disparu et la tumeur se présente comme étant d'une malignité extrême.

Cette observation d'ostéosarcome du fémur mérite d'être rapportée en raison du volume et de la topographie de la lésion ainsi que de certaines difficultés que pouvait présenter le diagnostic.

On a bien signalé des ostéosarcomes de l'extrémité inférieure du fémur qui allaient à peser jusqu'à 25 livres (Schwartz, Th. agrégation 1880); mais en général, la tumeur reste localisée à une partie de l'os; dans les cas de sarcome épiphysaire on a l'aspect bien connu du membre en forme de gigot, de massue ; dans les cas de sarcome diaphysaire, le membre est fusiforme, les deux extrémités de la lésion n'atteignent pas les épiphyses. C'est ce qu'on observe surtout chez l'adulte, car souvent, chez l'enfant, on a une véritable *panostéite cancéreuse*, suivant l'expression de Rollet. A cet âge, la tumeur semble bien maligne, fait bien connu non seulement pour les os, mais aussi pour le rein, le testicule, etc. Chez l'adulte, on n'a pas signalé souvent ces formes de sarcome, très malin, occupant l'os en entier. Hergott, cité par Schwartz, a vu un sarcome si développé « qu'on ne pouvait le faire entrer dans un grand sac, destiné à porter les pommes de terre ». Daubenton (Bérard, *Dict. en 30 vol.*, t. XXII) rapporte le cas d'une tumeur ayant deux pieds et demi de circonférence, allant du genou à l'aine.

Une autre observation, analogue à celle que nous publions, pour la topographie de la lésion mais non pour son volume, a été rapportée par M. Rollet (1). Il s'agissait d'un malade, du service de M. le professeur Poncet, porteur d'un *cancer sous-périostique diffus du fémur gauche*; le fémur était hyperostosé uniformément d'une épiphyse à l'autre; c'était un *ostéosarcome bipolaire*, comme le dit M. Rollet, par analogie avec la lésion ostéomyélite bipolaire bien connue; la lésion était périphérique au lieu d'être centrale ; en plus de cette différence, il en existe une autre, portant sur le volume de la tumeur. Dans le cas de M. Rollet, le fémur était peu hypertrophié, on aurait pu songer à une ostéopériostite diffuse ou à une ostéomyélite bipolaire. Dans notre observation le volume énorme de la lésion faisait immédiatement rejeter le diagnostic de lésion infectieuse.

A première vue, en face d'un membre inférieur uniformément augmenté de volume, on aurait pu songer à une ancienne phlébite devenue éléphantiasique, cette affection antérieure de nature indéterminée, mais vraisemblablement infectieuse, cet œdème généralisé qu'avait présenté la malade, tout cela était en faveur de cette hypothèse.

Il y avait cependant des signes physiques, très nets, sur lesquels M. le professeur Poncet a bien voulu attirer notre attention, et qui lui ont permis, à un premier coup d'œil, de porter le diagnostic ferme d'ostéosarcome diffus du fémur (*ostéosarcome en cylindre*).

(1) Ét. Rollet. Cancer sous-périostique diffus du fémur gauche (ostéo-périostite sarcomateuse bi-polaire), *Gaz. des hôpit.*, 1889.

a. Tout d'abord, le membre de la malade était dans la position de repos, rotation externe, comme dans les fractures du col du fémur; l'impotence fonctionnelle absolue, ces deux faits permettraient de diagnostiquer une lésion osseuse.

b. S'il s'était agi d'un œdème de la veine iliaque, la grande lèvre du même côté aurait été œdématiée; il n'en était rien, et cette absence d'œdème était en faveur d'une lésion progressivement ascendante, et non d'une oblitération d'un tronc veineux, crural ou iliaque.

c. Enfin, la cuisse et la jambe, bien qu'augmentées de volume uniformément, ne présentaient pas le même aspect. A la vue, la cuisse était sillonnée de veines dilatées, symptomatiques d'une lésion profonde; la jambe avait l'aspect d'un segment de membre simplement œdématié; cette différence était encore plus sensible à la palpation; la cuisse était dure, la jambe plus molle; d'un côté, il ne s'agissait pas d'un simple œdème; de l'autre, le doigt déterminait facilement le godet; enfin, l'élévation de la température locale n'existait qu'au niveau de la cuisse et surtout au genou. Plus tard, la différence s'accusa encore; le genou devint plus volumineux, ce qui est très visible sur la photographie prise après la mort et confirma l'idée d'une lésion primitive du fémur.

On aurait pu songer à un myxolipome diffus du membre inférieur; mais ces tumeurs, dont nous avons observé plusieurs exemples dans le service de M. le professeur Poncet, ont une évolution beaucoup plus lente; cliniquement, elles se présentent comme des néoplasmes presque bénins, sans retentissement bien rapide sur l'état général; ils semblent limités au début et mettent plusieurs années à se transformer en tumeur maligne.

Comme conclusion, nous pouvons dire qu'il peut exister chez l'adulte, comme chez l'enfant, des ostéosarcomes très étendus, très volumineux, occupant toute la hauteur d'un os; primitivement localisés à une épiphyse, ordinairement l'épiphyse dont le cartilage de conjugaison est le plus actif, ils peuvent envahir la diaphyse et gagner l'autre épiphyse; ils suivent donc la même marche qu'une ostéomyélite bipolaire; dans cette dernière lésion, l'infection, dans son passage à travers le canal médullaire, ne peut laisser aucune trace, ou simplement un léger degré d'hyperostose réactionnelle; dans l'ostéosarcome, au contraire, la propagation de la lésion se fait par continuité, et si le néoplasme est central, l'os subit une augmentation de volume considérable avant d'atteindre l'épiphyse opposée; cette marche en sens inverse de l'articulation voisine, est des plus nettes; le nom d'*ostéosarcome en cylindre*, d'*ostéosarcome diffus*, *total*, *bipolaire*, ou mieux encore, d'*ostéosarcome pandiaphysaire* et *biépiphysaire*, mérite d'être donné à cette forme de néoplasme; son existence doit être connue car elle peut exposer à des erreurs de diagnostic et surtout de pronostic des plus fâcheuses.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(19 avril 1904)

Plusieurs communications sur la **ponction lombaire** et sur les applications médicales de l'**injection intra-arachnoïdienne de cocaïne**. Cette question prend chaque jour une plus grande extension. Son importance incontestable nous forcera à y revenir prochainement et à l'envisager dans son ensemble.

Notons les faits récents : MM. Pierre Marie et Guillain rapportent une observation de lumbago, guéri instantanément par une injection intra-arachnoïdienne de 5 milligrammes de cocaïne. Dans ce cas, l'injection fut pratiquée chez un homme de quarante-trois ans qui, trois jours auparavant, en soulevant une solive en fer, avait éprouvé dans la région lombaire une douleur qui augmenta rapidement et qui rendit bientôt tout travail impossible. Presque immédiatement après l'injection (trois minutes après), l'amélioration était déjà manifeste; deux minutes plus tard le malade se levait, pouvait s'habiller et lacer ses chaussures sans se servir de chaise. Cela tient du miracle. Aussi, M. Marie peut-il dire : « Notre conclusion est donc que la méthode des doses minimes peut être tout particulièrement recommandée pour les affections douloureuses à détermination primitivement nerveuse ou musculaire, portant sur les membres inférieurs, les lombes et la partie inférieure du tronc. »

M. Achard emploie des doses un peu plus fortes. Dans un cas, chez un malade atteint de zona abdomino-crural, une injection de 2 centigrammes de cocaïne dans le rachis permit au malade, qui souffrait beaucoup, de retourner à pied chez lui. Dans un autre cas, une injection de 1 centigramme, dans les mêmes conditions, fut pratiquée chez un sujet atteint de myélite syphilitique, qui présentait depuis plusieurs années des crises de priapisme douloureux, lesquelles furent complètement supprimées.

Les cas de M. Debove sont bien curieux. Il s'agit, dans certaines manifestations douloureuses, de l'influence de la ponction lombaire seule, non suivie d'injection intra-rachidienne. Dans deux cas de crises gastriques atrocement douloureuses, une simple ponction lombaire ayant soustrait 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, suffit à supprimer instantanément les phénomènes pénibles.

Ces faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure, mais ils appellent des recherches ultérieures.

Pour M. Talamon, la **pneumonie et le zona** ont entre eux des connexions microbiennes évidentes. La preuve en est dans les faits suivants, où une pneumonie du sommet droit a coexisté, chez un homme de trente-trois ans, avec un zona ophtalmique gauche; où le zona intercostal s'est produit du même côté que la pneumonie. Si l'on admet, avec Landouzy, qu'il existe un zona spécifique et des éruptions zostériformes, comme il existe une scarlatine et des éruptions scarlatiniformes, ces zonas pneumoniques peuvent être considérés comme des éruptions zostériennes dues à l'action du microbe de la pneumonie. Si le zona est intercostal et se superpose à la pneumonie, on peut supposer qu'il y a propagation par voisinage de l'infection pneumonique du poumon au nerf. Si le zona se produit à distance, on ne peut guère incriminer que l'action de la pneumotoxine sur le système nerveux. On pourrait donc dire que ce zona est une pneumococcie de la peau.

MM. Sicard et Brécy signalent qu'à côté des méningites cérébro-spinales latentes, révélées seulement à l'autopsie, il y a place pour les **méningites cérébro-spinales à forme ambulatoire** et qui sont curables. Ces auteurs ont vu un malade qui souffrait depuis quatre semaines de légères céphalées et de quelques douleurs de la nuque. Le diagnostic ne put être porté que grâce à la ponction lombaire et surtout à l'examen cytologique qui révéla la présence de nombreux polynucléaires.

M. Sainton présente une malade hystérique ayant présenté depuis huit jours des **hémorragies multiples.**

MÉDECINE PRATIQUE

Thérapeutique du diabète chez le nourrisson.

Le diabète du nourrisson, pour M. Baumel (1), n'entraîne pas toujours une terminaison fatale, sùrtout si l'on sait lui opposer de bonne heure une thérapeutique étiologique.

Dans le but de favoriser les fonctions et la sécrétion du pancréas, les alcalins devront être sagement et prudemment administrés. On facilitera l'évolution dentaire (cause fréquente du diabète chez le nourrisson), par l'emploi des phosphates de chaux (lacto, chlorhydro, glycérophosphate de chaux).

Comme l'évolution dentaire, chez le nourrisson, s'accompagne presque toujours de muguet, il sera bon de rechercher systématiquement cette complication et de la traiter par des badigeonnages à l'aide d'un collutoire composé à parties égales de borate de soude et de miel rosat, et par la potion suivante, administrée toutes les trois heures, à raison de deux cuillerées à café dans l'intervalle des tétées :

Eau de chaux	} *ââ*	60 grammes.
Eau de laitue		
Sirop simple		30 —
Teinture de musc		LV gouttes.

On s'abstiendra de donner de l'eau de Vichy, car, à cause de l'acide carbonique qu'elle contient, elle engendre facilement la dilatation de l'estomac, si elle n'existe pas, et l'augmente si elle existe déjà.

Si l'on tient, malgré tout, à donner une eau alcaline, on prescrira de préférence l'eau de Vittel (grande source) ou tout simplement de l'eau de chaux.

L'état nerveux résultant de l'évolution dentaire pourra exiger l'emploi de quelques nervins, du bromure entre autres.

Quant aux cas de diabète infantile qui résisteraient à ces divers traitements, on pourra les traiter par la pancréatine. Cette substance étant digérée par l'estomac, il convient de l'administrer en injections hypodermiques d'extrait pancréatique, en tenant compte des dangers auxquels une simple piqûre expose tout enfant, mais surtout un enfant diabétique.

L. B.

Les fécules doivent elles être bannies de l'alimentation des très jeunes enfants?

M. Borde (2) a remarqué qu'à la Martinique et à la Guadeloupe les enfants indigènes qui sont nourris de fécules variées en décoction aqueuse à l'exclusion de lait de vache échappent souvent à la gastro-entérite, fréquente, au contraire, dans la classe aisée où l'alimentation lactée est exclusive. Il conseille donc, dans les cas de gastro-entérite, de diminuer la quantité de lait qu'on donne habituellement aux enfants et de remplacer cette quantité supprimée par une quantité équivalente de décoctions aqueuses de fécules ou de céréales.

Ces décoctions sont digérées par les enfants les plus jeunes, elles préviennent les troubles digestifs chroniques et augmentent la digestibilité du lait de vache lorsqu'elles sont mêlées à lui.

La meilleure de ces décoctions est celle d'avoine grossièrement broyée, qui contient outre des fécules et des albumines, des phosphates végétaux assimilables très utiles à l'enfant. Ces phosphates se rencontrent dans le péricarpe des grains, en proportion notable, sans compter ceux que le grain renferme lui-même.

(1) *Arch. de méd. des enfants*, 1901, n° 3.

(2) Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 avril; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 avril 1901.

Nouveau traitement du lupus.

On sait que la méthode de Finsen, la photothérapie, est actuellement la méthode de choix pour le traitement du lupus. Mais cette méthode a l'inconvénient de nécessiter un outillage très coûteux et compliqué, le moyen que donne M. Danlos (1) mérite donc d'être signalé aux praticiens.

M. Danlos s'est proposé d'emprunter à une autre source qu'à la lumière l'énergie chimique qui agit dans la photothérapie. Pour cela il a fait usage de couples de zinc-cuivre préparés par la voie humide.

Il verse dans un tube à expérience une solution saturée de sulfate de cuivre et y ajoute de la poudre de zinc. Un dégagement d'hydrogène se produit, puis un précipité noir.

C'est cette masse de consistance pâteuse que M. Danlos a appliquée avec succès sur certains lupus. Ceux-ci s'amendent rapidement en prenant l'aspect d'une écumoire. Bien que les malades n'aient pu être suivis assez longtemps pour qu'on puisse affirmer la guérison, la méthode n'en est pas moins intéressante.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les albumoses animales constituent-elles réellement un moyen de choix en tant que suralimentation? D'après Politzer, Ewald, Pfeiffer, elles s'assimilent parfaitement, et peuvent fournir à l'organisme la quantité d'azote nécessaire.

Hirschkron (de Vienne) a voulu contrôler ces assertions par une série d'essais. Il a choisi la somatose, cette préparation étant la seule bien acceptée par les malades. Les résultats obtenus ont été excellents. Aux doses thérapeutiques (10 à 12 grammes *pro die*) la tolérance a été parfaite et il y eut augmentation de poids dans tous les cas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de physiologie [IIe fascicule (2)], par M. Laulanié.

Ce livre se compose de deux grands chapitres : l'étude des sécrétions et l'étude de la nutrition en général.

Les sécrétions se divisent en deux classes : celles dont l'effet ou le but est de rejeter au dehors les produits résultant de la dépense alimentaire (excrétions) et celle dont le produit est versé dans la circulation (glandes vasculaires sanguines).

Dans le premier groupe, nous citerons surtout la page relative à la sécrétion urinaire et à la sécrétion biliaire, bon résumé des connaissances actuelles. Les sécrétions internes, et particulièrement la fonction thyroïdienne, méritent une mention toute spéciale; il faut louer sans réserves l'exposé d'une question aussi complexe; c'est avec aisance que l'on passe des premières données cliniques aux conceptions actuelles sur le rôle des parathyroïdes, théorie de la suppléance de Gley, et théorie de la dualité fonctionnelle de Moussu (fonction thyroïdienne différente de la fonction parathyroïdienne).

Il convient de signaler encore l'étude des thymus, des capsules surrénales de la rate, et les considérations générales sur la fonction antitoxique.

Dans la partie réservée à la nutrition, nous ne pouvons qu'indiquer les chapitres sur la statique chimique de la nutrition, comparaison des recettes représentée par la ration alimentaire, et la dépense, représentée par les diverses ex-

(1) Soc. de derm. et syph., 15 avril 1901.

(2) In-8°. Prix : 18 francs (les deux fascicules ne se vendent pas séparément). — Paris, Asselin et Houzeau.

crétions; sur la glycogénie, l'adipogénie, l'albuminogénie.

La production du travail physiologique fait l'objet d'une étude très complète, où les travaux de Chauvaux sur le rôle du glycose comme aliment de l'énergie musculaire sont soigneusement analysés.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur la chaleur animale, chapitre dont les divers paragraphes sont classés dans un ordre parfait.

Les deux fascicules déjà parus des *Éléments de physiologie* forment, dès maintenant, un ensemble complet sur la nutrition en général. Leur clarté, le soin avec lequel ils sont tenus au courant des données actuelles de la science, font vivement désirer la publication rapide des autres volumes.

Bulbe et moelle (1), par M. J.-A. Fort.

Dans ce court opuscule, l'auteur a réussi à résumer les principales notions acquises sur l'anatomie du bulbe et de la moelle : cet ouvrage étant destiné aux débutants, on doit y trouver et on y trouve, en effet, une grande clarté unie à une grande concision ; et ne se contentant pas d'une fastidieuse énumération de faits anatomiques, l'auteur a su montrer rapidement comment se répartissent les lésions principales des maladies nerveuses et de quelle utilité est, pour le clinicien, la connaissance de la structure de la moelle et du bulbe. Il a su enfin donner une nouvelle jeunesse à la vieille méthode des moyens mnémotechniques, si prisée des étudiants novices. Voilà pourquoi cette brochure remplit complètement son but et peut être recommandée aux débutants que rebuterait la lecture d'ouvrages plus savants et, partant, plus compliqués.

Hérédo-syphilis. *Descendance des hérédo-syphilitiques* (2), par M. L. Jullien, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare.

Dans cet ouvrage, le chirurgien de Saint-Lazare aborde une question nouvelle : la transmission de la syphilis à travers deux générations successives, et prouve l'inexactitude de l'ancien adage : On ne tient pas la vérole de son grand-père. En colligeant tous les faits publiés auxquels il adjoint un dossier considérable d'observations inédites, l'auteur prouve surabondamment l'existence de cette hérédité seconde, sous forme de lésions spécifiques proprement dites, de manifestations secondairement dérivées de la syphilis, de stigmates dystrophiques, d'anomalies ou de monstruosités. C'est un nouveau chapitre ajouté à l'histoire de la vieille diathèse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 29 avril au 4 mai 1901)

Examens de doctorat.

Lundi 29 avril, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Brissaud, Hanriot et Méry ; — *Salle Velpeau* (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Segond, Lejars et Lepage; — *Salle Béclard* (2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Gaucher et Gilles de la Tourette.

1er, *Salle Richet* (1re série) : MM. Rémy, Reynier et Sébileau ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Jalaguier, Poirier et Walther ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Broca (Aug.), Tuffier et Delbet ; — (2e série) : MM. Legueu, Delens et Reclus; — (2e partie) : MM. Hayem, Launois et Teissier ; — M. Mauclaire, suppléant.

Mardi 30 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Ricard et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Chantemesse, Blanchard et Thoinot.

1er, *Salle Béclard* : MM. Rémy, Brun et Faure.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Campenon, Quénu et Wallich ; — *Salle Pasteur* (2e série, ancien régime) : MM. Hutinel, Gilbert et Dupré.

4e, (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Ménétrier et Chassevant ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Bouilly et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Charrin ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Thiroloix ; — M. Marfan, suppléant.

Mercredi 1er mai, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Delens, Reclus et Walther.

1er (2e partie, ancien régime), *Salle Béclard* : MM. Fournier, Joffroy et Gaucher ; — *Salle Richet* (1re série) : MM. Legueu, Poirier et Retterer ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Tuffier, Reynier et Mauclaire ; — *Salle Trousseau* (3e série) : MM. Rémy, Delbet et Sébileau ; — M. Heim, suppléant.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM Hayem, Heim et Méry ; — (ancien régime) : MM. Brissaud, Wurtz et Widal.

Jeudi 2 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Schwartz et Brun.

3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Vaquez.

1er, *Salle Pasteur* : MM. Rémy, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Nélaton* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard ;— *Salle Béclard* (1re partie) : MM Richelot, Maygrier et Faure ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Hutinel, Langlois et Roger.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Gilbert et Desgrez ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 3 mai, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Launois, Heim et Méry.

1er, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Reynier, Gley et Sébileau ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Reclus, Poirier et Mauclaire.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Landouzy, Brissaud et Teissier.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Lejars ; — (2e série) : MM. Segond, Jalaguier et Delbet; — (2e partie) : MM. Grancher, Gaucher et Widal ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

Samedi 4 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Bouilly, Poirier et Albarran.

1er, *Salle Trousseau* (2e série) : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier ; — *Salle Richet* : MM. Rémy, Quénu et Retterer ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hutinel, Joffroy et Dupré.

3e (officiat définitif), *Hôtel-Dieu* : MM. Achard, Richelot et Bar ; — M. Campenon, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Beaujon* (1re série) : MM. Debove, Widal et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Raymond, Marfan et Roger; — M. Gilbert, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Wallich et Bonnaire ; — M. Hanriot, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (**d'anatomie, physiologie et histoire naturelle**). — Les candidats dont les noms suivent sont admis à prendre part à ce concours qui doit s'ouvrir le 13 mai :

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Anatomie. — Paris : MM. Branca, Cunéo, Fredet, Rieffel et Wiart.

Bordeaux : MM. Cavalié, Gente et Lafite-Dupont.

Lille : MM. Gérard et Mariau.

Lyon : MM. Bonne et Regaud.

Physiologie. — Montpellier : MM. Lefeuvre et Poujol.

Histoire naturelle.— Paris : M. Guiart.

Quelques-uns des candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

Hôpitaux de Paris. — *Programme du concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie* :

I. Conditions d'admission au concours. — Les candidats doivent, en outre du diplôme de docteur en médecine, justifier qu'au moment de leur entrée en fonctions comme assistant, ils ont passé quatre années dans les hôpitaux de Paris en qualité d'interne en médecine.

II. Épreuves du concours. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. *Épreuves d'admissibilité.* — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour laquelle il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

B. *Épreuves définitives.* — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale;

2° Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour la rédaction de laquelle il est accordé une heure après trente minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

Épreuves définitives : pour l'épreuve opératoire, 20 points; pour la consuliation écrite, 30 points.

III. Jury du concours. — Le jury du concours est compsoé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

IV. Dispositions diverses. — Le concours a lieu au mois de février.

Le nombre des candidats admis à subir les épreuves définitives est double de celui des places mises au concours.

Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé, en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury, et toutes les opérations ultérieures du concours, sont applicables au concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.

Les assistants des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie sont nommés pour une période de deux années, à la suite de laquelle ils ne pourront être prorogés.

A la suite du concours seront également nommés des assistants adjoints, en nombre égal à celui des places de titulaires mises au concours. Ces assistants adjoints, dont le temps d'exercice sera de deux années, comme celui des assistants titulaires, seront appelés à remplacer ces derniers pendant leurs absences ou en cas de démission ou de décès.

L'Académie de médecine rappelle qu'un concours supplémentaire, pour une place de stagiaire aux eaux minérales (fondation Vulfranc-Gerdy), aura lieu au mois de mai prochain.

Les canditats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, avant le 1er mai.

Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes. — Postérieurement à l'envoi de bulletins de vote pour la nomination de quatre membres du comité de l'Association, M. Bender pose sa candidature à la place réservée à un interne en exercice dans la lettre suivante :

« Mon cher collègue,

Je vous serai reconnaissant de faire savoir aux collègues de la salle de garde que je suis candidat à la place de membre du comité de l'Association des internes pour les élections du 27 courant. Je m'associe pleinement dans ce but au programme si judicieux de M. Jayle et je tâcherai de soutenir d'une façon aussi active que possible les droits des internes en exercice.

Cordialement à vous,

X. Bender.

Les anciens internes sont priés de prendre connaissance de cette lettre et de la considérer comme leur étant personnellement adressée. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Damourette (de Cannes); Debets de Lacrouzille (de Périgueux); Fioupe, médecin des hôpitaux de Marseille; Camille Génin, médecin de première classe à Nancy; Lévi (de Paris); Gustave Ménard (de Feurs); Régnier, médecin-inspecteur de la Compagnie de Suez; Roger (d'Alger); Parsot (de Monpazier); le professeur Pietro Panzeri (de Milan).

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours pratique de système nerveux.* — Un cours privé de système nerveux commencera le vendredi 3 mai à deux heures et demie à la clinique Charcot. Il comprendra 40 leçons avec démonstrations histologiques, présentations de malades et électrodiagnostic.

Prière de s'inscrire auprès de M. Cestan, chef de clinique à la Salpêtrière.

Hôtel-Dieu. — M. Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Desault), le jeudi 25 avril 1901, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Opérations avant la leçon clinique.

Opérations abdominales : le mardi, à neuf heures. Visite des malades : hommes (examen des hernies), le mercredi, à neuf heures, dans la salle Saint-Côme. Femmes, le samedi, à neuf heures, dans la salle Sainte-Marthe.

Hôpital Péan. — M. Paul Viollet, médecin auriste de l'hôpital Péan, commencera, le mardi 7 mai à deux heures, une série de leçons pratiques sur le diagnostic et le traitement des maladies du nez, des oreilles et de la gorge. Ces leçons seront accompagnées d'examens de malades.

Elles auront lieu tous les mardis à l'hôpital Péan, 11, rue de la Santé, pendant deux mois et seront gratuites.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de physiologie expérimentale, par Raphael Dubois, professeur à l'Université de Lyon, avec la collaboration de M. Edmond Couvreur, chargé d'un cours complémentaire, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté des sciences. Un vol. in-8° raisin de 388 p. avec 303 gr. cart. à l'anglaise. — Prix : 14 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, par MM. G. de Rouville et J. Braquehaye, avec une préface du professeur Duplay. Un vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale, par le docteur Coste, médecin des hôpitaux de Marseille. Un vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

No 48. — JEUDI 25 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 25 AVRIL 1901. — No 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Syncope et asphyxie locales; gangrène dite de Raynaud; sclérodermie, par M. A. Garrigues. — Sur l'extraction des projectiles logés dans l'encéphale, par MM. Peugniez (d'Amiens) et Remy (de Paris). — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Les réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde; — *Chirurgie :* Suture de l'uretère; — De l'action de l'eau oxygénée sur le catgut; — *Gynécologie :* De la tuberculose primitive du vagin; — *Psychiatrie :* Action hypnogène de l'électricité statique; — *Thérapeutique :* Pansement collodionné dans le goitre exophtalmique; — Traitement des ulcères chroniques par l'air chaud; — Traitement de l'obstruction intestinale (iléus) par l'atropine. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SYNCOPE ET ASPHYXIE LOCALES

GANGRÈNE DITE DE RAYNAUD; SCLÉRODERMIE

Par M. A. Garrigues.

Raynaud décrivit, en 1862, une variété distincte de gangrène caractérisée par sa localisation symétrique aux extrémités, par son intermittence, enfin par ses phases prémonitoires de syncope et d'asphyxie locales.

En fait, ces caractères divers sont contingents et ainsi l'entité de Raynaud n'est pas légitime.

Il faut mettre à part la syncope et l'asphyxie locales qui sont les véritables « phénomènes de Raynaud »; quant à la gangrène, qui quelquefois leur fait suite, elle ne mérite rien de plus que le nom banal de gangrène sèche.

A comparer cette gangrène ainsi comprise avec la sclérodermie, on trouve que l'une et l'autre sont liées souvent à des phénomènes de Raynaud, mais ceux-ci sont simplement sous la dépendance ici du processus gangréneux, là de processus sclérodermique, sans rien de plus.

Gangrène et sclérodermie ne sont d'ailleurs que deux syndromes cliniques, deux états morbides, deux modes de réaction distincts vis-à-vis de la cause première qui produit au début des troubles circulatoires revêtant quelquefois la forme des phénomènes de Raynaud.

L'anatomie pathologique autorise tels rapprochements. Si celle des « phénomènes de Raynaud » isolés est tout entier à faire, on est en effet mieux renseigné pour la gangrène et pour la sclérodermie.

Dans la gangrène on trouve des altérations remarquables mais inconstantes des nerfs, des lésions plus intéressantes des vaisseaux, lésions d'endartérite d'autant plus nettes que le calibre des vaisseaux et plus petit.

Quelque chose de très analogue, en tant que nature des lésions, se retrouve dans la sclérodermie, mais ici « les capillaires ne présentent habituellement aucune lésion notable » (H. Méry); « ils ne sont ni rétrécis, ni épaissis » (Goldschmidt).

On trouve un appui tout semblable tant dans l'étiologie que dans la pathogénie. Laissons de côté dans ce court résumé les phénomènes de Raynaud. En ce qui regarde la gangrène et la sclérodermie, c'est ici et là la même théorie de l'artérite qui, d'accord avec l'anatomie pathologique, rend parfaitement compte et des accidents et de la manière d'agir des facteurs étiologiques divers.

Quant au problème qui se pose alors de savoir pourquoi on a tantôt de la gangrène sèche et tantôt de la sclérodermie, il se peut résoudre par la formule : lésion grave des capillaires, anutrition, gangrène; lésion siégeant au-dessus des capillaires ou lésion légère de ceux-ci, nutrition diminuée, sclérodermie.

De cette théorie se peuvent facilement déduire et le pronostic et le traitement, mais sur ceci je n'insisterai pas.

La pensée que j'ai voulu seulement dégager surtout, c'est qu'il me paraît illégitime d'étudier à part les phénomènes de Raynaud, sa prétendue gangrène spéciale et la sclérodermie et que bien plutôt on doit considérer ces diverses manifestations morbides simplement comme les résultats différents de variétés du processus endartéritique.

DE L'EXTRACTION DES PROJECTILES LOGÉS DANS L'ENCÉPHALE (1)

Par MM. Peugniez (d'Amiens) et Remy (de Paris).

Nous voulons attirer l'attention sur un nouveau cas et un nouveau procédé d'extraction de projectile logé dans la substance cérébrale.

Il s'agit d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite. L'effet immédiat fut nul. Le suicidé ne tomba pas, il regarda son revolver, sentit le sang qui coulait sur sa joue, fut persuadé que le coup était bien parti et se rendit à pied à l'hôpital.

Au bout de quelques semaines parurent des accidents graves, troubles intellectuels, délire et paralysie faciale. Ceux-ci cédèrent, mais ils firent place à des crises d'épilepsie dont la succession nous imposait le devoir de tenter une extraction du projectile cause des accidents.

Il fallait d'abord déterminer le siège du projectile ; nous y sommes arrivés à l'aide de l'indicateur à rayons X matérialisés inventé par M. Remy.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

Il était situé dans l'écorce cérébrale de la troisième circonvolution frontale ascendante vers le pied de la deuxième frontale.

Il fut extrait à l'aide d'une craniotomie à lambeau réappliqué.

L'innocuité de l'intervention fut parfaite, ni paralysie, ni délire, ni fièvre. Après quelques jours, l'opéré se levait et son lambeau était consolidé en trois semaines. L'épilepsie n'est pas reparue et l'activité intellectuelle est restituée à l'état normal.

La possibilité, l'innocuité et l'utilité d'une opération dans ce genre d'accidents est une fois de plus démontrée.

Nous voulons signaler maintenant un progrès réalisé sur tous les autres procédés de détermination de ces projectiles intra-craniens, c'est la facilité et la rapidité de cette opération à l'aide de l'appareil cité plus haut.

Le projectile était visible sur l'écran radioscopique, et nous avons pu le faire constater aux différentes personnes de l'assistance ; grâce à ce fait, nous aurions pu localiser son siège en quelques minutes, mais nous avons préféré employer les radiographies, pour plus de sécurité, bien qu'elles allongent la durée des recherches.

Au bout d'une heure environ le siège, la profondeur nous étaient connus avec précision, nous savions qu'il devait se trouver dans la substance cérébrale presque au contact de la dure-mère.

L'opération eut lieu tout de suite, et après quelques péripéties qui allongèrent sa durée, le projectile fut extrait.

Le tout, recherches et extraction, avait duré environ deux heures trois quarts. Bien que cette durée soit la plus courte que je connaisse, elle est encore bien longue, mais ceci est dû à l'émotion inséparable d'un premier début, car dans des expériences consécutives nous avons pu l'abréger beaucoup et réduire la recherche à vingt minutes minimum.

Aucun procédé n'arrive à cette rapidité.

Notre première opération, quoique suivie de succès, avait présenté une grave difficulté parce que le malade n'avait pu être opéré sur la table où il avait été radiographié et que, confiants dans la position superficielle du projectile, nous avions fait un repérage insuffisant. Nous avons fait plus de dix piqûres avec une aiguille dans la zone indiquée ; nous avons même fait une incision dans la substance cérébrale avant de sentir le contact du métal. Cette multiplicité d'interventions dans la masse cérébrale n'a eu aucun résultat nuisible. Néanmoins, dans la suite, nous avons pris nos précautions, nous avons paré à cette cause d'erreur et il nous a été possible d'arriver sans tâtonner.

A propos de la recherche des projectiles du cerveau, nous avons remarqué la facilité avec laquelle ils se déplacent lorsqu'ils ne sont pas encapsulés par du tissu conjonctif.

L'observateur qui enfonce l'aiguille exploratrice est géné pour percevoir le contact métallique, par le frottement dans les guides des appareils, il multiplie les chocs pour être plus sûr et ainsi le projectile fuit.

Nous avons songé à nous servir de la sonde électrique de Trouvé qui nous avertirait par sa sonnerie, au premier contact.

Enfin, comme dans l'extraction la mieux conduite et la mieux guidée par les aiguilles de l'appareil, le dégât fait dans la substance cérébrale par l'opérateur est considérable, nous avons cherché à le limiter et nous avons fait construire, par Collin, un appareil préhenseur qui coulissera sur la sonde de Trouvé et pourra saisir le projectile aussitôt que sa présence aura été révélée.

Nos premiers essais, avec un instrument très imparfait, nous font espérer le succès.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(23 Avril 1901)

Signalons d'abord l'intéressante présentation, par M. Le Dentu, d'un nouvel appareil de M. Contremoulins.

On se rappelle sans doute qu'au mois d'avril 1897 M. le professeur Marey présentait à l'Académie de médecine, au nom de M. Contremoulins, les plans d'un appareil de recherche des corps étrangers dans la tête, et qu'il faisait appel à la générosité publique pour les frais de construction de l'appareil dérivé de cette méthode.

A l'appel de cet éminent professeur, de nombreuses réponses furent faites et M. Contremoulins put faire construire son appareil par la maison Carpentier.

Au mois de novembre de la même année MM. Marey et Le Dentu présentaient : le premier, l'appareil réalisé, et le second, deux malades opérés avec succès grâce aux indication précises fournies par l'instrument.

Actuellement le nombre de projectiles extraits de la tête par ce procédé, dans les services des hôpitaux de Paris, s'élève à 34, et jamais la méthode n'a été surprise en défaut.

Aujourd'hui M. Contremoulins vient d'étendre cette précieuse application de la radiographie métrique à tout l'organisme, non seulement pour la localisation des corps étrangers, mais pour la mensuration exacte de toutes les pièces du squelette et des organes ou tumeurs donnant des projections radiographiques à contours nets.

A l'appui de cette présentation M. Le Dentu montre à l'Académie une reconstitution, dans l'espace, du bassin entier d'une femme vivante, ainsi que d'une portion de la colonne lombaire et de la partie supérieure des fémurs.

La technique opératoire est très simple. Le sujet étant étendu sur une table spéciale dans une position quelconque, deux radiographies en sont faites successivement sous des angles d'incidence différents. Ces deux radiographies n'exigent que dix minutes d'immobilisation du patient dans les cas les plus difficiles. Le sujet ayant été enlevé après ces deux radiographies, une plaque métallique sur laquelle les deux radiographies ont été exactement décalquées est substituée au plan occupé par les plaques photographiques, et les foyers d'émission de rayons X matérialisés dans l'espace par des tiges métalliques à œilletons sont réunies par des fils aux projections radiographiques des pièces osseuses décalquées sur la plaque métallique. Les intersections des fils donnés par les deux projections, fournissent la matérialisation dans l'espace des pièces osseuses radiographiées et par conséquent leurs proportions exactes et leurs dimensions précises au demi-millimètre près.

M. Le Dentu insiste sur le très grand avantage de cette méthode qui n'entraîne la nécessité d'aucune orientation particulière du sujet, d'aucun toucher préalable et qui assure cependant la plus absolue précision dans les résultats obtenus. On conçoit toute l'importance de cette méthode dans le cas par exemple de croissance anormale ou de grossesses difficiles.

M. le président donne la parole à M. Javal. Aussitôt les conversations cessent et le silence s'établit. On sait que M. Javal est devenu aveugle : il n'en est pas moins resté un

des membres les plus exacts aux séances de l'Académie et il n'en reste pas moins le travailleur que l'on a connu. Son infirmité même est devenue pour lui une nouvelle source d'études et de recherches, et il a présenté aujourd'hui à ses collègues un appareil fort simple et fort ingénieux permettant aux malheureux devenus aveugles d'écrire aussi couramment et aussi correctement que par le passé. Cet effort du courageux travailleur méritait bien la bienveillante attention de l'Académie, ses applaudissements et la touchante allocution de M. le président Guyon.

L'appareil de M. Javal se compose d'une planchette portant, à son extrémité inférieure, une sorte de petite gouttière métallique dans laquelle le coude trouve un point d'appui. Quand l'avant-bras est ainsi placé, on met dans la main une feuille de papier qui, au moyen d'un mécanisme à déclanchement, remonte d'un intervalle déterminé chaque fois que l'on arrive au bout d'une ligne.

M. Laborde a fait un rapport sur un travail de M. Tarchanoff (de Saint-Pétersbourg) relatif à l'**action combinée de la quinine et du chloroforme** sur la fibre striée.

M. Fochier (de Lyon), candidat au titre de membre correspondant national, présente une pièce curieuse. Il s'agissait d'un **utérus bicorne ayant déterminé une dystocie grave**. Une femme de trente-sept ans, primipare, conservait dans l'utérus un fœtus de six mois dont le cou avait été arraché la nuit précédente. Tous les efforts de dilatation d'un long canal cervico-utérin qui menait à la tête furent stériles. Il fallut en venir à l'opération césarienne, qui se borna à l'hystérectomie avec pédicule externe. L'utérus était bicorne, mais non globulaire (uterus bipartitus). La tête et le placenta se voient dans la corne droite. Mais ce qui fait l'intérêt de la pièce, c'est l'épaisseur de la musculature utérine au-dessous du point de réunion des deux cornes.

M. de Brun (de Beyrouth) adresse une note sur le **traitement de la lèpre par l'icthyol à l'intérieur**. Il a obtenu les meilleurs résultats de ce traitement, mais seulement contre la lèpre tuberculeuse, et non contre la lèpre nerveuse. L'icthyol est, pour M. de Brun, un médicament de choix contre la lèpre tuberculeuse.

Signalons enfin une note intéressante de MM. Rémy et Peugniez sur un nouveau cas et un nouveau procédé d'**extraction des projectiles logés dans l'encéphale**. On trouvera plus haut cette observation. (Voir p. 461.)

Parmi les pièces de la correspondance nous notons deux lettres concernant les **moustiques**, l'une du maire de Bourg-la-Reine, qui proteste contre les « assertions exagérées » de M. Farabeuf; l'autre d'un habitant de la plaine Monceau, qui demande qu'on songe un peu aux hirondelles et qu'on ne détruise pas tous les moustiques.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. — Le travail de M. Remlinger est basé sur l'étude des réflexes tendineux dans 100 cas de dothiénentérie. Les réflexes tendineux peuvent être exagérés au cours de la fièvre typhoïde (32 p. 100 des cas), comme aussi ils peuvent être normaux (22 p. 100), diminués (17 p. 100) ou abolis (29 p. 100). Il est impossible de tirer de l'état des réflexes une indication pour le pronostic. Il semble, toutefois, que l'exagération se rencontre surtout dans les cas graves, dans les formes ataxiques et ataxo-adynamiques. Quel qu'ait été l'état des réflexes pendant le cours de la maladie, ils présentent presque toujours, au moment de la convalescence, une tendance marquée à l'exagération. La trépidation épileptoïde du pied n'est pas rare dans la dothiénentérie (20 p. 100 des cas). Elle est, toutefois, moins fréquente que l'exagération du réflexe rotulien. Elle coïncide d'ordinaire avec une exagération des réflexes tendineux, mais elle s'observe parfois avec des réflexes normaux, diminués ou même abolis. C'est ce qu'on appelle la dissociation du réflexe rotulien et du clonus du pied. Assez souvent, la trépidation plantaire a coïncidé avec la chute thermique, avec des sueurs profuses et de la polyurie, et elle a paru devoir être considérée comme un véritable phénomène critique. La percussion du tendon d'Achille provoque souvent, dans la fièvre typhoïde, une trépidation épileptoïde du pied, que M. Remlinger propose d'appeler achillienne pour la distinguer du clonus proprement dit. La trépidation achillienne peut aussi coïncider avec l'abolition des réflexes tendineux. La trépidation épileptoïde de la rotule et le réflexe cutanés ne prêtent à aucune considération particulière, mais l'auteur insiste sur le « réflexe rotulien contra-latéral », autrefois décrit par Erb et qu'il a observé chez deux malades. Il explique les phénomènes de dissociation entre l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde vulgaire ou achillienne, par ce fait que les réflexes tendineux sont, comme le veut l'École française, de véritables réflexes. L'existence du réflexe rotulien contra-latéral le prouve surabondamment. Au contraire, les trépidations épileptoïdes seraient, comme le dit l'École allemande, de simples phénomènes de contraction idio-musculaire. Ajoutons que M. Remlinger n'a jamais constaté dans la dothiénentérie le réflexe des orteils en extension. (*Revue de méd.*, 10 janv. 1901.)

CHIRURGIE

Suture de l'uretère. — M. A. Gubaroff (de Moscou) a eu l'occasion de pratiquer la suture des deux fragments d'un uretère sectionné au cours de l'ablation d'un énorme fibrosarcome intra-ligamentaire. Il l'a fait, par un procédé d'emboîtement, et de points de suture très ingénieux, pratiqués sur une sonde; il donne de ce dispositif un schéma suffisamment explicite auquel nous renvoyons le lecteur. Le procédé de l'auteur semble donner des résultats bien supérieurs à celui de Van Hook, quand on compare le mode de réparation des uretères obtenu par les deux procédés. Gubaroff a pu en effet faire l'autopsie de la femme chez laquelle il avait pratiqué la suture de l'uretère, cette femme étant morte trente et un jours après l'opération; il a fait dessiner cet uretère qui est parfaitement réparé tandis que le dessin d'un uretère de chien suturé par le procédé de Van Hook ne donne pas une haute idée de cette méthode. (*Centralbl. f. Chir.*, 1901, n° 5, p. 122.) P. V.

De l'action de l'eau oxygénée sur le catgut. [M. Camille Moreau (de Charleroi).] — On se souvient que M. Camille Moreau avait récemment signalé à l'Académie royale de médecine de Bruxelles un danger de l'eau oxygénée, dont l'action sur le catgut avait amené dans un cas une hémorragie secondaire (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 22). Se ralliant aux objections faites par MM. Thiriar et Gunzbourg, il pense que l'hémorragie tardive qu'il avait signalée doit être rapportée à l'influence classique de l'infection.

Il n'en est pas moins vrai que des expériences récentes ont montré que l'eau oxygénée, lorsqu'elle contient de l'acide chlorhydrique en trop grande quantité, a une action dissolvante sur le catgut. Le praticien agira donc prudemment en s'assurant de la bonne qualité de l'eau oxygénée qu'il emploiera. (*Bull. de l'Acad. roy. de Belg.*, avr. 1901.) F. R.

GYNÉCOLOGIE

De la tuberculose primitive du vagin. — La tuberculose du vagin, et particulièrement la tuberculose primitive, constitue une affection peu commune. M. Jorfida, assistant à la Clinique chirurgicale de Padoue, vient de lui consacrer une intéressante étude. Après avoir rappelé les quelques travaux parus sur la question et donné la relation d'un cas personnel guéri par le traitement chirurgical, il passe successivement en revue les causes, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose primitive du vagin.

L'affection peut s'observer à tous les âges, mais surtout à la période d'activité sexuelle : durant cette période, en effet, les traumatismes et les affections inflammatoires se produisent beaucoup plus facilement, d'où danger plus grand d'infection. Plus particulièrement, la parturition serait à incriminer comme cause prédisposante. La blennorragie, les ulcères vénériens mettent aussi la muqueuse vaginale en état de moindre résistance. De façons diverses se fait l'infection tuberculeuse : par l'intermédiaire de l'air, des crachats, des doigts, des canules vaginales, par le coït avec des sujets atteints de tuberculose testiculaire ou prostatique.

Au cas de tuberculose secondaire, l'infection peut s'effectuer par les déjections alvines, par les sécrétions utérines, par les fistules vésico-vaginales, etc.

Anatomiquement, la tuberculose du vagin se manifeste sous deux formes : 1° la forme miliaire; 2° la forme ulcéreuse.

Dans la forme miliaire, le vagin offre soit dans toute son étendue, soit spécialement vers les culs-de-sac, de petits nodules rouges, grisâtres, qui représentent des tubercules jeunes.

Dans la forme ulcéreuse, on a affaire à de véritables pertes de substance. Ces ulcérations, qui peuvent être superficielles ou profondes, ont des bords irréguliers, anfractueux, taillés à pic, plutôt tuméfiés et consistants, de coloration rouge, à fond excavé, recouvert et infiltré par une substance jaunâtre d'aspect caséeux qui, enlevée, laisse voir de petites granulations pâles et œdémateuses. Quand les ulcérations tuberculeuses s'étendent en profondeur, elles peuvent former des sinus fistuleux qui finissent par mettre en communication le vagin avec la vessie ou le rectum.

La maladie a en général un début insidieux : pendant un certain temps, la symptomatologie subjective se réduit à une sensation de brûlure légère, de prurit, ou encore à quelques douleurs aux parties génitales, comme il s'en produit parfois un peu avant les règles. Plus tard, il se fait par les organes génitaux des écoulements blancs, puis jaunâtres, de consistance épaisse, dégageant parfois une mauvaise odeur et qui, en certains cas, sont striés de sang. Avec ces écoulements, les malades accusent un sentiment de pesanteur et des douleurs hypogastriques avec irradiations aux lombes et au vagin. Ces douleurs peuvent d'ailleurs faire défaut. Quand l'état général est atteint, la menstruation présente des irrégularités ou même se supprime.

Le diagnostic de la tuberculose primitive du vagin, qu'il s'agisse de la forme miliaire ou de la forme ulcéreuse, est d'ordinaire des plus difficiles. Dans la forme miliaire, on aura à différencier la tuberculose vaginale du zona et de la vaginalite granuleuse; dans la forme ulcéreuse, le diagnostic devra être fait avec les érosions inflammatoires, les ulcérations syphilitiques, l'ulcère rond du vagin, les ulcérations herpétiques ou cancéreuses, etc. Sans doute, les caractères des nodosités miliaires et des ulcérations ont une grande importance. Seuls, toutefois, l'examen histologique et bactériologique des productions tuberculeuses et les inoculations aux animaux constituent les éléments décisifs du diagnostic.

Primitive, la tuberculose du vagin a une évolution plutôt lente : elle peut exister pendant plusieurs années et rester localisée sans se généraliser à d'autres organes et sans causer à la malade de troubles sérieux. Au cas de communication fistuleuse du vagin avec la vessie ou le rectum, le pronostic devient plus grave, la tuberculose pouvant s'étendre à ces organes.

Le traitement variera suivant que la tuberculose est restée ou non localisée au vagin.

Quand, en même temps que le vagin, d'autres organes sont intéressés, le traitement sera nul ou du moins borné à la simple cure hygiénique.

Quand le vagin est seul atteint, le traitement dépend de l'étendue et de la profondeur des lésions tuberculeuses : s'il s'agit de lésions légères, d'ulcérations peu développées, on s'adressera aux irrigations vaginales antiseptiques, aux astringents locaux, aux applications iodiques, aux cautérisations au nitrate d'argent. Si l'on a affaire à des ulcérations très étendues et profondes, l'intervention chirurgicale s'impose : elle consistera en l'excision large des tissus, suivie de cautérisation avec la teinture d'iode ou avec le thermocautère. Au cas de fistules, on pourra tenter l'excision des tissus affectés et la restauration des parties; mais il faut s'attendre à des échecs fréquents. (Jorfida. *La Riforma med.*, 1900, n° 15, et *Ann. de gynécol.*, fév. 1901.) P. P.

PSYCHIATRIE

Action hypnogène de l'électricité statique. (M. Bérillon.) — Il est parfois difficile d'endormir des obsédés, M. Bérillon y est parvenu plusieurs fois en utilisant l'action sédative de l'électricité statique. Des malades, qu'aucun procédé n'a pu influencer, finissent souvent par s'endormir, en dehors de toute suggestion, dès qu'ils sont installés sur le tabouret et soumis à la douche électrique. (Soc. d'hypn. et de psych., 16 avril 1901.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Pansement collodionné dans le goitre exophtalmique. (Allen Haight.) — Dans un certain nombre de cas de maladie de Basedow, l'application d'une couche de collodion au niveau du goitre a été suivie de bons effets. On emploie du collodion récemment préparé qu'on applique directement sur le goitre. On répète cette opération à des intervalles variant de quelques jours à une semaine, autant qu'on le juge nécessaire. Dans la plupart des cas observés, on a vu, après la première application du collodion, le goitre diminuer assez rapidement de volume, les pulsations cardiaque et artérielle s'abaisser de 10 à 30 battements par minute et le malade accuser une amélioration sensible dans son état général. Quatre malades sur six ont présenté une disparition totale des symptômes et, chez l'un d'eux, la guérison remonte à deux ans. Une autre malade, très améliorée après deux mois de traitement, a été perdue de vue. Le dernier sujet est encore en traitement.

Le collodion paraît agir mécaniquement par constriction de la glande. Il en résulte une diminution de l'irrigation sanguine des follicules et, partant, un amoindrissement de leur activité fonctionnelle. Ce procédé, très simple, mérite d'être essayé. Bien entendu, il ne saurait en être question dans les cas de maladie de Basedow sans goitre. (*Chicago med. Soc.*, fév. 1901.) A. H.

Traitement des ulcères chroniques par l'air chaud. — M. Karl Ulmann publie les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des plaies infectées et des infiltrations inflammatoires chroniques, notamment dans les affections vénériennes et syphilitiques de la peau des organes génitaux de l'homme, par l'emploi de l'air chaud, sec et à haute température.

L'auteur a fait construire, dans ce but, un appareil pour la description duquel je renvoie à l'article original.

Ulmann fait, au cours de sa communication, un long historique de ce mode de traitement. Se basant sur son expérience personnelle, qui porte sur 150 cas environ, il conseille d'éprouver au début la susceptibilité particulière de la peau que l'on désire traiter par cette méthode, notamment chez les personnes nerveuses, âgées ou atteintes d'affections médullaires ou névropathiques, si l'on veut éviter des brûlures; il ne faut atteindre que graduellement des températures élevées.

Plus l'air est sec, mieux la peau supporte des températures élevées; les brûlures se produisent plus facilement quand la peau est humide.

L'auteur emploie des températures de 80 à 150 degrés et fait des applications d'une durée variant de trois quarts d'heure à une heure.

Il aurait ainsi guéri, sans autre traitement, en l'espace de cinq à vingt-quatre jours, 18 cas d'ulcères vénériens (ulcera venerea), sur un total de 21 cas traités.

L'auteur insiste sur les services que peut rendre ce mode de traitement dans les ulcérations greffées sur des infiltrations syphilitiques, avec début de sclérose ou à forme papuleuse, aphteuse ou diphtéroïde; dans les ulcères chroniques atoniques, à marche torpide; son effet serait remarquable sur les rhagades et érosions si douloureuses de l'anus.

Ulmann insiste sur les services que peut rendre l'emploi de l'air chaud en chirurgie, pour obtenir la réunion des plaies par première intention; l'air chaud agissant à la façon d'un véritable et énergique antiseptique.

A l'appui de son intéressante communication, l'auteur publie un certain nombre d'observations accompagnées de figures et de photographies. (*Wien. klin. Wochens.*, 1901, nº 1, p. 1.)

P. V.

Traitement de l'obstruction intestinale (iléus) par l'atropine. — Batsch ayant obtenu de bons résultats en traitant l'obstruction intestinale (iléus) par de grosses doses d'atropine (0,005 milligrammes en injection sous-cutanée), d'autres médecins, parmi lesquels Marcinowsky, Holz, Demme, Lültgen ont employé cette méthode.

Batsch publie deux nouveaux cas ainsi traités avec succès; dans un troisième, on fut obligé de recourir à la laparotomie pour sauver le malade. Les divers médecins mentionnés plus haut ont publié 5 autres cas traités par l'atropine; quatre fois la cessation des vomissements et le retour des selles furent obtenus par ce traitement sans que jamais il ait donné lieu à des signes d'intoxication grave. (*Münch. med. Wochens.*, 1900, C. R. in *Centralbl. f. Chir.*, 1901, nº 4, p. 113.)

P. V.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques (1), par M. Pégurier, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier, ancien médecin major de l'armée.

La question si intéressante du traitement de la tuberculose pulmonaire a subi, dans ces dernières années, des modifications importantes qui rendaient indispensable un nouveau travail de mise au point. C'est dans ce but qu'a été écrit l'ouvrage de M. Pégurier. Laissant volontairement de côté tout ce qui a rapport à la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, l'auteur s'est efforcé de présenter le traitement curatif de la phtisie tel qu'il doit être compris à l'heure actuelle, tout en conservant à son ouvrage un caractère pratique.

Dans une première partie, consacrée à l'étude des différentes méthodes utilisées en phtisiothérapie, l'auteur fait ressortir toute l'importance que le médecin doit accorder au traitement adjuvant, un peu trop délaissé aujourd'hui. Il discute la valeur thérapeutique des divers agents médicamenteux tour à tour préconisés, présente, en particulier, de la créosote et de ses dérivés une étude très complète, et fait connaître les bénéfices que l'on peut attendre d'un traitement hydro-minéral rationnellement appliqué. La question de la bactériothérapie tuberculeuse est également exposée avec clarté et précision.

La cure hygiéno-diététique est traitée, ensuite, avec tout le développement qu'elle mérite. Les règles de l'alimentation du tuberculeux, l'étude très complète des indications climatériques, qui met en relief l'importance considérable des différents climats sur les diverses modalités de la tuberculose pulmonaire, sont examinées aussi minutieusement que possible. Enfin, les principes de la cure d'air et de repos, et l'hygiène générale du tuberculeux terminent la première partie de ce livre.

Toutefois, l'ouvrage de M. Pégurier n'est pas, tant s'en faut, une simple revue générale de la phtisiothérapie actuelle. Une classification clinique originale des différentes modalités de la tuberculose pulmonaire, permet à l'auteur d'indiquer, chemin faisant, les diverses modifications que doit subir le traitement de chaque tuberculeux, suivant l'aspect clinique de son affection. C'est là, surtout, ce qui fait le caractère personnel de cet ouvrage, et son principal mérite.

Dans la deuxième partie, réservée à la thérapeutique appliquée de la tuberculose, l'auteur montre avec grand soin la cure morale et hygiénique qui se poursuit au sanatorium; il décrit, ensuite, les principaux sanatoria, en particulier les sanatoria français, de création toute récente, indique les résultats obtenus et discute la valeur respective des sanatoria collectifs et du home-sanatorium. Plus loin, chacune des modalités cliniques est examinée au point de vue du traitement particulier qu'elle comporte; enfin, dans un dernier chapitre se trouve décrit le traitement des symptômes et des complications.

En résumé, l'ouvrage de M. Pégurier est un livre tout d'actualité; à côté des questions les plus récentes sur lesquelles il est encore interdit de porter un jugement définitif, la discussion des différentes méthodes thérapeutiques, celle des indications et des contre-indications, résultant de l'aspect clinique de chacune des modalités de la tuberculose pulmonaire, suffisent à démontrer son but pratique. Si l'on ajoute que la forme en est aussi soignée et aussi claire que possible, on comprendra l'utilité que peut retirer tout praticien de la lecture de cet important ouvrage.

Traité des affections vénériennes (1), par le professeur Edmond Lesser, directeur de la clinique syphiligraphique à l'hôpital de la Charité, à Berlin. 2e édition française, traduite sur la 9e édition allemande, par M. Adrien Bayet, chef du service de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles.

Le livre de Lesser est classique en Allemagne depuis plusieurs années. Cette deuxième édition de la traduction française consacre les progrès faits en vénéréologie au cours de ces dernières années, et rendra un réel service au public médical français.

Ce traité répond en effet au désidératum qu'on est en droit de formuler à son égard : il est avant tout pratique. — Pour l'étudiant, sa lecture sera comme une répétition des choses vues à l'hôpital; elle sera, pour le praticien, une mise au point facile des derniers progrès réalisés. Et ce

(1) In-8º. Prix : 16 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8º, av. fig. et pl. hors texte, Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

double résultat est d'autant mieux atteint que M. Bayet a tenu à publier, dans le cours du volume, une série de photographies prises sur des malades à l'hôpital, et qui montrent d'une manière si frappante les différents stades de l'évolution de la syphilis.

Nous disions que l'ouvrage est une mise au point des dernières données scientifiques en vénéréologie. Le traducteur, en effet, a insisté sur cette conception récente de la blennorragie, maladie générale, en consacrant un chapitre spécial à son étude. La description des ulcères non syphilitiques, d'autre part, s'est forcément modifiée et étendue par suite de la découverte de l'agent microbien du chancre mou vrai.

Dans la partie syphiligraphique, enfin, l'auteur expose tous les progrès réalisés en clinique ; c'est ainsi que la syphilis héréditaire, la syphilis viscérale, sont étudiées en détail ; de même, on trouvera au chapitre du traitement les méthodes récemment préconisées.

Telles sont, en quelques lignes, les heureuses modifications apportées dans cette nouvelle édition. L'ouvrage, sans se perdre en détails inutiles, constitue donc un traité complet de vénéréologie, et il sera, pour le débutant et le praticien désireux de se mettre au courant des nouvelles méthodes, un guide pratique et sûr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Duchâteau, médecin en chef de la marine ; Moriez (de Nice) ; Barthès, inspecteur départemental ; Haushalter, agrégé de la Faculté de Nancy ; Wuillemin, professeur à la Faculté de Nancy.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Landriau, médecin principal de première classe ; Barret, médecin en chef de première classe de la marine ; Berriat, médecin de première classe de la marine ; Decorse (de Madagascar) ; Salètes, médecin-major de première classe ; Thomas Ledieu (de Paris) ; Wissemans, médecin-major de première classe.

Le Congrès de la tuberculose qui doit se tenir à Londres du 14 au 21 juillet, et que nous avons déjà annoncé, ne sera pas seulement médical ; les plus grands lords et les plus nobles dames de l'Angleterre doivent y assister. C'est un puissant effort que veut faire l'Angleterre pour combattre la tuberculose. Elle invite à ce Congrès des représentants des autres nations. Elle a adressé une invitation spéciale à l'Académie de médecine de Paris qui délègue à ce Congrès MM. Brouardel, Lannelongue, Landouzy et Robin.

Changement de tenue du corps de santé militaire. — On annonce qu'un changement de tenue va être bientôt prescrit pour les médecins militaires. Le dolman sera remplacé par la tunique comme la tunique fut remplacée autrefois par le dolman. Cette mesure sera diversement appréciée, seuls les tailleurs l'approuveront d'une façon unanime.

Interdiction de l'emploi du blanc de céruse dans la peinture. — Après avoir pris connaissance du vœu émis par le conseil supérieur d'hygiène de France, qui déclare le blanc de céruse poison violent, et avoir constaté les résultats des expériences auxquelles elle a fait procéder, la Commission d'hygiène industrielle a repoussé le projet de réglementation d'emploi du blanc de céruse, comportant interdiction partielle, que présentait sa sous-commission.

Elle a enfin adopté un projet de règlement d'administration publique dont l'article 1er est ainsi conçu :

Article premier. — L'emploi du blanc de céruse est interdit dans l'industrie de la peinture.

Immédiatement, M. Mougeot, sous-secrétaire d'État des postes et télégraphes, a adressé à ce sujet une circulaire aux directeurs de son administration, par laquelle il interdit l'usage de ce produit dans tous les locaux occupés par les services ou destinés à l'installation des bureaux de son administration. Il sera fait usage, exclusivement, de peintures ou enduits à base de blanc de zinc (oxyde de zinc).

Il est juste de rappeler que le mérite d'avoir obtenu cette réforme si importante pour la santé de toute une catégorie d'ouvriers, revient à notre confrère et ami le docteur Laborde, qui prit l'initiative de la campagne récente contre l'emploi du blanc de céruse.

Insalubrité des monte-plats. — Un de nos lecteurs, hygiéniste fervent, nous communique une note où il signale un nouveau danger.

On connaît bien les *monte-plats*, sortes de petits ascenseurs installés dans les maisons « confortables » entre la salle à manger et la cuisine, en sous-sol, pour éviter de passer par les escaliers et les longs détours. Cette installation se trouve aussi dans certains hôtels et restaurants.

Si les monte-plats ont l'inconvénient de faire beaucoup de bruit, ils en ont un bien plus grave encore. Les domestiques peu scrupuleux (il s'en trouve même dans les grandes maisons) y déversent avec le balai toutes les balayures de la salle à manger, pour éviter la peine de les ramasser. Inutile d'insister sur la salubrité de pareils procédés. La seule précaution à prendre contre un pareil danger serait de fermer le monte-plat, à clef, dans l'intervalle des repas.

La pluie de sang de Palerme (9-10 mars 1901). — M. Stanislas Menier ayant pu examiner des échantillons de la substance constitutive de cette pluie vient de communiquer à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches. Il en résulte que, conformément aux idées générales exposées en 1870 par M. Tarry, il s'agit de la chute de matériaux arrachés par les remous atmosphériques, au sol du Sahara.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 26 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Hallopeau reprendra ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 27 avril, à dix heures et quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure, dans le pavillon Bazin.

Hôpital Saint-Antoine. — M. A. Béclère commencera le dimanche 5 mai, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire de M. Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Séméiologie et traitement des maladies de l'estomac, par H. Frenkel. Un vol. in-16 avec fig. cart. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostic et traitement des maladies de la peau, par C. Barbe, avec une préface de M. Gaucher. Un vol. in-16 cart. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Chirurgie des voies biliaires, par Victor Pauchet. Un vol. cart. de la collect. des act. méd. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Comment on défend ses organes intimes, par M. J. Mora. Une broch. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

L'alcool et l'alcoolisme. Notions générales; toxicologie et physiologie; pathologie; thérapeutique; prophylaxie, par MM. TRIBOULET et MATHIEU. Un vol. in-8° carré de 254 p., cart. à l'anglaise. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Aide-mémoire de neurologie, par P. LEFERT. Un vol. in-18 avec fig., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 49. — SAMEDI 27 AVRIL 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 27 AVRIL 1901. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les formes anormales et rares de la fièvre typhoïde, par M. Henry BERNARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. — RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR QUELQUES CAS DE BRONCHO-PNEUMONIE AIGUE, par M. ROSENTHAL, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des furoncles et de la furonculose, d'après L. LEISTIKOW (de Hambourg). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les formes anormales et rares de la fièvre typhoïde.

Par M. Henry BERNARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nombreuses sont les formes cliniques de la fièvre typhoïde, qui s'écartent du type descriptif et schématique que revêt ordinairement la maladie chez l'adulte, nombreuses en un mot sont les *formes anormales* de l'affection.

Mais parmi ces formes, il en est qui ne peuvent en rien dérouter le diagnostic du clinicien, toujours attentif à les reconnaître, soit en raison de leur fréquence particulière, soit parce que le début de l'affection est régulier, l'évolution ultérieure étant seule anormale : telles par exemple les fébricules typhoïdes, les formes prolongées, les formes ataxo-adynamiques, etc.

Mais il en est d'autres dont la rareté, dont souvent aussi le mode anormal de début, rendent le diagnostic délicat et difficile, sinon même impossible. Telles sont celles que nous nous proposons d'étudier.

Nous les rangerons en trois groupes :

I. FORMES ANORMALES DURANT TOUTE LEUR ÉVOLUTION. — a. *Forme latente* ou *typhus ambulatorius*.
  b. *Forme apyrétique*.
  c. *Formes méningée*, *rénale*, *hépatique*.
  d. *Forme septicémique généralisée*.
  e. *Forme sudorale*.

II. FORMES DONT LE DÉBUT SEUL EST ANORMAL. — a. *Formes à début brusque*.
  b. *Pneumo-typhoïde*.
  c. *Pleuro-typhoïde*.

III. FORMES ASSOCIÉES. — a. *Infection typho-grippale*.
  b. *Typho-malarienne*.

I

Formes anormales durant toute leur évolution. — *a*. FORME LATENTE OU TYPHUS AMBULATORIUS. — Comme son nom l'indique, la fièvre typhoïde ambulatoire peut être définie : une forme dans laquelle les symptômes, et particulièrement les symptômes fonctionnels, sont suffisamment atténués pour ne pas obliger le malade à rester au lit, ou même pour lui permettre de vaquer à ses occupations.

Tous les signes de la dothiénentérie peuvent d'ailleurs exister dans cette forme, dont la durée est également celle d'une fièvre typhoïde ordinaire : mais l'atténuation de ces signes prolonge, pour ainsi dire, pendant toute l'évolution de l'affection, le tableau clinique du premier septénaire. Le malade, comme dans les premiers jours d'une dothiénentérie normale, ressent une sensation de fatigue générale et de courbature ; une céphalalgie plus ou moins marquée s'installe et persiste ; l'insomnie et l'anorexie complètent le syndrome fonctionnel d'infection atténuée. Les signes physiques, exanthème, diarrhée, tuméfaction de la rate, bronchite légère apparaissent en leur temps. L'élévation thermique, elle aussi, peut suivre la règle, et même parfois être très accentuée. Dans d'autres cas cependant, la fièvre manque, et la forme latente est en même temps apyrétique.

L'*évolution* de cette forme ambulatoire en a fait distinguer trois types. Dans un premier ordre de faits, la période latente de l'affection fait place, au bout de dix à quinze jours, à une marche normale, et la fièvre typhoïde s'achève classiquement : ce premier type est de beaucoup le plus fréquent et il n'est pas très rare, dans les consultations hospitalières principalement, de voir des malades demander une consultation pour ce qu'ils appellent un malaise, alors qu'ils sont porteurs de taches rosées, et que le début de leur affection remonte nettement à dix, douze ou quinze jours.

Dans d'autres cas, plus rares, la dothiénentérie reste latente jusqu'au bout, et simule parfaitement une grippe légère à forme traînante, terminée par la guérison.

D'autres fois enfin, l'évolution latente est brusquement interrompue par une complication plus ou moins grave, et particulièrement, en raison du peu de précautions prises par les malades dans leur régime alimentaire, par une hémorragie ou une perforation intestinales, avec toutes leurs conséquences. Noël Mauger, dans une thèse récente (1), a relevé, dans divers auteurs, plusieurs cas de dothiénentéries ambulatoires brusquement révélées par une perforation ; il en rapporte lui-même un beau cas original.

Le *diagnostic* de cette forme est souvent difficile à établir :

(1) N. MAUGER. *La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes; son traitement chirurgical*, Th. de Paris, 1900.

en dehors des cas dans lesquels le retour au type normal ou une complication grave, viennent imposer le diagnostic, on conçoit que la plupart du temps l'évolution typhique passe inaperçue. Et c'est précisément en raison de ce fait que l'on doit faire un examen attentif de tout sujet qui accuse un malaise de durée inusitée, accompagné de céphalalgie, ce malaise fût-il apyrétique : il faudra se garder de porter trop vite le diagnostic d'infection grippale. Le séro-diagnostic devra toujours être fait dans les cas de ce genre, et transformera souvent un doute en certitude.

b. Forme apyrétique. — Sous le nom de fièvre typhoïde apyrétique, il faut entendre une forme qui, pendant toute la durée de son évolution, reste apyrétique. Un bel exemple nous en est fourni dans une observation de Bondet (1) : il s'agit d'une femme chez laquelle toute la symptomatologie se réduisait à une courbature générale accompagnée de céphalalgie, mais sans fièvre, et sans aucun des autres symptômes classiques ; comme elle venait de soigner ses trois enfants atteints de fièvre typhoïde, on pensa à la possibilité d'une dothiénentérie, et on fit à trois reprises le séro-diagnostic, qui toutes les fois fut positif. Cependant, l'apyrexie persistant, on permit bientôt à la malade de manger : le jour même de cette première tentative alimentaire, survint une péritonite par perforation suivie de mort. L'autopsie permit de constater les ulcérations intestinales caractéristiques de l'affection.

Des cas semblables ont été réunis par Ortiz (2) ; M. Étienne (3) également en a rapporté une observation.

Mais à côté des cas apyrétiques pendant toute leur durée, s'en placent d'autres, dans lesquels l'*apyrexie n'est que temporaire*, soit qu'elle existe au début de l'affection seulement, soit qu'elle survienne au cours de cette affection, la température tombant, à une ou plusieurs reprises, à la normale ou au-dessous de la normale. Tel un cas de Bensaude (4), dans lequel la fièvre se montra seulement au onzième jour de la maladie ; tels plusieurs cas rapportés par Courmont (5), par Weil et Piéry (6), par Gerhardt (7), par Lafforgue (8).

Signalons enfin la possibilité d'une *évolution totalement hypothermique*, telle que M. Potain (9) l'a observée. « J'ai eu, nous dit cet auteur, l'occasion d'observer un cas où la température s'abaissa même au-dessous de la normale, à 36 degrés pendant le premier septenaire, resta à cette température dans le second, et ne remonta à la normale que pendant la convalescence. »

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer les formes atténuées de la dothiénentérie : pour la forme ambulatoire, M. Chantemesse (10) admet l'existence d'un poison typhique peu toxique, ou d'une tolérance particulière vis-à-vis de lui, analogue, dit-il, à la résistance que présentent certains organismes contre d'autres poisons (alcool, opium, etc.).

Pour ce qui est des formes apyrétiques et hypothermiques, M. Potain se demande si le bacille d'Eberth ne produit pas de substances hypothermisantes. « Si, sous l'influence de conditions inconnues, ce produit est fabriqué en grande quantité, la dothiénentérie ne sera pas pyrétique. » C'est dans le même ordre d'idées qu'Ortiz pense à incriminer une association colibacillaire.

Quoiqu'il en soit de leur pathogénie, les *formes apyrétiques* de la fièvre typhoïde sont d'un *diagnostic* facile ou difficile, suivant que l'on pense ou non à la possibilité d'une infection éberthienne. Le plus souvent, en effet, les signes physiques et fonctionnels existent, à peu de choses près, comme dans la forme normale, et la température seule est en désaccord avec le reste du syndrome. Nous ne pourrons donc mieux faire que de répéter ce que nous disions au sujet des formes ambulatoires : en présence d'une évolution morbide d'allure infectieuse, mais indéterminée, il faut toujours penser à la possibilité d'une dothiénentérie anormale, et faire le séro-diagnostic.

c. Formes méningée, rénale, hépatique. — A dessein, nous réunissons dans un même groupe les trois formes méningée, rénale, hépatique, semblables en ce que chacune d'elles est constituée par une dothiénentérie dans laquelle une complication, prééminente d'emblée, masque plus ou moins complètement l'allure habituelle de l'affection. Et cette définition nous permet d'éliminer immédiatement, comme n'étant d'ailleurs pas des formes anormales, mais seulement des formes accompagnées d'une complication, les dothiénentéries *au cours* desquelles surviennent des accidents méningés, rénaux ou hépatiques, qui peuvent alors prendre le premier rang.

α. La *forme méningée* de la fièvre typhoïde, dénommée encore *méningo-typhoïde*, est caractérisée par l'apparition, dès le début de l'affection, de symptômes d'ordre méningé, *quelle que soit d'ailleurs la pathogénie de ces symptômes*, qu'il s'agisse en d'autres termes de méningite typhique vraie ou seulement de méningisme, qu'il existe une inflammation réelle des méninges, ou seulement une congestion méningo-encéphalique accompagnée d'œdème.

Le type de cette forme peut être pris dans une observation de MM. Sergent et H. Bernard (1) : l'affection débuta brusquement par une céphalalgie intense accompagnée d'une élévation thermique irrégulière, de mydriase et de tous les signes d'une irritation des méninges spinales, raideur de la nuque, signe de Kernig, exagération des réflexes, hyperesthésie généralisée. Tous ces symptômes persistèrent intégralement pendant trois septenaires, puis disparurent rapidement en même temps que la température revenait à la normale.

Des cas analogues ont été rapportés par Georgewitch (2), par MM. Duflocq (3) et Rendu (4). Dans tous ces cas, le diagnostic de la nature exacte de l'affection ne fut fait que tar-

(1) Bondet. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, particulièrement dans les formes frustes, Soc. de méd. de Lyon, 16 fév. 1897.

(2) Ortiz. *De la fièvre typhoïde apyrétique*, Th. de Paris, 1894.

(3) Étienne. Dothiénentérie apyrétique : séro-réaction, Soc. méd. des hôpit., 26 janv. 1900.

(4) Bensaude. *Le phénomène de l'agglutination des microbes*, Th. de Paris, 1897, p. 114.

(5) Courmont. *Signification de la réaction agglutinante chez les typhiques*, Th. de Lyon, 1897.

(6) Weil et Piéry. *Province méd.*, 20 nov. 1897.

(7) Gerhardt. *Ann. de la Charité*, Berlin 1890.

(8) Lafforgue. Fièvre typhoïde apyrétique, *Médecine mod.*, 1898.

(9) Potain. Diagnostic des formes anormales de la fièvre typhoïde, *Bull. méd.*, 1894.

(10) Chantemesse. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. I, p. 770.

(1) Sergent et H. Bernard. Dothiénentérie à manifestations méningées prédominantes, etc., Soc. méd. des hôpit., 25 janv. 1900.

(2) Georgewitch. *Fièvre typhoïde à phénomènes méningitiques*, Th. de Paris, 1893.

(3) Duflocq. *Bull. de la Soc. méd des hôpit.*, 1900, p. 538.

(4) Rendu. *Id.*, p. 539.

divement, et seule l'évolution cyclique fit penser à une dothiénentérie, vérifiée par le séro-diagnostic.

β. Les phénomènes rénaux, comme les phénomènes méningés, peuvent prédominer, au point de justifier la description d'une *forme rénale* de la fièvre typhoïde : mais suivant notre définition, nous éliminerons volontairement, comme ne méritant pas de constituer une forme spéciale, les cas dans lesquels les symptômes néphritiques n'apparaissent qu'au cours de la dothiénentérie confirmée.

Un type de forme rénale vraie, c'est-à-dire à physionomie rénale dès le début, nous est fourni par une observation de L. Bodin (1); l'auteur résume ainsi les principaux caractères de l'affection : « Tout d'abord, l'absence complète, du début à la fin de l'affection, de tout phénomène indiquant une atteinte quelconque du tube digestif; pas de diarrhée, de ballonnement du ventre, de douleur à la pression, de gargouillement dans la fosse iliaque, ni de sang dans les selles, pas même la langue typhique si caractéristique.

En second lieu, la prédominance des accidents rénaux qui, dès le début de l'affection se sont imposés à l'attention, qui ont duré tout le temps de la maladie, parallèlement aux symptômes généraux : accidents urémiques peu intenses, douleurs lombaires spontanées et à la pression, hématurie et albuminurie peu abondante. »

En présence de cette évolution clinique, et s'appuyant sur ce fait que les urines ont toujours contenu une grande quantité de bacilles d'Éberth, alors que la ponction de la rate à ce point de vue a été négative, l'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'une néphrite infectieuse primitive à bacilles d'Éberth, d'un *néphro-typhus*.

La description de cette forme remonte d'ailleurs à Gubler (1874), et à A. Robin (2) qui en distingue une *variété hémorragique*. Après eux Hardy et son élève Amat (3) confirment son existence; Didion (4) sépare nettement une *forme précoce* et une *forme tardive*; la première étant la seule dont nous nous occupions ici. Enfin Zègre (5) a, dans sa thèse, repris tous ces faits.

γ. Sous le nom de *fièvre typhoïde à forme hépatique*, M. H. Roger (6) a récemment décrit un complexus symptomatique, résultant d'une dégénérescence rapide des cellules hépatiques au cours de l'évolution typhique.

Cliniquement, cette forme se caractérise par une période de début assez semblable à celle de la forme commune, mais au cours de laquelle l'insuffisance hépatique se traduit déjà par des symptômes gastro-intestinaux spéciaux (vomissements bilieux et diarrhée verte), et par un état typhoïde très marqué. Puis, du huitième au quinzième jour, la température tombe rapidement, et l'évolution devient apyrétique ou même hypothermique, en même temps que reparaissent des vomissements verdâtres accompagnés de hoquet, de divers érythèmes d'origine toxique, de dyspnée de même ordre, de délire et de coma : la mort survient du quatorzième au dix-septième jour.

A côté de cette forme hépatique de Roger, il faut réserver une place à une *autre forme hépatique*, celle-ci *accompagnée d'ictère grave* (Sabourin) ou *pseudo-grave* (Griesinger), suivant qu'il entraîne la terminaison fatale ou non : mais ici l'ictère n'apparaît qu'à la période d'état d'une dothiénentérie normale jusque-là, et en réalité on a affaire à une forme commune, au cours de laquelle est survenue une complication hépatique.

Le *diagnostic* de ces formes de dothiénentérie, dans lesquelles un organe lésé impose d'emblée sa symptomatologie spéciale, est souvent difficile : cependant, en présence d'un processus aigu méningé, rénal ou hépatique, duquel on ne pourra suffisamment dégager l'étiologie primitive ou secondaire, il faudra toujours penser à la possibilité d'une fièvre continue, et en rechercher soigneusement les symptômes, en même temps qu'on fera l'épreuve du séro-diagnostic. On dépistera souvent ainsi une dothiénentérie anormale.

d. Forme septicémique généralisée. — Sous ce nom, MM. Vaillard et Vincent (1) ont décrit une forme d'infection éberthienne, dans laquelle le bacille se répand dans tout l'organisme, et détermine la mort sans altérer la muqueuse intestinale. Cette septicémie éberthienne a d'ailleurs été reproduite expérimentalement chez les animaux, par MM. Chantemesse et Widal (2), et retrouvés par eux, ainsi que par d'autres auteurs (Neuhauss, Éberth) chez des fœtus provenant de femmes ayant avorté au cours d'une fièvre typhoïde.

On peut distinguer, à cette forme septicémique généralisée, deux variétés, l'une *anatomique*, l'autre *clinique*. Dans la première, la symptomatologie est celle d'une dothiénentérie commune, la mort survient, et l'autopsie ne révèle aucune lésion intestinale, mais seulement des lésions infectieuses des autres organes, et la présence du bacille d'Éberth dans ces organes : tels le cas de Banti (3), et celui de Chantemesse et Widal (4).

Dans la seconde variété, le tableau clinique n'est plus celui d'une fièvre typhoïde, mais bien d'une *septicémie généralisée*, avec prédominance des phénomènes nerveux : tel le malade de MM. Vaillard et Vincent qui, outre une hyperthermie marquée, présenta une céphalalgie intense, des douleurs lombaires très vives, de l'excitation cérébrale sans délire, avec air hagard et fixité du regard, et mourut dans le coma, avec des contractures musculaires multiples, onze jours après le début de l'affection.

L'autopsie montra qu'il n'existait aucune altération intestinale; mais tous les organes, congestionnés, et les centres nerveux œdématiés, renfermaient le bacille d'Éberth.

Les faits de ce genre sont rares, et leur *diagnostic* délicat; cependant, la notion des nombreuses formes anormales de la fièvre typhoïde, d'une part, et la possession du procédé de séro-diagnostic de MM. Widal et Sicart, d'autre part, rendent les erreurs plus difficiles. En présence d'une septicémie dont la nature n'est pas évidente, le clinicien ne doit pas hésiter à recourir au séro-diagnostic qui, d'une façon certaine, décidera s'il s'agit ou non d'une dothiénentérie.

e. Forme sudorale. — Décrite pour la première fois par

(1) L. Bodin. Une observation de néphrite dothiénentérique, *Presse méd.*, 1894, p. 233.

(2) A. Robin. *La fièvre typhoïde : essais d'urologie clinique*, Th. de Paris, 1877.

(3) Amat. *De la fièvre typhoïde à forme rénale*, Th. de Paris, 1878.

(4) Didion. *De la fièvre typhoïde à forme rénale*, Th. de Paris, 1883.

(5) Zègre. *La néphrite dothiénentérique*, Th. de Paris, 1893.

(6) H. Roger. De la fièvre typhoïde à forme hépatique, *Presse méd.*, 1900, p. 101.

(1) Vaillard et Vincent, De l'infection par le bacille typhique sans lésions intestinales, Soc. méd. des hôpit., 14 mars 1890.

(2) Chantemesse et Widal. De la septicémie typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890, p. 208.

(3) Banti. *Arch. ital. de biol.*, déc. 1887.

(4) Chantemesse et Widal. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890, p. 209.

Boselli en 1877, cette forme, fréquente en Italie, mais rare dans nos climats, a été étudiée en France par Jaccoud (1).

Elle est caractérisée, dès le début, par une violence toute spéciale de la céphalalgie, un facies vultueux, des yeux rouges et larmoyants. Par contre, les signes ordinaires de la fièvre typhoïde font à peu près totalement défaut : il n'y a pas de diarrhée, pas de bronchite, pas de symptômes cérébraux, pas de prostration; les taches rosées elles-mêmes peuvent manquer.

Avec la céphalalgie, la fièvre et les sueurs constituent à peu près toute la symptomatologie : la fièvre est continue ou subcontinue, entrecoupée d'accès paroxystiques suivis de sueurs extrêmement abondantes.

La défervescence survient au bout de cinq semaines environ, mais les crises sudorales peuvent persister longtemps encore, pendant toute la convalescence.

Le *pronostic* de cette forme est toujours bénin : les complications y sont rares, particulièrement les hémorragies; jamais il ne se fait de perforations intestinales, et on ne connaît pas d'observation de typhoïde sudorale terminée par la mort.

Malgré l'apparence paludéenne que donnent à l'affection les crises fébriles et sudorales paroxystiques, on ne peut faire rentrer cette forme dans la catégorie des fièvres typho-malariennes, dont nous aurons bientôt à nous occuper : en effet, la quinine n'a aucune action sur elle, et d'ailleurs on l'observe parfois à Paris chez des sujets qui n'ont jamais quitté la grande ville, et n'ont jamais eu d'accidents paludéens (Jaccoud).

II

Formes dont le début seul est anormal. — *a*. Fièvre typhoïde a début brusque. — Le début brusque de l'infection typhique, assez fréquent chez les enfants, où il a été signalé par Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Marfan, Sevestre (2), Mercklen (3), est plus rare chez l'adulte.

Plusieurs cas en ont été récemment rapportés par M. Widal (4), par MM. Hirtz, Parmentier, Moutard-Martin, Rendu, Siredey (5), par MM. Sergent et Henry Bernard (6).

Cliniquement, « il s'agit dans ces cas, dit M. Widal, de début brusque de la période d'invasion. Le sujet passe brutalement de l'état de santé complète à l'état de maladie, en brûlant une étape, celle de la période d'incubation. »

Les *symptômes de début* sont, d'une façon à peu près constante, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, un frisson plus ou moins violent, accompagné d'une vive céphalalgie et d'une élévation de température immédiate. Ces symptômes apparaissent brusquement, au milieu d'un état de santé parfait : parfois ils peuvent être assez marqués pour provoquer, quatre ou cinq heures après le début, une perte de connaissance complète (Sergent et Henry Bernard).

Comme *symptômes secondaires*, on peut observer également, mais d'une façon moins constante, des nausées et des vomissements (Sevestre, Widal), une courbature généralisée,

(1) Jaccoud. *Cliniques médicales*, 1885, p. 570; et De la typhoïde sudorale, *Semaine méd.*, 1897, p. 42.

(2) Sevestre. Sur le début brusque dans la fièvre typhoïde chez les enfants, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(3) Mercklen. Discussion, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(4) Widal. Fièvres typhoïdes à début brusque, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(5) Hirtz, etc. Discussion, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(6) Sergent et H. Bernard. Loc. cit.

de vives douleurs articulaires; dans un cas de M. Widal, le malade présenta, dès le premier jour, une diarrhée abondante et une douleur marquée dans la fosse iliaque droite.

Par la suite, la dothiénentérie à début brusque évolue d'une façon bénigne ou maligne, normale ou anormale, comme toute fièvre typhoïde, et sans que le mode de début paraisse influer en rien sur cette évolution consécutive.

L'*étiologie* de cette forme est assez spéciale, et mérite d'attirer l'attention : nous avons vu qu'elle était beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Chez ce dernier, elle est souvent consécutive à un surmenage physique (efforts musculaires prolongés, marches militaires, danse), ce qui explique sa fréquence chez les jeunes soldats [Vincent (1), Rendu]. Le surmenage intellectuel est également en cause dans certains cas (Parmentier, Siredey). Notons enfin la fréquence de cette forme dans les pays où sévit le paludisme (Vincent).

Le *diagnostic*, facile lorsque la fièvre typhoïde suit une marche normale, devient difficile lorsque l'affection est anormale et comme début et comme évolution : c'est ainsi que la pneumo-typhoïde ou la méningo-typhoïde à début brusque, en imposeront presque constamment pour une pneumonie franche ou une méningite vraie. Aussi, lorsqu'il y aura le moindre doute, devra-t-on s'en rapporter au séro-diagnostic, que M. Widal a montré être très précoce dans les cas de ce genre, puisqu'il peut exister dès le troisième jour de l'évolution.

b. Pneumo-typhoïde. — Suivant la définition de M. Lépine (2), il faut entendre sous ce nom « les pneumonies, d'ailleurs rares, qui marquent le début de la fièvre typhoïde et dont les symptômes dépassent le plus souvent en intensité les symptômes gastro-intestinaux, si bien que la détermination principale de la fièvre semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube digestif ».

Décrite pour la première fois par Dielt en 1855, puis étudiée en Allemagne par Gerharhdt, en France par Parrot et Potain, elle a fait l'objet d'une étude très complète de M. Lépine, que nous avons citée plus haut. Tous ces auteurs admettaient que la pneumo-typhoïde était bien due à une localisation de bacille d'Eberth sur le poumon. Mais plus tard, M. Chantemesse (3), puis M. Netter (4) soutinrent la nature pneumococcique pure de la pneumonie dans ces cas, soit qu'il s'agît d'une pneumonie franche survenant chez un typhique au début, soit qu'il s'agît d'une pneumonie à symptômes typhoïdes.

Les recherches bactériologiques faites sur les exsudats retirés du poumon des typhiques, et le séro-diagnostic, sont venus, dans ces derniers temps, détruire la théorie de la dualité des microbes et montrer que la pneumo-typhoïde était bien due à la localisation simultanée du bacille d'Eberth sur l'intestin et sur le poumon; Bruhl (5), le premier, publia une observation de pneumo-typhoïde, dans laquelle la ponction du poumon donna des bacilles d'Eberth à l'état de pureté, en même temps que le séro-diagnostic affirmait la nature éberthienne de l'infection générale. Une observation

(1) Vincent. Discussion, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(2) Lépine. *Revue de méd.*, 1878.

(3) Chantemesse. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. I, p. 759.

(4) Netter. *Id.*, p. 894.

(5) Bruhl. Bacilles d'Eberth dans le poumon, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 31 janv. 1897.

semblable a été rapportée depuis par MM. Achard et Castaigne (1).

Quoi qu'il en soit de sa nature exacte, la pneumo-typhoïde présente *deux types cliniques* principaux. Dans une première catégorie de faits, le début de l'affection se fait par tous les signes physiques et fonctionnels d'une pneumonie franche, puis au bout de sept à huit jours, les signes pulmonaires disparaissent, et le processus typhoïdique évolue seul et d'une façon normale.

D'autres fois au contraire, les signes de fièvre typhoïde et de pneumonie coexistent dès le début, donnant lieu à un processus combiné ainsi décrit par M. Lépine : « Le malade est pris de malaise, de lassitude croissante, de diarrhée, de fièvre intense; puis quelques jours après, outre la diarrhée de couleur jaune, avec gargouillement et douleur dans la fosse iliaque, il présente des symptômes cérébraux et les signes physiques d'une pneumonie qui, évoluant rapidement, cède la place à une infection typhique bien caractérisée. »

Enfin, l'évolution de la pneumo-typhoïde peut être interrompue par la mort, alors qu'il n'existe encore que des signes pulmonaires, et l'autopsie seule montre les lésions intestinales de dothiénentérie au début.

Le *diagnostic* de cette forme, facile lorsque les signes pulmonaires ont été précédés ou sont accompagnés des symptômes communs de la dothiénentérie, devient extrêmement ardu, lorsque la symptomatologie reste uniquement pulmonaire pendant toute la période de début, et en vérité l'évolution seule de l'affection permet d'en déceler la nature exacte.

c. PLEURO-TYPHOÏDE. — Décrite pour la première fois par Lécorché et Talamon (2), la pleuro-typhoïde est constituée par l'association des signes fonctionnels et généraux classiques d'une dothiénentérie normale, aux signes physiques d'une pleurésie séro-fibrineuse, hémorragique ou purulente.

Dans les observations qui ont été prises pour types de cette forme, notamment dans celles de MM. Charrin Roger (3), dans celle de M. Fernet (4) nous voyons l'affection débuter par de la fatigue, de la courbature, avec céphalalgie et diarrhée; puis au bout de quelques jours surviennent un point de côté et de la dyspnée; examiné à ce moment, le malade présente les signes physiques d'un épanchement pleural, mais avec de la prostration, une température élevée (39 degrés à 40) et des taches rosées. L'affection évolue par la suite comme une dothiénentérie bénigne, ou maligne, et indépendamment du processus pleural.

Le *diagnostic* de cette forme est relativement simple, du fait de la discordance entre les signes généraux et les signes pleurétiques locaux. D'ailleurs l'épanchement pleural peut disparaître au cours de l'évolution, et il sera difficile alors de méconnaître la nature des signes généraux persistants.

En cas de doute, le séro-diagnostic prouverait l'existence d'une dothiénentérie, en même temps que la ponction de la pleurésie pourrait déceler le bacille d'Eberth dans le liquide épanché.

(1) ACHARD et CASTAIGNE. Sur un cas de pneumonie typhoïde à séro-réaction retardée, diagnostiquée par ponction exploratrice du poumon et de la rate, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 11 juillet 1897.

(2) LECORCHÉ et TALAMON. *Études médicales*, 1881.

(3) CHARRIN et ROGER. Présence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique, Soc. méd. des hôpit., 17 avril 1894.

(4) Ch. FERNET. Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth, Soc. méd. des hôpit., 15 mai 1891.

III

Formes associées. — *a.* INFECTION TYPHO-GRIPPALE. — L'existence d'une infection typho-grippale, c'est-à-dire une infection mixte due à l'envahissement simultané de l'organisme par les bacilles d'Eberth et de Pfeiffer, a fait l'objet de nombreuses discussions, et aujourd'hui encore nous ne possédons pas de certitude à cet égard.

Maurice Raynaud (1), Guéneau de Mussy (2), Homolle (3), admettaient que le terrain grippal, constitué par une épidémie de grippe, modifiait l'évolution normale de la fièvre typhoïde. Après eux, plusieurs auteurs publièrent des cas de grippe suivie de fièvre typhoïde : tels les cas de M. Potain (4), de Hardy (5), de Millée (6).

M. Huchard (7), en 1890, mentionne, pour la première fois d'une façon nette, l'évolution simultanée de la grippe et de la fièvre typhoïde. Depuis, cette association microbienne a été admise par Saint-Ange (8) et Ombrédanne (9).

La séro-réaction de Widal est venue jeter quelque lumière dans le débat, mais sans pouvoir l'éclaircir encore complètement : Sabatier (10) dans un travail récent, puis MM. Ménétrier (11) et Widal (12) ont rapporté des observations de grippe suivie de fièvre typhoïde, dans lesquelles le séro-diagnostic, fait à plusieurs reprises, montra qu'il s'agissait dans ces cas de deux infections consécutives, et non pas de deux infections simultanées.

De tout ceci nous devons retenir qu'il existe *deux modalités cliniques* traduisant les rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde.

Dans une première catégorie de faits, *une grippe est interrompue ou suivie par une fièvre typhoïde.* Tels les cas que nous avons cités plus haut, tels encore ceux rapportés par M. Potain (13), par MM. Rendu et Siredey (14). Il s'agit alors de malades qui, de dix à trente jours environ avant l'apparition des taches rosées, ont présenté des signes de grippe plus ou moins accentués; tantôt c'est en pleine évolution grippale que surviennent les signes physiques et fonctionnels de la dothiénentérie, et qu'apparaît la séro-réaction ; d'autres fois, l'évolution grippale est complètement terminée et le malade est apyrétique depuis un ou deux jours, lorsque la température se relève progressivement, en même temps que se montrent les symptômes typhiques.

Dans un second groupe de faits rentrent les cas d'*infection dite typho-grippale* : la réalité de cette infection mixte n'a pas

(1) M. RAYNAUD. Caractères de l'épidémie actuelle de grippe, *France méd.*, 1876.

(2) GUÉNEAU DE MUSSY. *Cliniques médicales*, 1876.

(3) HOMOLLE. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. FIÈVRE TYPHOÏDE.

(4) POTAIN. Grippe : fièvre typhoïde intercurrente, *Gaz. des hôpit.*, avril 1881.

(5) HARDY. Fièvre typhoïde survenue pendant le cours d'une grippe, *Cliniques*, 1881.

(6) MILLÉE. *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à début grippal*, Th. de Paris, 1884.

(7) HUCHARD. La grippe, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1890, nº 1.

(8) SAINT-ANGE. Infection typho-grippale, *Arch. méd. de Toulouse*, août 1895.

(9) OMBRÉDANNE. *Grippe et fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1897.

(10) SABATIER. *Rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1899.

(11 et 12) MÉNÉTRIER, WIDAL. Discussion, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(13) POTAIN. Six cas de fièvre typhoïde consécutive à la grippe, Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1900.

(14) RENDU, SIREDEY. Discussion, *Id.*

encore été prouvée par la bactériologie, et cependant elle semble ressortir assez nettement de la lecture d'une observation de Sevestre (1), et de plusieurs autres rapportées par Saint-Ange et Ombrédanne.

Ce dernier auteur résume ainsi les caractères de l'infection typho-grippale : « En résumé, signes de grippe plus ou moins bien caractérisés pendant la période de début, généralement longue et traînante. Au bout de quelques jours élévation de température inattendue. Le pouls augmente de fréquence, puis apparaissent les uns après les autres les signes de dothiénentérie. Mais c'est une fièvre typhoïde batarde, mal caractérisée ; la température présente des oscillations inaccoutumées dans cette maladie. Le pouls est petit, il est très fréquent, phénomène anormal dans l'évolution de l'affection dothiénentérique. »

Tantôt la guérison se fait, mais la convalescence est très longue. Tantôt la mort survient, après un cortège de symptômes infectieux graves, à prédominance pulmonaire et cardiaque.

Le *pronostic* différent de chacune des deux formes que nous venons d'étudier, paraît encore être une preuve de leur nature différente. En effet, M. Potain, et après lui M. Widal ont signalé la bénignité presque constante de la grippe suivie de dothiénentérie. Au contraire, le pronostic de l'infection typho-grippale est le plus souvent grave, et la mort termina la plupart des cas auxquels nous avons fait allusion plus haut.

Ce que nous avons dit des symptômes de l'affection nous dispense d'en faire longuement le *diagnostic* : en pratique, une seule erreur peut-être commise, consistant à faire de ce processus traînant et à symptomatologie surtout pulmonaire une phtisie aiguë. Le séro-diagnostic, qui est de règle dans tous les cas de tuberculose aiguë douteux, jugera la question.

b. Typho-malarienne. — Comme l'infection typho-grippale, l'infection mixte typho-malarienne possède, en l'absence de preuves bactériologiques certaines, une réalité clinique indiscutable.

Entrevue par Maillot (1836), elle a été décrite par Léon Colin, Woodwart (2) et surtout Kelsch et Kiener (3).

De multiples modalités cliniques de cette infection mixte résultent du rôle réciproque de chacun des agents infectieux en présence. Nous ne décrirons ici que la typho-malarienne vraie, celle qui est due à l'adjonction du virus typhique au virus malarien *en activité*.

La *période de début* consiste en accès intermittents de type variable, qui se transforment peu à peu en fièvre continue. Dans une seconde période, *période d'état*, tous les signes de la fièvre typhoïde font leur apparition en même temps que persistent l'anémie, le gros foie, la grosse rate, et l'allure intermittente de la fièvre. Enfin, la guérison survient au quatrième septénaire le plus souvent : la convalescence est longue, et parsemée d'accès fébriles.

Mais le *pronostic* n'est pas toujours aussi bénin, et la mort peut survenir, du fait d'une aggravation de la fièvre typhoïde ou d'une complication de nature typhique, à moins qu'elle ne résulte d'un accès pernicieux d'origine palustre.

(1) Sevestre. Fièvre typhoïde à marche anormale, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 26 juin 1873.

(2) Woodwart. Cong. de Philadelphie, 1876.

(3) Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds.*

Comme on le voit, chacune des deux infections en présence apporte à l'infection mixte ses facteurs de gravité, d'où le pronostic assez sévère de cette forme.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET CLINIQUES

SUR QUELQUES CAS DE BRONCHO-PNEUMONIE AIGUE

Par M. Rosenthal, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

L'auteur a limité sa thèse aux points sur lesquels il a pu faire des recherches personnelles; ces recherches ont été cliniques et bactériologiques.

En clinique, nous signalerons les points suivants :

1° Une démonstration rigoureuse du fait aujourd'hui classique de la propagation par contagion de la broncho-pneumonie. La malade de l'observation III de la première partie contracte sa maladie en soignant une malade de la salle et meurt d'infection par le même microbe.

2° Une étude historique et critique de la broncho-pneumonie intestinale, nous rappelant la conception de Sevestre, les travaux de Marfan, Nanu, Lesage, Gastou et Renard et aboutissant à cette conclusion que la broncho-pneumonie intestinale garde son anatomie clinique, mais doit être réunie aux autres points de vue, aux broncho-pneumonies ordinaires de l'enfance.

3° Exposé rapide de la broncho-pneumonie latente des nourrissons cachectiques de Marfan, forme clinique nouvelle qui est, selon l'expression de M. Rosenthal *une broncho-pneumonie de vieillard chez le nourrisson*.

Dans l'étude bactériologique nous rappellerons :

1° Dans les chapitres de technique, les divers procédés indiqués pour obtenir les tubes d'agar-sang, milieu de culture excellent pour tous les germes, indispensable pour le cocco-bacille hémophile (cocco-bacille de Pfeiffer), très utile pour les microbes de culture délicate, comme le gonocoque ou le méningocoque de Weichselbaum.

2° Dans les chapitres de bactériologie :

I. L'étude du diplocoque non capsulé d'Achalme et de Rosenthal dont le rôle pathogène ne pourra être déterminé que par de nouvelles recherches. Nous croyons pouvoir affirmer que MM. Rosenthal et Thiercelin le rapprochent de l'entérocoque.

II. La présence d'un bacille anaérobie dans le sang recueilli pendant la vie de la malade de l'observation I (première partie), obèse et atteinte de broncho-pneumonie.

III. Les considérations sur la morphologie variable du pneumocoque de Talamon-Frenkel.

IV. La monographie du cocco-bacille hémophile, dont les conclusions (C. F. Soc. de biol., 6 avril 1900) annulent la spécificité du microbe de Pfeiffer.

V. L'étude de l'entérocoque de Thiercelin. Dans cette étude, qui n'est qu'un travail préparatoire à un mémoire que MM. Thiercelin et Rosenthal publieront plus tard, l'auteur s'attache à montrer comment, de l'étude de deux cas de méningite (*Méd. mod.*, 25 février et 12 juillet 1899), rapprochée de l'étude des formes microbiennes de l'intestin et de l'entérocoque, décrit par Thiercelin, est née la conception de l'entérocoque microbe intermédiaire au pneumocoque et au streptocoque, donc d'un polymorphisme et d'une vitalité extraordinaires, et dont le rôle pathologique considérable s'étend de l'appendicite à la broncho-pneumonie, l'ostéomyélite et la gourme.

(1) Th. de Paris 1900.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(24 AVRIL 1901)

La Société reprend une discussion déjà ancienne sur la **suture nerveuse**. M. Reynier rappelle le cas qu'il a déjà cité et qui se rapporte à un homme ayant eu le médian et le cubital coupés. Les nerfs ont été suturés et les fonctions du membre n'ont été rétablies qu'après six mois de massage et d'électrisation. Il cite un autre cas dans lequel il s'agit d'un forgeron qui s'est tranché le radial avec un fer rougi à blanc. M. Reynier fit la suture et ici, encore, les fonctions ont été très lentes à se rétablir. Il y a même eu cette particularité que cet homme a présenté une paralysie hystéro-traumatique du cubital du membre opposé. Mais cette paralysie a assez rapidement disparu. Quant au membre primitivement blessé, il n'a recouvré ses mouvements qu'après un an de traitement par le massage et l'électrisation. Il n'en est plus de même, ajoute M. Reynier, quand on a affaire à de gros nerfs pouvant être réunis immédiatement après la section. Il a, par exemple, obtenu un très bon résultat après la suture du nerf poplité externe faite dans ces conditions.

M. Reynier doit revenir sur cette très intéressante observation, sur laquelle il est d'accord avec MM. Quénu, Poirier et Delbet.

M. Routier cite plusieurs cas de sutures nerveuses qu'il a faites tardivement et dans lesquels le retour complet des fonctions n'a eu lieu que huit ou dix mois après. Il signale cette particularité que, chez deux de ces malades, il y a eu des troubles trophiques qui ont disparu au moment même où se faisait le rétablissement des fonctions.

Dans une séance de mars 1900, M. Picqué posait à la Société ces questions: La **résection diaphysaire typique** doit-elle être conservée? Quelles sont ses indications? Doit-on toujours lui préférer l'esquillotomie économe?

M. Delorme vient aujourd'hui répondre à ces diverses questions. Il pense que le meilleur moyen de se rendre compte du degré d'utilité et d'opportunité de la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu (c'est-à-dire de l'ablation de toutes les esquilles libres et adhérentes et de l'excision des extrémités des deux fragments de la fracture), c'est de rechercher quel était le but poursuivi par ceux qui ont imaginé ou pratiqué, les premiers, ces opérations.

Le but qu'ils poursuivaient était de *simplifier* le foyer de la fracture en vue de prévenir ou de limiter les accidents suppuratifs graves qui compliquaient le plus grand nombre des fractures par coup de feu.

Pour eux, les esquilles libres, impropres à servir à la constitution du cal, ne pouvaient qu'irriter le foyer de la fracture et provoquer la suppuration.

Quant aux extrémités fragmentaires, trop contuses pour reprendre leur vitalité, elles constituaient trop souvent des esquilles *tertiaires* à élimination spontanée ou chirurgicale retardée, englobées dans le cal, susceptibles, comme les esquilles secondaires, de prolonger la suppuration et d'entretenir des fistules dont l'occlusion accidentelle était suivie de phlegmons diffus et d'érysipèle.

On était à l'époque où dans la genèse de la suppuration, on attribuait la plus large part aux irritations mécaniques. Il semblait donc tout indiqué de réduire le foyer de la fracture à une plaie de parties molles avec fragments nettement avivés.

M. Delorme fait ici un examen critique très serré et très détaillé de la pratique de nos devanciers et, rappelant les modifications profondes apportées à la chirurgie actuelle, par l'antisepsie, il donne les raisons pour lesquelles il ne pense pas que la résection diaphysaire doive être conservée.

Il termine son argumentation par les propositions suivantes :

« En résumé :

1° La résection diaphysaire primitive, appliquée aux fractures par balle est une opération qui ne relève plus que de l'histoire de la chirurgie d'armée ;

2° Son but, qui était de prévenir ou de limiter des accidents suppuratifs, n'est plus à poursuivre avec les procédés actuels de guérison des fractures par les balles et nos modes de traitement ;

3° Elle sacrifie les esquilles adhérentes au périoste qui sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus étendues et qui contribuent si activement à la formation du cal ;

4° Remplaçant par deux surfaces horizontales les quatre surfaces obliques des fragments des fractures par perforation — les plus communes — elle réduit de 3/5 l'étendue de la réparation fragmentaire, expose à la pseudarthrose ou aux retards de consolidation et prolonge le traitement ;

5° Alors que la balle n'avait pas produit de perte de substance circonférencielle, mais seulement une perte de substance partielle, la résection diaphysaire supprime des fragments, une portion osseuse de 4 à 20 centimètres (si l'on veut atteindre les limites des lésions) ; modifiant les rapports d'étendue des muscles et des os, elle trouble le fonctionnement des premiers et, pour le membre inférieur, rend la marche difficile ;

6° La résection diaphysaire primitive appliquée aux fractures par balles est, pour moi, une opération à abandonner comme pratique générale ;

7° J'ajouterais même, sans m'étendre sur les considérants de cette formule thérapeutique que j'ai développée ailleurs, que les résections diaphysaires secondaire et ultérieure doivent rester des opérations d'exception que remplacent avantageusement l'évidement ou l'esquillotomie portant sur quelques esquilles ou portions d'esquilles et sur des extrémités fragmentaires ou des lamelles nécrotiques détachées des bords des fissures. »

M. Chauvel, qui a pu juger pratiquement la question pendant la guerre de 1870, déclare qu'il se range absolument à l'opinion exprimée par M. Delorme.

Nous revenons ensuite à la **cocaïnisation lombaire**. M. Chaput y a eu recours 57 fois, il n'a pas eu d'accident graves, mais ils a souvent constaté de sérieux inconvénients, surtout chez les femmes : accélération extrême du pouls, angoisse respiratoire, céphalalgie plus ou moins persistante, vomissements, etc. Aussi M. Chaput conclut-il que :

1° L'anesthésie lombaire est préférable à l'anesthésie générale pour les vieillards, les cachectiques, les pulmonaires, les maladies viscérales, les opérations sur le poumon.

2° En raison de l'absence de shock et de réactions sur le poumon et les reins, elle est supérieure à l'anesthésie générale pour la plupart des opérations sous-xiphoïdiennes, chez l'homme et chez les femmes calmes et courageuses.

3° Elle paraît moins satisfaisante que l'anesthésie générale chez bon nombre de femmes jeunes et nerveuses.

4° Elle est contre-indiquée chez les enfants, les sujets très nerveux, pour les laparotomies difficiles.

5° Pour les opérations sus-xiphoïdiennes, elle paraît moins avantageuse que l'anesthésie générale (nécessité des doses élevées, anesthésie tardive, durant peu, infidèle).

Signalons deux rapports, l'un de M. Chauvel, sur un travail de M. Delamare, relatif à la **sclérotomie parascléroticale** qui aurait des avantages sur la sclérotomie habituelle, l'autre de M. Peyrot, sur trois cas de **corps étrangers du larynx**, communiqués par M. Moure (de Bordeaux). Dans un cas c'est une épingle à cheveux aspirée et s'arrêtant dans le larynx. A l'aide d'une pince laryngienne, cette épingle a pu être retirée. Dans un second cas, c'est un anneau de corset fixé dans le larynx d'une fillette de cinq ans : thyroïdotomie, extraction du corps étranger, réunion au catgut de la plaie thyroïdienne. Troisième cas : une femme de quarante-cinq ans, avalant une grosse épingle qui, de la trachée, passe dans le poumon; expectoration sanglante; sous l'influence d'un violent effort de toux le corps étranger revint dans le larynx d'où il put être extrait.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des furoncles et de la furonculose, d'après L. Leistikow (de Hambourg).

Dans le beau *Traité de thérapeutique des maladies de la peau*, dont M. J. Darier vient de nous donner une traduction (1) annotée d'une façon si utile pour le praticien, on remarque très nettement le souci du dermatologiste allemand de mettre en première ligne le traitement local, en s'inspirant de ce principe « que la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne ».

Le traitement préconisé pour les furoncles et la furonculose est intéressant à connaître, bien que dans la pratique il semble préférable de s'en tenir à la manière de faire de M. J. Darier, que nous rapportons plus loin.

L'emploi de l'emplâtre mercuriel phéniqué, recouvert de cataplasmes chauds fréquemment renouvelés, paraît, à M. Leistikow, le traitement de choix.

Dans quelques cas où l'emplâtre mercuriel phéniqué n'a pas été supporté, il a cependant obtenu d'excellents résultats en badigeonnant le furoncle avec de la pâte de zinc renfermant 5 ou 10 p. 100 de résorcine. Ce traitement réussit rapidement d'ordinaire à hâter la suppuration et, avec elle, l'élimination du bourbillon.

Contre l'œdème secondaire, les emplâtres ichtyolés sont plutôt indiqués.

« Bulkley est opposé aux cataplasmes chauds et recommande les applications de pommade à l'ergotine :

Ergotine	8	grammes.
Oxyde de zinc	4	—
Pommade émolliente	32	—

Mayet préconise la formule suivante :

Diiodoforme	2gr50
Chlorhydrate de cocaïne	0gr50 centigr.
Acide oléique	2 grammes.
Vaseline	50 —

Quant aux *interventions opératoires*, nous mentionnerons tout d'abord l'incision simple ou cruciale, les injections hypodermiques phéniquées à 3 p. 100, recommandées par Wolff, et le curetage du bourbillon que pratique Lassar; Scharff n'a recours à cette dernière méthode qu'après anesthésie préalable faite d'après la technique de Schleich.

Dans la furonculose multiple on peut aussi prescrire les emplâtres mercuriels phéniqués et les cataplasmes chauds. Il est particulièrement efficace de faire précéder leur application d'une pulvérisation à l'éther résorciné.

Je considère comme très important de faire prendre des bains complets, et recommande de préférence les bains simples non médicamenteux, avec frictions au savon noir.

Comme traitement consécutif et pour empêcher les récidives, de même lorsqu'il n'existe plus que quelques furoncles qu'on aura recouvert d'emplâtre mercuriel phéniqué, je fais oindre tout le corps après le bain avec du gélanthe soufré à 10 p. 100. »

Tel est le traitement local, d'après Leistikow. Quant au traitement général, il le mentionne pour mémoire et ne semble pas connaître l'heureuse influence de la levure de bière sur la furonculose.

Il semble donc que le praticien ait avantage à s'en tenir au traitement que conseille en note M. Darier :

« *Furoncles naissants.* — Tenter le traitement abortif par de larges badigeonnages de teinture d'iode ou par les pulvérisations d'éther résorciné à 5 p. 100; s'il a échoué, ponctionner le furoncle au thermo-cautère.

Furoncles ouverts. — Pulvérisations chaudes de solution aqueuse de phénol à 1 p. 100 ou de résorcine à 3 p. 100, deux ou trois fois par jour; dans l'intervalle, pansement humide occlusif avec compresses imbibées des mêmes solutions.

Furoncles évacués. — Continuer les pulvérisations et recouvrir d'emplâtre rouge de Vidal.

Furonculose. — Examiner les urines et mettre au régime s'il y a glycosurie. Bains sulfureux fréquents; lotions au savon de naphtol soufré et lotions alcooliques. Régime. Désinfecter les vêtements sans oublier les vêtements de sport. Cure à Uriage.

Le traitement par la *levure de bière* sur lequel Brocq a récemment attiré l'attention, donne dans la majorité des cas de furonculose des résultats surprenants; en trois jours les douleurs et la tension cessent, l'inflammation se résout, les furoncles en évolution avortent et cessent de se multiplier. On donne de trois à huit cuillerées à café par jour de levure de bière fraîche; on trouve dans le commerce des extraits de cette levure qui se montrent efficaces aussi.

D'après mon expérience, la *levure de grain* est presque aussi active, mais doit être prise à dose plus forte. On doit continuer l'usage de la levure un certain temps.

L'action de la levure se manifeste aussi dans d'autres *affections suppurées de la peau*; je citerai notamment l'*hidrosadénite axillaire*, affection d'ordinaire si désespérante par ses récidives. »

(1) Paris 1901, Rueff, édit

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie gynécologique (1), par Paul Petit.

M. Paul Petit vient de publier un beau livre, écrit avec méthode avec un plan de travail bien conçu, d'un style net et précis comme il convient à un livre d'anatomie.

Dans ce livre, œuvre qui a dû être difficile et longue, l'anatomie de l'appareil génital de la femme est étudiée d'après des monographies récentes de Farabeuf, Cerf, Pierre Delbet et Fredet.

Nous n'entreprendrons pas d'analyser cet ouvrage utile à l'anatomiste et au chirurgien, par des nombreuses considérations cliniques et opératoires. Signalons l'étude du dartos, de l'appareil caverneux, de la glande vulvo-vaginale et du plancher uro-génital, « périnée des accoucheurs, » de la loge de Retzius, du ligament rond, etc.

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, Carré et Naud.

Mais c'est surtout la seconde partie du livre, celle où est décrite l'excavation pelvienne, qu'il faut lire et méditer. C'est là qu'on trouve l'étude minutieuse de ce feuillet aponévrotique si justement désigné par Farabeuf sous le nom de « cache-vaisseaux » et qui domine toute l'histoire de la topographie vasculaire du bassin de la femme.

32 figures originales, dessinées d'après nature avec le plus grand soin, ont la valeur de documents.

En résumé, cette anatomie gynécologique est une œuvre excellente où l'auteur a fait preuve de qualités d'anatomiste et de gynécologue expérimenté.

Le traitement médical des maladies des femmes (1), par MM. A. Robin et P. Dalché.

Dussent les chirurgiens en frémir, il existe encore un traitement médical des maladies des femmes! Hâtons-nous cependant de leur rendre ce qui leur appartient, car ce serait une injustice et une puérilité de ne pas reconnaître les éminents services que peut rendre la chirurgie en pareil cas. L'intervention opératoire, devenue, grâce aux progrès modernes, plus audacieuse et plus sûre, a tout à fait changé l'évolution et le pronostic de certaines affections, dont la marche était considérée par nos prédécesseurs comme indéfinie ou incurable. Le premier devoir du médecin est de faire comprendre à ses malades la nécessité d'une intervention chirurgicale et de savoir la leur imposer aussitôt que les circonstances l'exigent. Mais toutes les maladies de l'appareil génital sont loin de réclamer fatalement une grande opération. Appelé dès les premiers jours, le médecin a dû porter son diagnostic, donner ses soins en conséquence, et s'efforcer par tous les moyens dont il dispose d'amener la guérison, c'est-à-dire d'éviter l'intervention sanglante. Nombreux cas de gynécologie dans leurs premières phases ne comportaient pas une opération qui nous offre plus tard une suprême ressource; mais alors il ne faut pas la repousser systématiquement ou même s'attarder et perdre un temps précieux. Par contre, certains cas, pendant toute leur durée, ne demandent que des soins médicaux, car tout autre traitement reste devant eux inutile et sans objet. La gynécologie, au même titre que les diverses branches de la pathologie interne, doit être familière au médecin, non seulement pour qu'il soit à même de diagnostiquer une fausse utérine d'une véritable utérine, mais afin qu'il puisse combattre les accidents, prévenir les complications et conseiller des procédés plus radicaux dès qu'il juge ses prescriptions insuffisantes.

De la collaboration de MM. Robin et Dalché est née une œuvre considérable et du plus haut intérêt. Ils n'ont pas cherché — avec grande raison — à réunir et à discuter tous les moyens que l'on a préconisés en gynécologie médicale. Ils se sont efforcés d'expliquer très simplement et très clairement ce qu'ils ont l'habitude de faire et de conseiller dans la plupart des cas qui se présentent en pratique. Ils ont en tout cas pleinement réussi.

Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses (2), hygiène et prophylaxie, par M. Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt, et P. Cololian, ancien interne des asiles d'aliénés.

Les traités didactiques sur les maladies nerveuses et mentales sont nombreux; mais ils sont tous consacrés surtout à l'étiologie, à la symptomatologie et au diagnostic. Les questions de traitement qui intéressent surtout les praticiens ne sont exposées nulle part avec des développements suffisants. Il faut savoir gré à M. P. Garnier, dont la compétence est si grande sur la matière, grâce au champ d'observation si vaste qu'il trouve à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, de publier ce nouveau *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*. Voici le plan du livre :

Après un historique détaillé des psychoses et des névroses, il s'est attaché à montrer l'organisation d'un asile modèle, avec application libérale et logique du non-restreint, de l'alitement et de l'open-door.

Tout ce qui a rapport à cette trilogie hospitalière, l'asile clinique, pour les aliénés ordinaires, l'asile de sûreté pour les aliénés dits criminels, l'asile-prison, destiné aux condamnés devenus aliénés en cours de peine, est examiné attentivement.

On y trouvera aussi l'étude des asiles d'alcooliques, d'épileptiques et d'hystériques, et ceux pour les enfants idiots et dégénérés.

La question de l'alimentation forme l'objet d'un chapitre spécial.

Vient ensuite l'étude des agents thérapeutiques : certains médicaments sont plus étroitement adaptés aux conditions mêmes des perturbations du système nerveux; les sédatifs, les hypnotiques, les stupéfiants, les médicaments nervins, toutes substances constituant l'arsenal spécial du neuropathologiste, devaient être et ont été, en effet, l'objet d'une étude particulière; les agents physiques, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité jouent également un rôle important; agents chimiques et agents physiques ont leurs indications et contre-indications qu'il était nécessaire de bien préciser.

Le traitement des différentes psychoses vient ensuite : manie, mélancolie, folie intermittente, délires de persécution, psychoses toxiques (alcoolisme et morphinisme), folies organiques (paralysie générale, démence et complication).

L'épilepsie, l'hystérie et la neurasthénie sont des psycho-névroses, qui entretiennent des rapports trop étroits avec les maladies mentales proprement dites et sont marquées, trop fréquemment, par la compromission, paroxystique ou durable, des facultés intellectuelles, pour qu'il n'y ait pas eu indication de les comprendre dans cette étude.

D'autres affections, comme la chorée, la maladie de Basedow et la paralysie agitante y ont été adjointes, non pas parce que ce sont de vraies névroses, mais parce que l'usage est de les associer à elles.

Vient ensuite l'étude de quelques symptômes importants : insomnie, idées de suicide, refus d'aliments.

Enfin, l'ouvrage se termine par un exposé des causes et de la prophylaxie des maladies mentales et nerveuses.

Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne (1), par A. Broca, chirurgien de l'hôpital Trousseau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. N° 26 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (M. Critzman, directeur).

Cette monographie est la suite naturelle du volume publié, il y a quelques années, par MM. Broca et Lubet-Barbon sur le traitement des mastoïdites. L'auteur n'a pas voulu donner ici une description didactique et complète de l'oreille moyenne et de ses annexes, mais il a eu pour but de bien mettre en relief les différents repères grâce auxquels le chirurgien marchera à coup sûr, d'insister sur la structure de l'apophyse, sur la disposition de ses cellules, de préciser la situation des organes qu'il est indispensable de ménager. Cette brochure rendra les plus grands services à ceux, toujours plus nombreux, qui savent l'importance d'une intervention opportune et bien conduite dans les suppurations de l'oreille moyenne. De très nombreuses figures (56) illustrent le texte, montrant l'anatomie aux divers

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Rueff.

(2) In-8°, 496 p.. Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8°, 48 p., 56 fig. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

âges, les variations de rapports, les temps opératoires. L'*Œuvre médico-chirurgical* a publié là une œuvre d'ordre tout à fait pratique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Sur la proposition du conseil de santé de Brest, M. le médecin principal Vergos a été distrait de la liste de départ pour six mois à compter du 24 avril courant.

M. le médecin de première classe Castellan, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le contre-torpilleur le *Condor*, détaché en Crète, en remplacement de M. le docteur Pourtal, qui terminera le 27 mai prochain la période réglementaire de service à la mer. M. Castellan rejoindra ce bâtiment à la Sude sur le paquebot partant de Marseille le 25 mai 1901.

Œuvres de mer. — Le nouveau navire-hôpital mixte le *Saint-François-d'Assise* a quitté Saint-Servan le 17 avril faisant route pour Terre-Neuve.

Le *Saint-Pierre* était déjà parti le 23 mars pour les côtes d'Islande.

L'Œuvre se préoccupe de chercher les ressources nécessaires pour armer un nouveau navire-hôpital pour les 5800 pêcheurs français de la mer du Nord dont on n'a pu s'occuper jusqu'ici.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 16e semaine, 1031 décès, chiffre analogue à celui de la semaine précédente (1016) et à la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1056).

La fièvre typhoïde n'a causé aucun décès.

La variole a causé 11 décès, dont 3 dans le quartier de la Gare. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 92, chiffre identique à celui de la semaine précédente, mais plus élevé que celui des semaines antérieures. L'épidémie de variole, tout en restant bénigne, n'est donc pas en voie de diminution.

La rougeole continue à être rare pour la saison. Elle n'a causé que 15 décès, au lieu de la moyenne 32.

La scarlatine a causé 2 décès (au lieu de la moyenne 4), la coqueluche 7 (au lieu de la moyenne 8), la diphtérie 13 (au lieu de la moyenne 9). On voit que ces chiffres sont très voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an, chiffre presque indentique à la moyenne 27. Comme toujours, presque tous ces décès (22) ont eu lieu dans les arrondissements pauvres de la périphérie.

En outre, 40 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 196 décès, au lieu de 176 pendant la semaine précédente et au lieu de 207, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchite chronique, 33 (au lieu de la moyenne 28); pneumonie, 42 (au lieu de la moyenne 54); autres maladies de l'appareil respiratoire, 105 (chiffre identique à la moyenne), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 57 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 235 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 27 décès; la méningite simple, 27; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 41 décès; les maladies organiques du cœur, 57; le cancer a fait périr 61 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 10, la néphrite 26; enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Un cas difficile. — M. Brutails, archiviste départemental, a relevé sur les registres de l'église de Saint-Sève, le curieux procès-verbal ci-dessous, qu'il communique au *Journal de médecine de Bordeaux*.

1725-1759. — Cahiers des baptêmes, mariages et sépultures de l'église de Saint-Sève. — Note à la fin de l'année 1732 : « Je laisse du papier en blan parce que j'en ay pris du nouveau pour l'année 1733; d'autant mieux que, le timbre du papier ayant changé, l'année 1733, il a falu nécessairement laisser celuy-ci et en prendre du nouveau pour ne point encourir les risques d'être condamné à une amande, au cas que mes registres eussent été portés en justice. Je joins icy ce petit mémoire afin que le papier blan qui reste ne donne à personne lieu de croire que j'ay rien omis. Bourgoing, curé. » — Présentation au curé d'un enfant à baptiser : « Cet enfant, qui était un garçon, étoit pour ainsi dire un monstre, car il avoit deux têtes sur un seul corps; mais comme je croyois qu'il avoit deux personnes et par conséquent deux âmes raisonnables parce qu'il y avoit deux têtes, je les baptisé séparément, c'est-à-dire les onctions et autres cérémonies omises parce que le temps pressoit; je jettois de l'eau baptismale sur une des deux têtes qui donnoit des marques de vie en disant : *Ego te baptizo*, etc.; j'en jettois également sur l'autre tette, sous condition qu'il fût en vie, parce que cette tette ne donnoit pas de marques de vie comme l'autre; il expira peu après. Cet enfant fut ouvert par le sr Beynard, maître chirurgien de La Réolle; j'assistois à cette opération et je vis effectivement qu'il n'y avoit qu'une personne ; il y a même lieu de le croire parce qu'il n'y avoit qu'un cœur, un foy, une rate et une poitrine; il est vray qu'il avoit deux estomachs; suivant le raport du chirurgien l'on ne doit pas en douter parce que y ayant deux cols, deux tettes et par conséquent deux conduits, il falloit nécessairement qu'il y eût deux estomachs, qui sont les receptacles des aliments » (2 août 1731).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par Lucien Pron. Un vol. in-8o de 188 p. — Prix : 5 francs. — Paris, J. Rousset, 36, rue Serpente.

Tumeur blanche du genou chez l'enfant, par MM. Phocas et Boeldieu. Un vol. in-8o. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Vade-mecum de poche du jeune praticien et des remplaçants, par M. Roger Hyvert, ancien interne des asiles. Un vol. in-8o, cart. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Nouveau formulaire des spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, à l'usage des médecins, par M. Gautier, ancien interne des hôpitaux, et F. Renault, pharmacien de première classe. Un vol. in-8o de 372 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La lutte contre la tuberculose. La tuberculose est contagieuse, évitable, curable, par Paul Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Un vol. in-18 de 200 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'évolution du pigment, par G. Bohn, agrégé des sciences naturelles, préparateur à la Sorbonne (série biologique Scientia). Un vol. in-8o écu, cart. spécial. — Prix : 2 francs. — Paris G. Carré et C. Naud.

Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications, par M. E. Rolland, chirurgien oculiste à Toulouse. Un vol. in-8o. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — NÉVRALGIE SCIATIQUE GUÉRIE TRÈS RAPIDEMENT PAR LA PONCTION LOMBAIRE ET L'INJECTION INTRA-ARACHNOÏDIENNE D'UNE DOSE FAIBLE DE COCAÏNE, par MM. COURTOIS-SUFFIT et Armand DELILLE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR QUELQUES POINTS D'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC, d'après M. J. CLUZET. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Dosage de l'acide phosphorique et de quelques préparations phosphorées; — Traitement de la chorée gravidique; — Traitement des furoncles et de l'anthrax. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LE DOCTEUR NAPIAS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 27 avril 1901.

Il faut croire qu'il y a plusieurs façons de comprendre les obligations qui nous sont imposées au sujet du secret professionnel.

Deux médecins viennent d'être condamnés, il y a quelques jours, pour avoir méconnu ces justes exigences de la loi, et presque en même temps, dans les colonnes d'un important journal quotidien, s'étalait la narration de la dernière maladie d'un homme politique actuellement célèbre.

Pour se disculper le confrère, auteur de l'article, argue qu'il est délié par son malade du secret professionnel. Or le confrère qui signe l'article n'est pas le premier venu, et le malade passe pour un de nos meilleurs jurisconsultes. L'un et l'autre ont méconnu la loi, qui est formelle; des arrêts multiples de la Cour de cassation en font foi aujourd'hui. Nul, pas même le tribunal, ne peut relever le médecin du secret professionnel. Et même un arrêt récent de la Cour de cassation vient d'annuler un jugement condamnant une fille accusée d'infanticide, uniquement sur ce fait que le seul témoignage à charge provenait de la déclaration d'un médecin appelé à donner ses soins à l'accusée. La Cour décida que les juges ne pouvaient faire état d'une déposition qui en droit n'aurait pas dû avoir lieu, et bien que cette déposition eût établi le preuve du crime, la Cour la déclara irrecevable et cassa le jugement.

Quand, il y a quelques années, un de nos confrères, sollicité par la famille d'un artiste défunt, fit connaître que le mal auquel avait succombé son client était non la « vérole », comme on l'avait dit à tort, mais une « tumeur maligne », le parquet poursuivit d'office et notre confrère fut condamné.

A ce moment, cette condamnation fut très critiquée et considérée comme étant d'une excessive sévérité. Mais la rigueur des tribunaux ayant persisté à propos de faits semblables, la jurisprudence parut définitivement assise; cette inviolabilité absolue du secret professionnel devint pour tous une règle intangible et supprima dès lors toute hésitation dans des cas autrefois difficiles.

Or, ce fait nouveau, toléré par la justice, remet tout en discussion et rétablit l'équivoque. Il est donc des cas où le médecin peut être relevé du secret professionnel? La qualité du malade ou la valeur du médecin sont-elles spécifiées par la loi? Dans quel cas l'indiscrétion sera-t-elle tolérée? Dans quel cas sera-t-elle punie?

La réponse est simple. La foule des médecins continue à être tenue au secret professionnel vis-à-vis de la masse des malades. Mais dans notre pays égalitaire, il y aura toujours deux poids et deux mesures, et la fable du bon La Fontaine restera toujours vraie.

Il faut donc considérer que le cas auquel nous faisons allusion n'est qu'une exception personnelle, qui doit renforcer la règle établie pour tous.

NÉVRALGIE SCIATIQUE

GUÉRIE TRÈS RAPIDEMENT PAR LA PONCTION LOMBAIRE ET L'INJECTION INTRA-ARACHNOÏDIENNE D'UNE DOSE FAIBLE DE COCAÏNE

Par MM. COURTOIS-SUFFIT et Armand DELILLE.

Le succès récent obtenu par MM. Marie et Guillain dans un cas de sciatique aiguë par l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne, l'innocuité parfaite de cette méthode thérapeutique nous ont engagés à la tenter chez une malade atteinte de sciatique aiguë. Le résultat heureux se manifesta d'une façon prodigieusement rapide et, à ce point de vue au moins, il est intéressant de le faire connaître.

Mme R.., journalière, âgée de quarante-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 13 avril. Elle se plaint de douleurs violentes siégeant dans tout le membre inférieur droit. Ces douleurs auraient débuté assez brusquement, il y a huit jours (le 7 avril); le lendemain (8 avril), la marche était devenue presque impossible. Pendant toute la semaine suivante, l'état reste sensiblement le même. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate les signes classiques de la sciatique aiguë : points douloureux avec leur siège bien connu : rétro-trochantérien, péronier, le long du trajet du nerf tibial antérieur, et sur le dos du pied. Le signe de Lasègue existe de la façon la plus manifeste. L'autre jambe est absolument indemne. Il n'y a rien de spécial à signaler chez cette malade en dehors de cette sciatique aiguë et récente. Pas de stigmates d'hystérie.

Plusieurs pulvérisations de chlorure de méthyle restent, à l'encontre de ce qui s'observe d'habitude, sans effet.

Le 24, on pratique la ponction lombaire dans le troisième espace. On retire 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et on injecte de suite 0g005 milligrammes de cocaïne. Le résultat ne se fait pas longtemps attendre. *Deux minutes* après l'injection, la malade se lève et marche correctement sans douleur; elle n'accuse plus qu'une légère sensation douloureuse sur le dos du pied. Dans la journée même elle peut marcher, sans fatigue, pendant une heure. (Or, avant l'injection, cette malade ne pouvait littéralement pas mettre le pied par terre, sans être en proie à des douleurs très vives.) Deux jours après l'injection, l'amélioration persistait complète; la malade marche avec la plus grande facilité et sans fatigue. Seule persiste encore la douleur du dos du pied.

Nous insistons surtout, non seulement sur l'amélioration qui suivit l'injection, mais sur la remarquable rapidité avec laquelle cette amélioration est survenue. Ce fait vient à l'appui de l'observation publiée par MM. Marie et Guillain. Il démontre l'incontestable utilité de cette méthode thérapeutique, dont la mise en œuvre est relativement facile et presque tout à fait indolore.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES
SUR QUELQUES POINTS D'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC

D'après J. Cluzet (1).

On pensait autrefois qu'il n'existait qu'une réaction de dégénérescence, et la réaction de dégénérescence telle que Erb l'avait décrite s'appliquait surtout à la dégénérescence traumatique des nerfs. Mais les traumatismes ne sont pas les seuls cas qui s'accompagnent d'altérations profondes des éléments nerveux et musculaires, et l'on peut dire actuellement qu'il y a, non une réaction de dégénérescence, mais des réactions de dégénérescence, ou mieux encore que la réaction de dégénérescenoe n'est qu'un syndrome; et M. Doumer a pu dire qu'il n'y a pas qu'une seule formule de réaction de dégénérescence mais qu'il y en a plusieurs, différentes les unes des autres par leurs éléments constitutifs.

L'auteur a d'abord recherché la réaction de dégénérescence après section nerveuse. Il a procédé à une étude expérimentale très complète sur des grenouilles, des lapins et des chiens. Si l'on rapproche les résultats obtenus expérimentalement des réactions formant le syndrome classique observé en clinique et décrit sous le nom de « réaction de dégénérescence », on constate que ces réactions se trouvent toutes parmi les résultats obtenus par l'auteur. Mais M. Cluzet a constaté deux anomalies qui ne sont pas mentionnées dans les tableaux classiques de la réaction de dégénérescence.

Ces deux anomalies sont : 1° l'inversion de la formule à l'excitation du tronc nerveux immédiatement après la section; 2° le déplacement du point d'élection survenant dès que le tronc nerveux n'est plus excitable. Pourquoi donc ces réactions n'ont-elles pas été mentionnées au tableau classique de la réaction de dégénérescence? On a nié longtemps la possibilité d'une inversion de la formule sur un tronc nerveux. Mais Pekelharing et Winkler, au cours de leurs recherches celèbres sur le béribéri, ont signalé des cas où l'excitabilité des troncs nerveux était quotidiennement anormale. Si cette inversion n'a pas été signalée par ailleurs, c'est qu'elle n'a pas été recherchée au moment où elle doit apparaître, elle doit en effet suivre immédiatement la section.

(1) Th. de Toulouse 1900.

Quant au déplacement du point d'élection il a été observé en clinique dans ces dernières années par Wertheim-Salomonson, qui a découvert cette anomalie dans la paralysie faciale, et par Doumer, Ghilarducci et Huet, qui l'ont décrite sous le nom de réaction longitudinale.

L'interprétation des réactions élémentaires qui constituent le syndrome de la section nerveuse sont difficiles à expliquer. On sait, d'après les recherches de Stephan Apathy, que la fibre nerveuse ne se termine pas à la plaque motrice mais qu'elle pénètre dans la fibre musculaire qu'elle enserre : le muscle n'est donc en quelque sorte que l'organe terminal du nerf; on ne peut donc admettre que le muscle peut être excité pour son propre compte, alors que le nerf n'est pas encore dégénéré. Or, d'après les dernières recherches de Weiss, les lésions apparaissent en même temps à la plaque motrice et au cylindre-axe des troncs nerveux : la dégénérescence du nerf est donc complète, de la section nerveuse à la plaque motrice. Alors seulement l'excitabilité du muscle peut se produire, mais il faut que le plus grand nombre de fibres musculaires soient traversées par le courant, c'est pour cela que le déplacement du point moteur du muscle se fait vers son extrémité la plus éloignée de l'électrode indifférente.

L'inexcitabilité faradique est facile à concevoir. Bondet (de Paris) et d'Arsonval ont montré, en effet, que le muscle dégénéré demande pour se contracter un courant d'une durée au-dessus de 1/10 de seconde, durée que le courant faradique ne peut plus fournir dans les conditions où on l'utilise en vue de l'électrodiagnostic. Cluzet a cherché les réactions de dégénérescence sur deux séries d'animaux. Les premiers avaient subi des lésions médullaires, les seconds avaient été intoxiqués.

Les lésions médullaires réalisées ont été : la section de la moelle à différents niveaux, la destruction totale ou partielle, l'anémie par embolie des artères lombaires.

La section de la moelle a été suivie d'examens quotidiens pratiqués jusqu'à la mort. On a constaté aussitôt après une inversion légère et passagère de la formule, en même temps que l'hyperexcitabilité galvanique. En plaçant l'électrode active sur le trajet du sciatique ou sur la moelle au-dessous de la section, on constate une inversion des ouvertures seulement, immédiatement au-dessus de la section, et des réactions toujours normales au point moteur des gastrocnémiens.

Après destruction partielle ou totale, on constate une inversion complète et passagère, de l'hyperexcitabilité galvanique (électrode active sur le trajet du sciatique et sur la partie de la moelle non détruite dans le cas de destruction partielle). On constate l'inversion des ouvertures seulement en plaçant l'électrode active immédiatement au-dessous du point où finit la lésion médullaire, et enfin on constate que les réactions demeurent normales au niveau du point moteur du gastrocnémien.

L'ischémie de la moelle montre au niveau du tronc du sciatique de l'hyperexcitabilité, puis le cinquième jour de l'inexcitabilité; au point moteur du jambier antérieur le sixième jour de l'hypoexcitabilité faradique, l'inversion des fermetures au galvanique avec lenteur des secousses.

L'intoxication par la strophantine produit, pour le nerf, l'inversion des fermetures et d'ouverture, l'hypoexcitabilité puis l'inexcitabilité faradique, enfin l'inexcitabilité galvanique.

Le curare provoque sur le nerf de l'hypoexcitabilité gal-

vanique et faradique avec inversion. Au niveau du muscle, il y a une légère hypoexcitabilité, ce syndrome est très différent de celui qu'entraîne la section d'un nerf.

La fatigue produit un syndrome très analogue à celui du curare.

Donc, le syndrome consécutif à la section d'un nerf n'est pas le même que celui qui traduit sa fatigue ou sa curarisation sur le nerf. Le premier contient une hyperexcitabilité au galvanique, le second une hypoexcitabilité sur le muscle. Le premier comporte des modifications qualitatives, tandis que le second n'en comporte pas. Il existe encore beaucoup d'autres différences moins apparentes peut-être mais non moins réelles.

En résumé, malgré la séduisante simplicité résultant de l'emploi du terme réaction de dégénérescence, il faut renoncer à cette appellation inexacte, et quand, à la suite de nombreuses recherches, on aura pour chaque maladie le syndrome électrique, on pourra caractériser d'un mot un examen électrique en disant par exemple : syndrome de la section nerveuse, syndrome de la paralysie infantile, syndrome de l'intoxication par le plomb, etc.

LOUIS DELHERM,
Interne des hôpitaux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(26 AVRIL 1901)

MM. Courtois-Suffit et Armand Delille publient une observation de **névralgie sciatique guérie rapidement par la ponction lombaire et l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne** (voir plus haut.)

M. Frantz Glénard apporte à la Société un long travail de M. Serégé (de Vichy) son élève, sur les localisations lobaires hépatiques. Cette œuvre est considérable et nous n'en pouvons donner que les conclusions. Rappelons que, pour M. Glénard, les variétés de forme du bord inférieur du foie correspondent à la différence de participation des divers lobes du foie au processus pathologique. Alors que l'anatomie permet de décrire quatre lobes au foie, que la percussion n'en distingue que deux, la palpation permet en clinique d'en considérer trois : le lobe droit, le lobe moyen ou cholécystique, le lobe gauche ou épigastrique, séparés l'un de l'autre par les incisures cholécystique et ombilicale. L'expérience a montré, toujours d'après Glénard, qu'il existe une indépendance fonctionnelle des divers lobes du foie, indépendance qui se manifeste aussi vis-à-vis des processus pathologiques.

Les faits rapportés par M. Serégé viennent à l'appui de cette théorie.

La veine porte est le siège d'un double courant et, suivant que l'on injecte les rameaux d'origine de l'une ou l'autre de ses deux branches (mésentérique supérieur recevant le sang de l'iléon et de la première moitié du gros intestin, splénique recevant le sang de la rate et de l'estomac, et, par le mésentérique inférieur, le sang de la moitié inférieure du gros intestin l'injection se dirige dans l'un ou l'autre lobe du foie : les injections par le mésentérique dans le lobe droit; les injections par le splénique dans le lobe gauche. Ces injections ont été pratiquées, chez l'animal vivant anesthésié, avec de l'encre de Chine (dont les particules sont nettement visibles dans le foie).

Le défaut de mélange des deux courants dans le tronc de la veine porte peut s'expliquer par la différence de densité et du point cryoscopique des deux sangs splénique et mésentérique. Cette différence est dans le même sens et en faveur du sang splénique, dont la densité est de 1029 et le point de congélation de 0,85, tandis que des chiffres correspondants pour le sérum mésentérique sont de 1025 et de 0,58.

Le dépouillement dans la littérature médicale, des autopsies où sont signalées les lésions simultanées du foie et de l'intestin, prouve que, dans le territoire de la circulation porte, il existe une relation fonctionnelle étroite entre chacune des branches d'origine de la veine porte et chacun des lobes du foie, la même branche d'origine étant en rapport constant avec le même lobe.

M. Serégé rapporte 24 observations dans lesquelles est nettement spécifié le siège des lésions : 14 cas de dysentérie avec abcès du foie, dans lesquels les ulcérations dysentériques siégeaient sur le territoire de la grande mésentérique et l'abcès dans le lobe droit, 2 observations où la lésion dysentérique occupait la portion rectale et où l'abcès siégeait dans le lobe gauche. Puis viennent 4 observations de cancer, l'une avec néoplasie limitée au rectum et au lobe gauche, l'autre avec néoplasie de l'iléon et du lobe droit, une troisième avec néoplasie du cæcum et du rectum et néoplasie dans chacun des lobes droit et gauche du foie; enfin, une quatrième avec cancer du cæcum et abcès du lobe droit. Enfin, il y a 2 observations de gastrite avec abcès du lobe gauche, 2 observations d'appendicite avec abcès du lobe droit.

Ces faits permettent de conclure à l'indépendance des lobes du foie, à la valeur séméiologique des localisations lobaires et à l'importance de leur détermination clinique, quand elle est possible, dans toute exploration du foie.

MM. Gaucher et Lacapère rapportent une observation d'**actinomycose de la joue**, dont l'étiologie est très spéciale. On sait, en effet, que presque toujours l'étiologie de l'actinomycose est l'infection par les céréales; le champignon est le plus souvent introduit dans l'organisme par une plaie occasionnée par un épi. C'est, de coutume, en mâchonnant des épis ou des tiges de blé ou d'orge que les sujets s'inoculent l'actinomycose. Il est probable que dans le cas actuel la contagion s'est faite directement de l'animal à la malade. Cette particularité exceptionnelle explique peut-être la lenteur avec laquelle évolua l'affection. On a remarqué, en effet, que la virulence de l'actinomycose s'atténuait par les passages d'animal à animal. L'inoculation des animaux en série est impossible. Enfin, dans ce cas spécial, la porte d'entrée paraît située sur la peau de la joue, fait exceptionnel, si l'on se rappelle que tous les cas d'actinomycose humaine ont débuté au niveau de la muqueuse buccale.

M. Gaucher publie, en outre, une observation de **purpura chronique**.

MM. Marcel Labbé et Castaigne rapportent un cas de **néphrite parenchymateuse au cours d'une tuberculose latente**. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la néphrite est restée, pendant un fort long temps, la seule détermination morbide due à une tuberculose latente. C'est une confirmation des assertions de MM. Landouzy et Bernard, qui ont montré que la néphrite parenchymateuse ne se produit pas seulement au cours des tuberculoses anciennes, mais qu'elle peut être une des premières manifestations de la bacillose. Aussi, en présence d'une néphrite de

cette nature, s'il n'existe pas d'étiologie évidente, on sera en droit de soupçonner la tuberculose, et lorsque celle-ci ne sera pas démontrable cliniquement, on pourra avoir recours aux procédés de laboratoire en se souvenant, toutefois, qu'il faut agir avec beaucoup de prudence, les sujets atteints de néphrite supportant mal les injections de tuberculine.

MM. Camus et Pagniez publient une observation d'**hémoglobinurie par urine hémolysante pour les globules humains.**

MÉDECINE PRATIQUE

Posologie de l'acide phosphorique et de quelques préparations phosphorées.

Lorsque l'examen de l'urine, dit M. Joulie (1), indique une légère tendance à l'hypoacidité, il suffit généralement, pour ramener l'acidité normale, de prendre une cuillerée à café, au commencement de chaque repas, soit trois cuillerées à café par jour, de la solution phosphorique suivante :

Acide phosphorique officinal..	68 grammes.
Eau bouillie..................	Q. S. p. 1 litre.

Cette solution est beaucoup trop concentrée pour qu'on puisse l'absorber en nature. Il faut l'étendre de six fois au moins son volume d'eau, en mettre, par exemple, une à deux cuillerées à café dans un verre à bordeaux de liquide, à prendre au commencement des repas.

Lorsque l'hypoacidité urinaire est plus prononcée, il faut doubler la dose : soit six cuillerées à café de la solution précédente à prendre en trois fois, deux au commencement de chaque repas.

Enfin, si l'acidité urinaire est extrêmement faible, il est nécessaire de doubler encore une fois la dose, c'est-à-dire de prendre, par jour, deux cuillerées à café de la solution précédente.

Lorsqu'il faut arriver à ces doses élevées, il est bon de ne les donner que progressivement, de manière à habituer l'estomac à l'acide phosphorique. On commencera donc toujours par une seule cuillerée à café à chaque repas, et on augmentera jusqu'à la dose qui permet d'atteindre le rapport normal dans l'urine du matin.

Il est indispensable de connaître la dose maxima que l'on peut atteindre sans provoquer de désordres graves. Pour M. Joulie, les doses de 4 à 12 grammes d'acide officinal sont inoffensives. L'acide phosphorique est, d'ailleurs, mieux supporté si on lui adjoint un peu de *phosphate acide de soude*. La formule suivante contient la même quantité d'acide phosphorique que la précédente, mais est plus facilement absorbée.

Phosphate de soude pur.....	125 grammes.
Acide phosphorique officinal.	69 —
Eau distillée...............	Q. S. p. 1 litre.

On peut aussi utiliser le *phosphate acide de potasse*, sel non déliquescent, qui peut être livré en poudre ou en dissolution. Ces deux sels présentent le grand avantage de relever l'alimentation en phosphates alcalins et d'augmenter l'acidité. Ils conviennent donc surtout aux malades qu'une phosphaturie antérieure a privés d'une partie plus ou moins importante des phosphates indispensables au bon fonctionnement des cellules. Le phosphate de soude est particulièrement utile au sérum sanguin et le phosphate de potasse aux cellules nerveuses. On aura donc recours à l'un ou à l'autre, ou même au mélange des deux, suivant que l'état pathologique du malade indiquera la prédominance des accidents cardiaques ou de l'affaiblissement du système nerveux.

La saveur de l'*acide phosphorinique* étant beaucoup moins sensible que celle de l'acide phosphorique, certains auteurs ont justement proposé de le substituer à l'acide phosphorique chez tous les malades dont l'estomac est réfractaire à l'emploi de l'acide phosphorique pur.

On a beaucoup vanté récemment les *glycérophosphates*. Assurément les glycérophosphates neutres peuvent être utilisés pour fournir de l'acide phosphorique à l'économie, mais rien ne prouve que leur efficacité soit, à cet égard, supérieure à celle des phosphates alcalins. Il n'en est plus de même des glycérophosphates acides qui, de saveur moins acide que l'acide phosphorique, peuvent être employés pour relever l'acidité générale à la manière des phosphates acides.

Le *phosphore* introduit dans l'économie doit fournir de l'acide phosphorique aux cellules en s'oxydant à leur surface. Mais comment l'employer sans déterminer d'accidents? L'ingestion d'une solution huileuse de phosphore a donné des résultats variables. L'injection hypodermique du même médicament aurait au contraire donné à M. Roussel d'excellents résultats. M. Roussel utilise la formule suivante :

Phosphore pur.......	*quarante centigrammes.*
Eucalyptol..........	20 grammes.
Huile stérilisée.......	Q. S. p. 100 cent. cubes.

Injecter 1 centimètre cube par jour, cinq jours de suite. Suspendre le même temps, puis recommencer. Chaque injection contient 4 milligrammes de phosphore.

Pour M. Roussel, cette médication modifie rapidement l'albuminurie, le rachitisme, la scrofule, la neurasthénie; elle n'est nullement dangereuse; pourtant il serait plus prudent, peut-être, d'abaisser à 10 centigrammes la dose de phosphore pour 100 centimètres cubes, sauf à élever ultérieurement les doses lorsqu'on connaîtra la tolérance du sujet.

M. Roussel a également obtenu de bons résultats en pratiquant des injections hypodermiques de phosphate de soude à la dose de 25 centigrammes par injection. Ces injections tonifient non seulement le tube intestinal, mais encore l'organisme tout entier. Ces bons résultats sont attribués par M. Roussel à la restitution, par le phosphate de soude, de molécules phosphorées aux cellules du cerveau et des divers tissus de nos organes.

L. B.

Traitement de la chorée gravidique.

Le traitement de la chorée gravidique repose, pour M. Oui, sur l'emploi des médicaments calmants ou hypnotiques. Mais auparavant, il faut exiger le calme physique et moral le plus absolu. La malade sera mise au repos, dans une chambre bien aérée, et soustraite avec soin à toutes les causes capables de provoquer des émotions vives. Si les mouvements sont très violents, il sera même indiqué de prescrire l'alitement.

Le médicament calmant qui a été le plus employé pendant de longues années, c'est le bromure de potassium. Il a réussi entre les mains de Jaccoud, de Tarnier, de Vinay.

L'oxyde de zinc et l'extrait de valériane ont donné des résultats très variables. L'hyoscyamine est dangereuse et inconstante. L'antipyrine est formellement contre-indiquée. N'exerce-t-elle pas souvent une action funeste sur le rein, dont l'intégrité est si importante chez les femmes enceintes? L'administration du chloral seul, ou associé au bromure, a souvent été suivie de succès. Mais il faut donner le chloral de « telle sorte que la malade soit plongée dans un sommeil

(1) *Urologie pratique et thérapeutique nouvelle*, Paris 1901, O. Doin.

(1) *Écho méd. du Nord*, 21 avril 1901.

continuel. On ne la réveillera qu'au moment des repas. Le traitement sera continué dans toute sa rigueur jusqu'à ce que l'on constate une amélioration notable. Alors on pourra diminuer les doses; mais le médicament ne sera supprimé que lorsque la chorée aura complètement disparu ». (RICHE. Th. de Paris, 1891.)

Le chloral doit donc être préféré à tout autre médicament; on se trouvera bien de lui adjoindre le régime lacté, qui permettra de lutter contre l'intoxication gravidique. Quant à l'accouchement prématuré ou à l'avortement provoqué, il ne devra être pratiqué qu'après l'échec bien constaté d'un traitement médical intensif (6, 8 et 10 grammes par jour) et lorsque la gravité de la maladie ne laisse pas d'autre espoir de salut. L. B.

Traitement des furoncles et de l'anthrax.

Encore une nouvelle méthode de traitement du furoncle, due, celle-ci, au professeur Thiriar [de Bruxelles (1)]. Elle repose uniquement sur l'emploi de l'oxygène.

Cet emploi ne comporte pas grandes difficultés. Il suffit de se procurer une bonbonne d'oxygène comprimé à 120 atmosphères, et de fixer à la tubulure de la bonbonne un tube en caoutchouc terminé par une aiguille de Pravaz. On règle le débit de l'oxygène, puis, après avoir préalablement aseptisé la région à injecter, on fait les injections dans la tumeur et à sa périphérie en y enfonçant la petite aiguille de Pravaz. Pour un furoncle, une seule injection bien faite à la base de la petite tumeur ou dans son cratère suffit; si le bourbillon existe déjà, on y fait également passer de l'oxygène.

Pour un anthrax volumineux, il faut quatre à six injections qui le circonscrivent. S'il existe déjà de la gangrène, on injecte avec soin de l'oxygène dans tous les pertuis. Sous l'influence de cette médication, les douleurs disparaissent, l'œdème diminue, la dureté ligneuse fond. En un mot, la marche en avant de l'anthrax et du furoncle s'arrête instantanément, la tumeur rétrocède : en quelques jours, tout se cicatrise. L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 6 AU 11 MAI 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Launois et Heim.

1er : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

2e (oral, 1re partie) : MM. Segond, Reynier et Gley.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud et Gaucher ; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 7 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Poirier et Ricard.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Achard.

1er : MM. Rémy, Quénu et Retterer.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Roger et Thiroloix; — (oral, nouveau régime) : MM. Chantemesse, Charrin et Dupré; — (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Campenon, Bonnaire et Thiéry; — (ancien régime) : MM. Brun, Maygrier et Albarran.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Thoinot et Gilbert; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Richelot et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier; — MM. Grancher, Dieulafoy et Marfan; — M. Bouilly, suppléant.

MERCREDI 8 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Hanriot et Gilles de la Tourette.

1er : MM. Delens, Tuffier et Delbet.

2e : MM. Reynier, Retterer et André.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Segond, Poirier et Lepage; — MM. Legueu, Rémy et Varnier.

4e (ancien régime) : MM. Pouchet, Wurtz et Desgrez; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 9 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Gilbert et Chassevant.

1er, *École pratique* : MM. Launois, Poirier et Albarran.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Schwartz, Bouilly et Maygrier; — (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Guyon, Faure et Wallich ; — (2e partie) : MM. Proust, Achard et Roger; — (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Grancher, Ménétrier et Thiroloix; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 10 MAI, à une heure. — 2e : MM. Launois, Hanriot et Gley.

3e (oral 2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Widal et Thoinot.

4e, (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Lejars ; — (2e série) : MM. Segond, Reynier et Walther ; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier ; — M. Tuffier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 11 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Dupré.

1er : MM. Rémy, Ricard et Thiéry.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Joffroy, Achard et Widal; — MM. Hutinel, Ménétrier et Thiroloix; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Debove, Hallopeau et Roger; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Bar; — M. André, suppléant.

LE DOCTEUR NAPIAS

Le docteur Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, vient de succomber à l'âge de cinquante-neuf ans, à une affection organique dont il souffrait depuis longtemps.

Dès le début de son court passage à la tête de l'administration (il n'y a que trois ans, en effet, qu'il avait succédé à M. Peyron), Napias s'était mis de tout cœur à une tâche qui paraissait au-dessus des forces humaines, celle d'apporter un peu d'ordre et d'économie dans le chaos administratif qu'est l'Assistance publique à Paris.

Si la mort ne lui laissa pas le temps d'achever son œuvre, il sut néanmoins, grâce à son esprit de conciliation, secondé par une souplesse toute diplomatique, et un esprit réellement scientifique, éviter bien des conflits avec le corps médical des hôpitaux, ce que n'avaient pas toujours su faire ses prédécesseurs. Il laissera des regrets sincères dans les hôpitaux.

Ancien médecin de la marine nationale, avant de devenir un administrateur distingué, Napias s'était surtout consacré aux études d'hygiène.

En 1877, avec Budin, Dubois, Gubler, Laborde et Pinard, il fonda la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

(1) *Gaz. méd. des sc. de Bordeaux*, 21 avril 1901.

Nommé au concours inspecteur départemental du travail des enfants dans l'industrie, il devint président du conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, du conseil supérieur de l'Assistance publique et enfin, le 12 mai 1898, directeur de l'Assistance publique.

Parmi ses nombreuses publications d'ordre scientifique citons : le *Manuel d'hygiène industrielle ;* l'*Étude et le progrès de l'hygiène en France* de 1878 à 1882, en collaboration avec M. J. Martin ; les *Hôpitaux d'isolement en Europe*; *Hygiène hospitalière et assistance publique*, en collaboration avec M. Martin. Il publia, en outre, un grand nombre d'articles scientifiques se rapportant à l'hygiène, et des rapports sur des missions dont il fut chargé.

Napias était officier de la Légion d'honneur et membre de l'Académie de médecine depuis 1897.

L'incinération aura lieu aujourd'hui mardi à midi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Angers.* — M. Roguet, suppléant, est chargé d'un concours de pathologie interne pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Thibault.

Caen. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1901, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Limoges. — M. Donnet, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Raymond.

Nancy. — M. Potron est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Marine. — M. le médecin de première classe Brochet est nommé, pour une période de cinq ans, professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale à l'École annexe de médecine navale de Rochefort.

M. le médecin de deuxième classe Erdinger, du port de Cherbourg, est désigné pour aller servir sur le *Scorpion*, en remplacement de M. le docteur Ferrandini.

M. le médecin de première classe de Gouyon de Pontouraude, du port de Rochefort, est désigné pour servir au 3e régiment d'infanterie coloniale dans ce port, en remplacement de M. Vivien.

M. le médecin de première classe Mayolle, du port de Lorient, est désigné pour aller servir au 1er régiment d'infanterie coloniale à Cherbourg, en remplacement de M. Damany.

M. le médecin de première classe Galbruner, du port de Rochefort, est désigné pour aller servir au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, en remplacement de M. Bellard.

M. le médecin principal Drago, du cadre de Toulon, actuellement en service à Cherbourg, est désigné pour embarquer comme médecin-major sur l'*Amiral-Baudin* (escadre du nord), en remplacement de M. Esclangon.

Intérêts professionnels. — Le Conseil d'État vient d'annuler un arrêté préfectoral approuvant la plus singulière des délibérations municipales. Un conseil municipal de Corse n'avait-il pas imaginé d'allouer à un médecin un traitement annuel à charge de soigner tous les contribuables ? Cette délibération n'a pas été du goût des contribuables qui ne tenaient pas à créer une sinécure sur leurs propres deniers, ni de deux autres confrères que ce nouveau privilège condamnait à mourir de faim.

Propagande pour nos stations thermales. — Le syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France a adopté avec empressement l'idée que M. le baron d'Estournelles, député de la Sarthe, lui a suggérée de créer un certain mouvement dans notre pays par des conférences qui seraient faites par des professeurs de grande réputation et dans les principales villes et centres importants. Ces conférenciers évitant toutes les questions politiques, personnelles ou locales, s'occuperaient exclusivement des intérêts nationaux, purement économiques. La France étant un des pays les plus riches en eaux minérales, on ferait comprendre aux habitants l'intérêt qu'ils ont dans la prospérité de ces stations, qu'ils doivent tout mettre en œuvre pour y attirer les nationaux et les étrangers.

L'opinion publique, ainsi mise en éveil, chercherait les moyens propres pour exploiter convenablement ces ressources nationales et forcerait ses élus au conseil municipal d'abord, puis au conseil général, enfin à la Chambre et au Sénat, à s'occuper de ses propres intérêts au lieu de faire de la politique pure qui ne sert qu'à diviser et appauvrir le pays.

Et comme première manœuvre de ce mouvement à créer, M. Albert Robin annonce qu'il a fait remettre et appuyer par M. le baron d'Estournelles au ministre des Travaux publics une lettre où il demande que pour certaines villes d'eaux des Pyrénées, de la Savoie, et des Vosges, les compagnies de chemins de fer avancent la date du début des services d'été ; que pour quelques villes d'eaux des Pyrénées et de l'Auvergne la durée des trajets soit abrégée grâce à la suppression ou au raccourcissement de certains arrêts ; que sur tous les trains se rendant aux villes d'eaux, le confortable des wagons soit augmenté. Il serait enfin très désirable que les communications directes entre les diverses stations balnéaires soient facilitées pour l'accomplissement de la « cure complémentaire », qui est aujourd'hui très répandue dans tous les pays de langue allemande, sous la désignation de *Nach Cur* et qui consiste après la cure normale de l'organe, primitivement affecté, dans une cure consécutive des organes secondairement intéressés ou de l'état général [anémie, lymphatisme, arthritisme, etc.]. (*Bull. gén. de thér.*)

Maladies des voies urinaires. — M. Desnos reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 3 mai, à quatre heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Edouard Bureau, professeur, commencera les leçons sur les familles naturelles le vendredi 3 mai 1901, à une heure, dans la salle de cours, rue Buffon, 63, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Le professeur étudiera les familles dicotylédones à pétales.

Les mercredis, à une heure, il traitera de l'origine et de la succession des flores, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie.

Des herborisations seront annoncées par des affiches particulières.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France, par le docteur Romme, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* — Prix : br. 2 fr. 50, cart. toile 3 francs. — Paris, G. Masson.

L'électricité et la thérepeutique moderne, par Ch. Chardin, électricien spécialiste. Un vol. in-8° relié toile. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Conférences pour l'externat des hôpitaux : anatomie, pathologie et petite chirurgie, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8° de 720 p., illustré de 200 fig., publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er janvier 1900. Chaque fascicule : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1901. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — TRAITEMENT DE LA RHINITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE DIFFUSE PAR LES INJECTIONS SOUS-MUQUEUSES DE CHLORURE DE ZINC, par M. Paul VIOLLET, médecin auriste de l'hôpital Péan. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie; — Cataracte chez de jeunes sujets coïncidant avec la malaria; — *Physiologie :* Action de l'alcool sur la sécrétion gastrique; — *Thérapeutique* : Du camphrodate de pyramidon et de son emploi chez les phtisiques. — CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE NANCY (avril (1901). Sous-section de médecine et d'hygiène; titres des communications. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITEMENT DE LA RHINITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE DIFFUSE

PAR LES INJECTIONS SOUS-MUQUEUSES DE CHLORURE DE ZINC

Par M. Paul VIOLLET,
Médecin auriste de l'hôpital Péan.

M. Hamm (de Braunschwig) a eu l'heureuse idée d'appliquer au traitement de la rhinite hypertrophique la méthode sclérogène de Lannelongue. Dans la très courte note (1), qu'il publiait à ce sujet, M. Hamm se félicitait des excellents résultats que lui avaient donnés les injections sous-muqueuses de chlorure de zinc dans le traitement de cette affection; il suffisait souvent de 0g50 centigrammes d'une solution à 1 p. 10 pour obtenir la guérison d'un cornet hypertrophié.

L'attention des lecteurs de ce journal a été récemment attirée sur cette question à l'occasion d'un article de M. Gaudier (2); ayant, depuis quelque temps, pratiqué moi-même un certain nombre de ces injections, j'ai cru intéressant de leur faire connaître les résultats que j'ai obtenus; ils m'ont paru confirmer ceux de Hamm. Il est vrai que je n'ai appliqué sa méthode qu'à une catégorie de cas bien déterminés : ceux où la muqueuse était atteinte d'une sorte de gonflement chronique diffus, se traduisant par un enchifrènement habituel.

Le terme de rhinite hypertrophique est en effet vague et je ne crois pas que le traitement en question puisse s'appliquer avec fruit à tous les cas ainsi dénommés.

(1) *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1898, n° 9, p. 405. — On trouvera l'analyse de cette note dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* et la traduction complète dans un récent article de M. Gaudier, dont nous parlons plus loin. M. Hamm ne donne, dans cette note, que de brèves indications sur la méthode qu'il a employée et les résultats qu'il a obtenus; il ne précise pas notamment à quels cas s'applique plus particulièrement sa méthode. Ce point capital est au contraire résolu, dans le même sens que moi, dans l'article de M. Gaudier auquel je fais allusion.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 26 fév. 1901, n° 24.

Il faut distinguer entre l'hypertrophie vraie de la muqueuse, cas dans lesquels la muqueuse est épaissie et résistante dans toutes ses parties, ne se laissant pas déprimer par le stylet qui l'explore, manifestant une tendance à la dégénérescence myxomateuse. Ce sont les cas qui s'accompagnent de têtes ou queues de cornet dont l'aspect framboisé est si particulier et dont la structure répond à la description du myxome vrai. Ces cas-là relèvent toujours du galvanocautère, ou mieux encore de l'anse froide, ou de la pince à morcellement.

Mais à côté d'eux, et tout aussi nombreux, sont les cas d'obstruction nasale causée par une sorte de *gonflement chronique*, cas dans lesquels on constate, sur les cornets inférieurs, l'existence d'une muqueuse molle distendue qui vient s'appliquer sur la cloison, fermant complètement la portion respiratoire de la fosse nasale correspondante. Cette forme, aussi gênante que l'autre par l'obstacle qu'elle oppose perpétuellement, au passage de l'air et par le nasonnement de la voix qu'elle provoque, se distingue de l'hypertrophie vraie par une moindre résistance au stylet qui la déprime facilement, par un aspect uniformément lisse et uni et peut-être par une plus grande mobilité des symptômes d'obstruction.

C'est à cette seconde catégorie de cas que s'applique, à mon sens, particulièrement bien la méthode sclérogène.

La technique que j'ai employée pour ces injections est la suivante :

Après avoir cocaïnisé la muqueuse du cornet malade à l'aide d'une bandelette d'ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne au vingtième (1), j'introduis, à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée et en me servant du spéculum du nez ordinaire, IV ou V gouttes d'une solution aqueuse de chlorure de zinc au dixième sous la muqueuse. Je pique en général jusqu'à l'os et je fais cheminer l'aiguille sous la muqueuse sur un certain trajet, puis comme M. Gaudier, j'injecte lentement en retirant l'aiguille. Il est prudent de s'assurer, avant de pousser l'injection, que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau; il faut aussi vérifier au préalable, ainsi que le conseille M. Gaudier, que l'extrémité de l'aiguille est bien restée plongée dans l'épaisseur du cornet

(1) M. Hamm faisait une injection sous-muqueuse de cocaïne; je n'ai pas trouvé la chose nécessaire. M. H. Gaudier conseille de n'anesthésier que le point exact où l'on se propose de faire la piqûre, afin que le cornet ne se rétracte pas partout et que l'aiguille puisse pénétrer plus facilement dans son épaisseur. Cette méthode ne rend-elle pas l'injection plus sensible?

et qu'elle n'est pas ressortie en séton pendant le temps de a pénétration sous la muqueuse.

Afin de pouvoir faire l'injection à l'extrémité postérieure du cornet et sous le contrôle de la vue, j'interpose entre la seringue et l'aiguille de platine, longue de 5 ou 6 centimètres, un tube métallique de 4 centimètres de long environ, coudé à angle obtus en son milieu. Ce dispositif a pour but d'allonger l'aiguille et de permettre le passage des rayons lumineux dans le nez. MM. Hamm et Gaudier se servent d'une très longue aiguille coudée.

Si l'anesthésie est bien faite, l'injection est en général à peu près indolore; le malade expulse en général aussitôt après quelques gouttes de sang; la réaction qui suit est peu marquée; elle disparaît dès le lendemain, et consiste en larmoiement, exagération des sécrétions nasales du côté traité, accompagnée d'un certain degré d'obstruction liée au gonflement des parties.

J'ai observé une fois de l'agacement des dents et une sorte de névralgie faciale du côté de la piqûre; ces symptômes pénibles, accompagnés de frissons qui firent beaucoup souffrir le malade, persistèrent six heures après l'injection (obs. de M. D..., voir plus loin). Il est probable qu'un filet nerveux du trijumeau avait été touché ce jour-là malheureusement par l'injection (?).

Une autre fois une malade eut un véritable saignement de nez en nous quittant; elle salit trois mouchoirs de poche; j'attribuai cette petite hémorragie à une vaso-dilatation excessive secondaire à l'application de la cocaïne (?). Mais il se peut qu'un des vaisseaux si abondants du chorion de la muqueuse ait été traversé par l'aiguille? Enfin pour n'omettre aucun détail, un enfant de neuf ans a eu un certain degré de réaction fébrile (38°5, température rectale) et de malaise le lendemain d'une de ces injections.

Tels sont les seuls incidents, peu graves on en conviendra, que j'ai notés au cours de leur emploi (1).

J'en ai pratiqué à l'heure actuelle une trentaine; mais je n'ai suivi plus particulièrement l'observation que d'une quinzaine. Ces 15 injections ont été pratiquées sur 8 malades dont plusieurs avaient les deux cornets inférieurs hypertrophiés; le plus souvent je n'ai eu à pratiquer qu'une injection par cornet. Exceptionnellement quand le cornet était gros dans sa totalité, était-il nécessaire d'en pratiquer une dans sa portion antérieure et un mois après une autre dans sa moitié postérieure. La rétraction du cornet est en général obtenue dans un laps de temps variant de huit jours à un mois; la dose injectée a varié de II à X gouttes, dose que je n'ai jamais dépassée; la dose ordinaire était de V gouttes.

Je résumerai ainsi les résultats que j'ai obtenus :

1 cas d'hypertrophie vraie localisée, non justiciable de la méthode (voir plus haut) aucune modification :

2 cas, peu améliorés.

5 cas, bons résultats avec persistance de l'amélioration constatée dans quelques cas un an après.

(1) Il faut dire que je veille avec grand soin à la propreté du nez avant de pratiquer ces injections, comme d'ailleurs toutes les fois que je pratique une intervention quelconque dans le nez; je remets à huit ou quinze jours l'intervention toutes les fois que le nez me paraît avoir le moindre signe de poussée aiguë : sécrétions abondantes, lymphangite péri-nasale, etc.; de plus, je fais souffler un ou deux jours auparavant, et pendant les huit ou dix jours qui suivent, une pincée de poudre de xéroforme dans la narine opérée, et placer un tampon d'ouate à l'entrée; enfin, avant de pratiquer l'injection, pour peu que les sécrétions soient un peu abondantes, je fais un lavage à l'eau boriquée ou salée bouillie. La seringue elle-même est bouillie.

Le plus souvent les malades venaient consulter pour de l'obstruction nasale persistante, passant fréquemment d'un côté à l'autre du nez; d'où enchifrènement habituel, voix nasonnée, gêne de la respiration, rhumes faciles, troubles possibles de l'ouïe par obstruction tubaire, crises d'asthme nasal, la nuit, etc.

A la suite des injections, on constate que la muqueuse du cornet qui venait en contact du plancher ou de la cloison des fosses nasales en un point ou sur toute sa longueur, se réduit progressivement en deux ou trois semaines de façon à reprendre son volume normal, laissant un espace libre entre le cornet et le plancher ou la cloison qui permet au malade de respirer de nouveau convenablement par le nez.

Les malades que j'ai ainsi traités avaient de quinze à trente ans; je n'ai traité qu'un enfant âgé de neuf ans.

Voici trois des observations les plus intéressantes, brièvement résumées :

Chez M. D..., le traitement était motivé par l'obstruction de la trompe d'Eustache du côté malade, d'où affaiblissement de l'ouïe de ce côté, lourdeur de tête du même côté et gêne de la respiration.

A ce moment je note une tête de cornet volumineuse arrivant presque au contact de la cloison; quelques jours après l'injection, la respiration était sensiblement améliorée, l'oreille était dégagée; un mois après, je notais un espace de 4 millimètres environ entre le revêtement muqueux du cornet complètement rétracté et la cloison. J'ai écrit à M. D... pour savoir si les bons effets du traitement qui remonte à deux ans avaient persisté, il m'écrit que l'amélioration n'a été que passagère, en faisant remarquer qu'il n'avait eu qu'une injection.

Chez deux sœurs dont j'ai injecté l'an dernier l'extrémité postérieure des deux cornets inférieurs, le résultat était très satisfaisant un mois après et a persisté :

L'aînée, Mlle Marthe D..., vingt-cinq ans, couturière, qui était sujette à des poussées de lymphangite de la lèvre supérieure, qui avait une respiration buccale et salissait deux mouchoirs par jour, sécrétions épaisses, respirait un mois après facilement par le nez et ne salissait plus qu'un mouchoir par jour; sécrétions muqueuses claires.

J'ai eu l'occasion de revoir ces jours-ci ces deux jeunes filles traitées par moi, il y a un an; je n'ai malheureusement pas pu juger objectivement de la persistance du résultat, chez Melle Marthe D..., la malade venant d'avoir un fort coryza encore incomplètement terminé; la malade en revanche continue à se dire très satisfaite; elle me rappelle qu'elle était venue autrefois consulter pour une obstruction nasale bilatérale et permanente qui l'obligeait la nuit à s'asseoir sur son lit tant elle était gênante; elle n'a plus eu depuis un an aucun inconvénient de ce genre.

Sa sœur conserve un cornet encore hypertrophié, mais tandis que le 7 mars 1900 son extrémité postérieure arrivait au contact de la cloison, je note aujourd'hui un jour d'un millimètre environ entre ces deux régions. Une seconde injection ramènera, j'en suis convaincu, ce cornet à un volume tout à fait normal.

Il faut se rappeler du reste que l'hypertrophie, même après des cautérisations destructives ou un morcellement, peut renaître et que ces hypertrophies se reproduisent volontiers chez certaines personnes prédisposées; rien d'étonnant par suite qu'on puisse être obligé de recourir au bout d'un certain temps à une nouvelle injection (voir plus haut l'obs. de M. D...).

Tels sont les résultats que je tenais à signaler.

M. H. Gaudier (de Lille) vient de publier, de son côté (1), les résultats obtenus par lui avec la méthode sclérogène dans le traitement de la rhinite hypertrophique : sur 10 cas ainsi traités M. Gaudier a obtenu de bons résultats 5 fois sur 10; il en conclut que, la méthode de Hamm, donnant des résultats inconstants, « n'est pas encore sur le point de remplacer les méthodes actuelles de traitement de la rhinite hypertrophique qui sont, soit la cautérisation profonde, soit la résection instrumentale du cornet malade. »

Ce jugement me semble un peu sévère, car la proportion des cas que guérirait pour un temps constaté de trois à six mois, comme l'a fait M. Gaudier pour les cas traités par les injections de chlorure de zinc, une seule cautérisation au galvano-cautère, serait-elle plus élevée?

Dans les cas signalés par M. Gaudier comme ayant été suivis d'un résultat favorable, l'injection avait été unique.

Mes conclusions sont celles-ci : la méthode sclérogène de Hamm-Lannelongue donne fréquemment de bons résultats dans le traitement du gonflement chronique de la muqueuse des cornets inférieurs; étant inoffensive, simple et expéditive en ce sens qu'une injection suffit souvent pour obtenir le résultat cherché, cette méthode mérite d'être tout d'abord essayée avant la mise en œuvre de traitements plus radicaux tels que le morcellement ou la cautérisation galvanique qui détruisent beaucoup plus profondément la muqueuse.

Cette méthode de traitement essentiellement conservateur me paraît avoir en outre l'avantage, en supprimant presque complètement la plaie opératoire, de réduire au minimum les chances d'infection.

Elle offre en particulier l'avantage de soustraire, dans un certain nombre de cas bien déterminés, le malade aux inconvénients heureusement peu graves d'ordinaire, mais aussi parfois sérieux, sinon mortels, qui peuvent résulter de la suppuration des escares produites par les cautérisations faites avec le galvano-cautère.

Je fais allusion aux accès de fièvre parfois assez violents pour simuler une attaque de grippe aux poussées d'otite, aux amygdalites, signalées par nombre d'auteurs après Ruault, aux adénites que tout spécialiste a eu l'occasion d'observer à la suite de ces cautérisations. Je songe aussi aux quelques cas heureusement fort rares de méningites ou de septicémie qui ont été signalés à leur suite.

Il me paraît donc avantageux d'employer la méthode sclérogène dans le traitement de la rhinite hypertrophique toutes les fois que le cas particulier le permet.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 AVRIL 1901)

Après un juste hommage rendu par le M. le président Guyon à la mémoire de M. Napias, la parole est donnée à M. Delorme qui a présenté un blessé fort intéressant au point de vue des résultats que peut donner la **chirurgie conservatrice** dans les traumatismes les plus effroyables. Il s'agit d'un soldat qui, faisant l'exercice du tir au fusil, reçut d'un de ses camarades, placé seulement à 5 pas de lui, une balle qui pénétra à la partie inférieure et postérieure du bras en fracturant l'humérus et produisit un véritable éclatement de toute la face antérieure de l'avant-bras. En présence d'une pareille blessure, il semblait tout d'abord qu'il y eût trois indications formelles de l'amputation : 1° la fracture comminutive de l'humérus, 2° la blessure des artères humérale et radiale, 3° l'éclatement de la face antérieure de l'avant-bras.

Il se trouvait heureusement à la caserne à ce moment un médecin-major qui, pensant qu'il allait falloir pratiquer l'amputation immédiate, se contenta d'arrêter l'hémorragie par un pansement compressif et amena lui-même le blessé à l'hôpital Bégin. M. Delorme l'ayant examiné, débrida la partie supérieure de la plaie pour lier le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère humérale; il procéda de même pour l'artère radiale; ayant constaté que le bout inférieur de cette artère saignait, il en conclut que la circulation continuait à se faire dans le membre et dès lors son parti fut pris de tenter la conservation, il enleva toutes les esquilles mobiles, respectant les esquilles adhérentes, il sutura les tendons aux masses musculaires voisines, plaça le membre dans un appareil amovo-inamovible et appliqua un pansement antiseptique. Comme on pouvait s'y attendre, il y eut de la suppuration et du sphacèle de la peau. Par une série de sutures à anses, il arriva à reconstituer les parties molles de l'avant-bras. Aujourd'hui, cet homme est complètement guéri de sa fracture comminutive; ses plaies se sont cicatrisées, et il jouit de tous ses mouvements d'extension, de flexion de pronation et de supination : c'est là un résultat tout à fait remarquable de cette chirurgie conservatrice qui est appelée à rendre les plus grands services dans les plaies par armes à feu.

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport annuel sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la **propagation de la vaccine**. Il rappelle les actes divers par lesquels ces auxiliaires ont contribué à la lutte contre le fléau variolique. Puis il appelle l'attention de M. le ministre de l'Intérieur sur la persistance de l'épidémie variolique qui règne en ce moment et qui, la semaine dernière, causait encore dix décès sans compter 93 cas nouveaux de cette maladie.

M. Hervieux fait remarquer que, née dans les premières semaines qui ont précédé l'Exposition, cette épidémie avait été presque complètement enrayée grâce aux précautions prises par l'administration, mais aussi par l'empressement de la population parisienne à se faire vacciner. Il se fit ensuite une accalmie pendant l'Exposition, mais l'épidémie se réveilla à la fin de l'an dernier. Quoique assez bénigne, cette épidémie exige qu'on la combatte, et qu'on engage de nouveau, par des affiches multipliées, la population à se faire vacciner et revacciner.

M. Lemoine (de Lille), en son nom et au nom de M. Carrière (de Lille), donne lecture d'un travail d'ensemble sur les **moyens à employer dans la lutte contre la tuberculose**. Rappelant ce qui a été fait à l'étranger et en France, M. Lemoine apporte aussi les résultats de son expérience personnelle. Il passe en revue les divers moyens prophylactiques employés pour combattre la tuberculose et s'élève avec la plus grande énergie contre les sanatoriums, auxquels il ne voit que des inconvénients et des dangers.

« En résumé, dit-il, en présence des inconvénients multiples que présentent les sanatoriums pour les malades, en présence de l'incertitude de succès problématiques, nous concluons qu'il n'est pas nécessaire d'aller faire la cure de repos et d'alimentation dans un sanatorium. Chacun peut

(1) *Écho méd. du Nord*, 17 fév. 1901, n° 7, C. R. in *Gaz. des hôpit.*, n° 24, p. 228.

faire cette cure chez soi. Le riche qui peut émigrer sous un climat plus favorable ira faire sa cure dans une villa, une maison quelconque, à l'air pur, loin des agglomérations humaines. Le commerçant ou le petit bourgeois louera au voisinage de sa ville ou dans sa ville même une maisonnette avec jardin où il se guérira tout aussi bien que dans le plus riche sanatorium. Nous en avons des exemples nombreux. Le pauvre sera traité par les soins du bureau de bienfaisance, de l'assistance médicale gratuite, soit dans les logements rendus plus salubres, soit dans des pavillons ou des baraquements suburbains aménagés avec le moins de frais possible.

Nous pouvons maintenant nous demander quels avantages les villes, l'État qui auront dépensé des sommes énormes dans l'érection de quelques sanatoriums, retireront de ces sacrifices. Elever un sanatorium de 100 lits est chose dispendieuse : à Angicourt le lit revient à plus de 6000 francs.

Or on estime à plus de 300000 le nombre des tuberculeux hospitalisés en France (Letulle), soit une dépense brute de 1800 millions de francs pour la création des sanatoriums :

Puis il faudra entretenir ces malades et si nous mettons la journée à 3 francs, ce qui n'est pas excessif, il nous faudra un budget quotidien de 900000 francs; un budget annuel de 328 millions de francs. Tout cela pour abaisser la mortalité tuberculeuse d'une manière insignifiante.

Ah! ne serait-il pas préférable d'utiliser une telle somme à faire de la prophylaxie vraiment utile, plutôt que de nous lancer à la poursuite d'un but chimérique?

Ne créons pas de sanatoriums dispendieux, ne créons pas de palais pour loger un personnel administratif choisi et inutile, agissons plus efficacement. Ecoutons la voix de M. Brunon, qui disait récemment de créer partout des sanatoriums de fortune dans les locaux déjà existants, dans des hospices communaux. Presque chaque commune a un hospice avec des lits inoccupés, mettons-y les tuberculeux. Que les médecins de la localité prennent la direction effective de ces sanatoriums improvisés, y traitent soigneusement tous ces tuberculeux indigents. Créons aux portes de la ville, dans des baraquements très simples et non dans des palais, dans des logements déjà existants et loués à bon marché, des hôpitaux suburbains pour nos tuberculeux pauvres.

Conseillons la cure libre de Lalesque, le home sanatorium de M. Landouzy. Chacun peut se guérir chez soi, en se reposant et en s'alimentant.

Conclusions. — En nous basant sur cet exposé de faits nous nous croyons autorisé à exprimer les conclusions suivantes et nous demandons :

I. L'application de toutes les lois qui ont pour objet l'assainissement des villes, des logements insalubres à la ville comme à la campagne, celui des usines, la surveillance des denrées alimentaires, la réglementation du travail;

II. La participation effective de l'Etat à la lutte contre l'alcoolisme, cause de la fréquence de la tuberculose, par la promulgation et la mise en vigueur de lois coercitives;

III. La séparation, dans les hôpitaux, des sujets atteints de tuberculose pulmonaire;

IV. L'efficacité des sanatoriums n'étant nullement démontrée, employer l'argent qu'on veut consacrer à leur édification à la mise en œuvre des mesures hygiéniques réclamées précédemment, à perfectionner et à étendre l'action des bureaux de bienfaisance et de l'assistance médicale gratuite, pour leur permettre de lutter plus énergiquement contre la tuberculose.

V. Nous sommes partisan de la cure libre pratiquée suivant l'état social des malades et nous pensons qu'en ce qui concerne les indigènes la proposition de M. R. Brunon (de Rouen) mérite d'être prise en sérieuse considération. »

Sous ce titre : **Nature intime de la goutte, son traitement rationnel établi mathématiquement, d'après l'équation chimique représentant l'état humoral du sujet**, M. Morel-Lavallée lit une note où il établit que la goutte est due, dans un certain nombre de cas (12 fois sur 13), à la précipitation, dans l'organisme, de phosphate tribasique de chaux. Il en conclut que la thérapeutique devra comporter, à l'avenir, l'administration des acides (renvoyée à l'examen de M. Robin).

M. de Langenhagen (de Plombières) communique une observation de **pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse**. Il s'agit d'une malade qui rendit pendant un an, mélangés aux matières fécales, un nombre considérable (300) de calculs, qui n'étaient autres que des calculs médicamenteux (magnésie et chaux) non dissous par les sucs digestifs, et ayant subi dans l'intestin une véritable cémentation. Cet exemple montre combien il est important de donner aux malades des cachets bien préparés, dont les substances soient à l'état pulvérulent et non comprimées en un bloc serré par des instruments automatiques.

M. Scrini communique le résutat des recherches qu'il poursuit depuis deux ans dans les maternités sur le **strabisme des nouveau-nés.**

Le strabisme existe fréquemment chez les nouveau-nés; il peut être passager ou persister toute la vie, d'où le strabisme congénital. Il y a un rapport entre celui-ci et le rang de l'accouchement, la durée du travail et les incidents qui peuvent l'accompagner. Ainsi, à la Clinique Baudelocque, sur 136 nouveau-nés de un à quinze jours qu'il a observés, 60 présentaient un strabisme convergent, alternant et périodique; 40 d'entre eux appartenaient à des mères primipares, 10 à des secondipares et 10 à des multipares. A la Clinique Tarnier, sur 120 nourrissons âgés de quinze jours à six mois, 37 enfants, dont 18 à des primipares, 13 à des secondipares et 6 à des multipares, louchaient.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie. — M. Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, vient de consacrer à cette question un intéressant travail. La fréquence assez grande de l'association de ces deux maladies semble devoir être cherchée dans des similitudes étiologiques. L'eau de boisson joue en effet dans la genèse des deux affections le rôle principal et le microbe de la dysenterie appartient probablement au groupe coli, du quel dépend également l'agent pathogène de la dothiénentérie. Il peut arriver qu'un dysenterique contracte une fièvre typhoïde, qu'un typhique prenne la dysenterie et que les deux affections soient simplement juxtaposées, soit que la dysenterie apparaisse pendant la convalescence de la dothiénentérie, alors que le processus typhique est déjà enrayé, soit que la dysenterie constitue un phénomène ultime ne précédant la mort que de quelques jours. Ces cas sont peu intéressants. Ils montrent seulement qu'il n'y a pas antagonisme entre les deux maladies. Mais d'autres fois la dysenterie apparaît au cours même de la dothiénentérie et les deux affections se combinent très curieusement pour réaliser une

infection mixte, ni dysenterique, ni typhoïdique, et à créer, suivant l'expression de Torti acceptée par M. Kelsch, une « maladie proportionnée ». De cette association, il résulte un type clinique tel que, pendant quelque temps, le diagnostic est hésitant entre une fièvre typhoïde qui s'accompagnerait de selles verdâtres, d'épreintes, de ténesme, de douleurs du gros intestin, et une dysenterie maligne avec fièvre, état saburral, céphalée, insomnie, faiblesse du cœur et du pouls, bref état infectieux est très marqué. C'est devant l'impossibilité d'expliquer par une seule maladie tous les symptômes présentés par le sujet qu'on songe à l'hybridité possible de l'affection. Au point de vue du pronostic, il s'attache une grave signification à ces faits d'association la mortalité s'est, dans certaines épidémies, élevée au taux effrayant de 50 p. 100. M. Remlinger étudie enfin ces cas au point de vue anatomo-pathologique et thérapeutique. (*Revue de méd.*, mars 1901.) F. R.

Cataracte chez de jeunes sujets coïncidant avec la malaria. — M. Kraïsky a observé quatre fois la cataracte chez des sujets âgés de cinq à seize ans, chez lesquels il avait en même temps constaté de la splénomégalie, de l'anémie, de l'œdème des extrémités et des accès de fièvre palustre. La cataracte se développait au moment où commençait l'état cachectique. Elle frappait généralement les deux cristallins et était toujours mûre.

L'auteur ne pense pas qu'il pût y avoir, chez ces quatre malades, simple coïncidence et est enclin à considérer la cataracte comme provoquée par l'anémie palustre. (*Journ. d'ophtalm. russe*, in *Wratch*, 1901, n° 3.) S. B.

PHYSIOLOGIE

Action de l'alcool sur la sécrétion gastrique. — MM. Albert Frouin et Molinier viennent de se livrer à des expériences sur le chien qui leur ont montré que l'hypersécrétion gastrique au début n'est pas due à l'action directe de l'alcool sur l'estomac. En effet, introduit directement dans l'intestin il produit la même action. D'autre part, l'action sur les terminaisons nerveuses des voies gustatives n'est pas importante, car l'introduction par la voie anale produit le même effet; enfin, c'est à une action spéciale sur le système nerveux que l'alcool doit son action, puisque cette action persiste pendant plusieurs jours et augmente même d'intensité. (*C. R. Acad. des sc.*, 22 avril 1901.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Du camphorate de pyramidon et de son emploi chez les phtisiques. — MM. Lyonnet et Lançon viennent à nouveau d'attirer l'attention sur le pyramidon, ce dérivé amide de l'antipyrine, qui a déjà été étudié en Allemagne par Filehne (de Breslau), en France par Lépine et son élève Burg, plus récemment par MM. Robin et Binet, et M. Bertherand.

Le pyramidon est un phényldiméthylamidopyrazolone. Trois fois plus efficace que l'antipyrine, il a une action antithermique et analgésique plus rapide et plus prolongée, tout en exposant moins à des accidents cutanés.

Pour remédier à un inconvénient du pyramidon qui provoque des sueurs profuses, M. Bertherand a eu l'heureuse idée de l'associer à l'acide camphorique, dont on connaît les propriétés antisudorales. De cette combinaison est né le camphorate de pyramidon.

L'acide camphorique combiné avec une molécule de pyramidon forme un *camphorate acide*, avec deux molécules, un *camphorate neutre*.

C'est ce camphorate acide que M. Lyonnet a expérimenté sur quinze tuberculeux atteints de fièvre et de sueurs. La dose donnée a été de 1 gramme *pro die* en deux cachets de 50 centigrammes.

Le médicament bien supporté a amené une amélioration bien nette, avec abaissement de la température et même diminution des sueurs profuses. Il semble donc que ce nouveau médicament mérite d'être étudié sérieusement. (*Lyon médical*, 28 avril 1901.) F. R.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE NANCY

(Avril 1901)

Sous-section de médecine et d'hygiène.

Titre des communications. — Conséquences physiologiques de l'abus des boissons alcooliques (M. Barthès). — Rein et sécrétion interne (M. Crosmarie). — Action réductive *in vivo* et *in vitro* après chloroformisation (M. Garnier). — Développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage (M. Jacques). — Hernies lombaires (M. Demoulin). — Absorption et résorption (M. Lambert). — Phénomène histologique de la secrétion lactée (M. Simon). — Signification des cellules à cils vibratils (M. Prenant). — Une nouvelle théorie du système nerveux (M. Prenant). — Applications physiologiques et médicales de la dissociation électrolytique (M. Maillard). — Réaction physiologique du cœur à l'excitation thermique (M. Meyer). — Physiogénie de la régulation vaso-motrice chez l'animal nouveau-né (M. Meyer). — L'insuffisance rénale dévoilée par l'étude graphique de l'appareil respiratoire chez le vieillard (MM. Meyer et Parisot). — Cystostomie sus-pubienne temporaire chez un calculeux phosphatique secondaire (M. Veissemans). — Hypnotisme et suggestion; conception générale (M. Bernheim). — Les sanatoria d'altitude et les sanatoria marins (MM. Barthès et Sersiron). — Œuvre lorraine des tuberculeux (M. Spillmann). — Étiologie et fréquence de la tuberculose infantile (M. Haushalter). — Rôle accidentel des plantes dans la transmission de la tuberculose de l'homme aux animaux (M. Cliquet). — Recherches sur la perméabilité rénale chez le vieillard (MM. Parisot et Jeandelize). — Contribution à l'étude du sang chez le vieillard (MM. Parisot et Jeandelize). — Quelques épidémies de fièvre typhoïde à Nancy, étudiées dans leurs rapports avec la distribution des eaux (M. Étienne). — L'électrothérapie dans les maladies dites par ralentissement de la nutrition (M. Guilloz). — Recherches sur l'étiologie de la dysenterie (M. H. Comte). — Essai de sérothérapie dans un cas de morve humaine (M. A. Dupuy). — Quelques remarques à propos du bacille morveux (M. Dupuy). — Sur un micro-organisme ramifié trouvé dans un exsudat d'origine diphtérique (M. Finck). — Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les injections de sérum artificiel (M. Finck). — Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse (M. Raoult). — Les formes fébriles de la colibacillose dans les pays chauds (M. Legrain). — L'œuvre du bon lait (M. Stœber). — Une cause d'erreur dans le diagnostic bactériologique de la morve : ascobacterium luteum Babès (M. Thiry). — Sur un ascobacterium (M. Jirou). — Actinomyces mordoré; pigment cristallisé (MM. Thiry et Chamot). — Intoxication saturnine par l'émail (M. Garnier). — Prophylaxie de la tuberculose bovine (M. Jacquot).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Obsèques de M. Napias. — L'incinération de M. Napias a eu lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, mardi à midi. Suivant la volonté du défunt, aucun discours n'a été prononcé.

Guerre. — Le ministre de la Guerre a décidé que le nombre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1901 serait ainsi fixé dans chaque grade :

Réserve. — 5 médecins-majors de deuxième classe, 45 médecins aides-majors de première classe et 430 médecins aides-majors de deuxième classe.

Armée territoriale. — 30 médecins-majors de deuxième classe, 222 médecins aides-majors de première classe et 275 médecins aides-majors de deuxième classe.

Le bénéfice des dispositions de la circulaire ministérielle du 21 mars 1901 (essai de stages par fractions de huit jours et plus).

sera accordé, sur leur demande, à tous les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui, depuis le 1er janvier 1896, ont pris part, en qualité d'officiers du service de santé, soit aux grandes manœuvres de la troupe, soit aux exercices spéciaux du service de santé en campagne.

En conséquence, ces médecins seront autorisés, s'ils le désirent, à accomplir leur période d'instruction par fractions d'au moins huit jours, et ils pourront choisir pour leur convocation l'époque qui leur conviendra le mieux dans le temps compris entre le 15 mars et le 15 novembre des années 1901 et 1902.

Ils seront tenus de faire connaître leurs préférences, à ces deux points de vue, au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation et dans un délai de deux semaines à partir du jour où ils auront reçu leur avis de convocation.

Le directeur du service de santé procédera, s'il y a lieu, à des convocations nouvelles, de manière à utiliser en 1901 le crédit devenu disponible par suite du renvoi à 1902 d'un certain nombre de périodes (ou fractions de périodes) prévues, au titre de chaque corps d'armée, dans la présente circulaire.

Il demeure entendu que les médecins de réserve et de l'armée territoriale, qu'ils puissent ou non bénéficier des dispositions de la circulaire précitée du 21 mars 1901, sont autorisés à demander des changements de lieu de convocatian ou des stages sans solde. C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation qu'ils doivent, en pareils cas, adresser leurs demandes, ainsi que pour obtenir soit un sursis, soit un devancement d'appel.

Marine. — M. le médecin principal Arami, du port de Rochefort, est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le contre-amiral Servan, sur le *Tage*.

L'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris a eu lieu le samedi 27 avril dernier dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sous la présidence de M. le professeur Tillaux. Après la lecture du rapport du secrétaire et du compte rendu financier, il a été procédé au dépouillement du scrutin pour les élections au comité.

MM. Crouzon, F. Guyon, Lubet-Barbon et Jayle ont été proclamés membres du comité pour quatre ans.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — Nous apprenons que MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité sont admis, sur présentation de leur carte, à assister à la visite du médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, M. Paul Garnier, le mercredi et le vendredi, d'une heure et demie à trois heures, quai de l'Horloge, n° 3.

Après trois mois d'assiduité à cette clinique, *un certificat de stage médico-légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de médecine.

La Société de géographie de Paris a décerné le prix Henri Duveyrier à M. A. Cureau, et le prix Alexandre Boutroue à M. F. Weisgerber.

La lutte contre l'alcoolisme. — A la suite d'une décision prise par son Conseil municipal, M. Thourot, maire de Montbéliard, vient de prendre un arrêté interdisant d'ouvrir des cafés, cabarets ou débits de boissons dans un rayon de 30 mètres autour de la limite extérieure de l'emplacement des écoles communales et salles d'asile.

Le mouvement semble désormais donné, et les municipalités vont d'autant plus rivaliser de zèle dans l'application de cette mesure, destinée, en apparence, à enrayer le fléau alcoolique, que le moyen mis à leur disposition par les lois de 1880 et 1884 satisfait tout à la fois les débitants établis et les ligueurs antialcooliques.

Le « Roi de Paris » à l'Opéra. — L'opéra de M. G. Hue, que l'Opéra vient de représenter avec succès la semaine dernière, est pour le livret l'œuvre posthume de Henri Bouchut, le second fils du regretté médecin des Enfants-Malades.

Le procès du professeur d'Antona. — Tous nos confrères ont encore présente à l'esprit l'affaire Laporte. Une affaire analogue vient de se produire en Italie, où elle soulève la plus légitime émotion parmi nos confrères italiens.

Un chirurgien bien connu, le professeur d'Antona, est sous le coup d'une enquête au sujet d'un décès post-opératoire. Il s'agit d'un malade chez lequel fut pratiquée une laparotomie pour obstruction des voies biliaires et qui, sorti de l'hôpital, mourut chez lui trente-trois jours après l'opération, dans des conditions qui n'ont rien d'anormal.

Notre confrère, le professeur Rummo (de Palerme), auquel nous empruntons ces détails, vient de se faire, dans son excellent journal la *Riforma medica*, l'interprète de l'indignation du monde médical italien.

En attendant le résultat de l'enquête ouverte, nous ne pouvons mieux faire pour montrer la sympathie unanime de ses confrères pour le professeur d'Antona, que de citer la délibération prise par l'Ordre des médecins de Trapani :

« Réuni en assemblée générale, l'Ordre a exprimé sa plus vive sympathie et toute son admiration à l'éminent professeur, illustration de la chirurgie italienne, et proteste contre les vulgaires calomnies qui, en tendant à diminuer l'honorabilité et la dignité médicales, risquent de paralyser l'initiative et l'activité des médecins, au grand dommage de la science et de l'humanité. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanc, de la Blachellerie (Dordogne); Clochepin (de Paris); Douchet (de Beaucamps-le-Vieux); Viret (de Prémontré).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, hygiène et prophylaxie, par le docteur Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, et P. COLOLIAN, ancien interne des asiles d'aliénés. Un vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement des blessures de guerre, par les docteurs H. NIMIER, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. LAVAL, médecin-major de deuxième classe. Un fort vol. in-12 avec 52 gr. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Cours de minéralogie biologique (3e série), par J. GAUBE (du Gers). Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Die Krankheiten der Warmen Lænder, par SCHEUBE. Un vol. — Prix : 15 marks. — Iéna, Gustav Fischer.

Terapia delle malattie dell' infanzia ad uso di medici e studenti, del dott. prof. Cesare CATTANEO, libero docente di clinica medica pediatrica alla R. Università di Parma. Un vol. in-8° cart. — Prix : 4 lires. — Milan, Ulrico Hœpli.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON (8e édition). Un vol. cart. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses, par A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-16 cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le cancer du gros intestin, rectum excepté, par R. DE BOVIS, professeur à l'École de médecine de Reims. Un vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Épilepsie, traitement, assistance et médecine légale, par le professeur KOVALEWSKY. Un vol. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST.
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, rue de Saintonge, PARIS, ET PH^IES

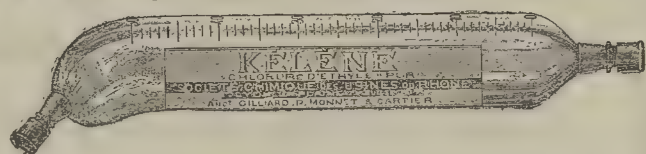
SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

Anciennement GILLARD, P. MONNET et CARTIER
Société anonyme au capital de 6000000 de francs
SIÈGE SOCIAL : **8, quai de Retz, à LYON**

KÉLÈNE

Chlorure d'Éthyle pur
POUR LA
KÉLÉNNARCOSE
ET
L'ANESTHÉSIE LOCALE

Se vend en tubes de métal et de verre pour l'anesthésie locale et en tubes gradués pour l'anesthésie générale.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ACIDES : phénique synthétique, salicylique.
SALICYLATES : de soude, de méthyle, et tous autres dérivés. **Salol, Résorcine, Antipyrine, Hydroquinone, Saccharine, Bleu de méthylène** méd., **Formaldéhyde** 40 p. 100, **Trioxyméthylène,** etc.

NOUVEAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

LACTANINE
(NOUVEL ANTIDIARRHÉIQUE)
PHOSPHOTAL
(PHOSPHITE DE CRÉOSOTE)
GAIACOPHOSPHAL
(PHOSPHITE DE GAIACOL)

DÉPARTEMENT SÉROTHÉRAPIQUE

SÉRUMS : antistreptococcique, antidiphtérique.
PUBLICATIONS ET PROSPECTUS FRANCO SUR DEMANDE

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure ;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Ph^ie LACHARTRE, 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES - PHLÉBITES - VARICES - HÉMORROÏDES

LEVURO-MALTINE DÉJARDIN

OU LEVÛRE DE BIÈRE FRAÎCHE

PURE ET SÉLECTIONNÉE

TOUJOURS A SON MAXIMUM D'ACTIVITÉ
Recueillie au cours de la fabrication de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS

EXPOSITION UNIVERSELLE
PARIS 1900
Médaille d'Or

DEUX FORMES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES :

LEVURO-MALTINE

en consistance de pâte molle garantie contre toute altération, pendant quatre à huit jours, suivant l'état de fraîcheur du milieu dans lequel on la conserve.

DOSE : 1 petite cuiller à café avant chaque repas dans un cachet ou délayée dans un peu d'eau sucrée ou de bonne bière.

PRIX : *le flacon,* 4 FR. 50

MYCODERMINE

à l'état d'extrait concentré et transformé :

A (pour l'usage interne) en Pilules enrobées *inaltérables.* — DOSE : de 4 à 6 avant chaque repas.

B (pour usages interne et externe) en Comprimés également *inaltérables.* — DOSE : de 8 à 20 dans ½ litre d'eau bouillie.

PRIX : *L'étui de 100 Pilules ou 100 Comprimés,* **3** FRANCS.

E. DÉJARDIN, Ph^ien-Chimiste de 1re cl., Ex-interne et Fournisseur des Hôpitaux de Paris, **109, Bd. Haussmann,** PARIS

N° 52. — SAMEDI 4 MAI 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 4 MAI 1901. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les applications médicales de la cryoscopie, par M. V. BALTHAZARD, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDICATIONS NOUVELLES. La lécithine. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les applications médicales de la cryoscopie.

Par M. V. BALTHAZARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous nous proposons d'exposer aussi succinctement que possible les lois physiques de l'osmose et les principes de la cryoscopie, puis nous indiquerons les applications qui en ont été faites aux sciences médicales, en envisageant surtout les applications au diagnostic et au pronostic de diverses maladies.

I

Interprétation du point de congélation des solutions. — Plaçons au contact deux solutions d'une même substance, mais de concentration différente ; il se produira un mouvement de la substance dissoute de la solution qui a la plus grande concentration vers celle qui a la concentration moindre, jusqu'à ce que la différence de concentration ait disparu.

Si les deux solutions, au lieu d'être au contact direct, étaient séparées par une cloison perméable seulement au solvant, il se produirait un mouvement du solvant à travers la cloison, de la solution la moins concentrée à la solution la plus concentrée, jusqu'à ce qu'il y ait égalité de concentration.

Imaginons que la solution la plus concentrée soit placée dans un vase entièrement rempli et fermé, dont une des faces soit constituée par la cloison perméable au solvant, au contact de laquelle se trouve la solution de concentration moindre. Le même mouvement du solvant vers la solution la plus concentrée tendra à se produire, mais comme le vase est clos et ne peut plus recevoir de liquide, il en résultera une pression sur les parois du vase à laquelle on a donné le nom de *pression osmotique* ou *tension osmotique*.

Admettons enfin que la solution de concentration moindre soit de l'eau distillée, la valeur de la pression osmotique de la solution renfermée en vase clos, par rapport à celle de l'eau distillée est celle que nous aurons désormais en vue lorsque nous parlerons de la pression osmotique d'une solution. Divers appareils manométriques, comme l'osmomètre de Pfeiffer par exemple, permettent de la mesurer.

On conçoit que, lorsque deux solutions simples ou complexes sont séparées par une membrane perméable à l'eau seulement ou aux substances dissoutes également, les mouvements de solvant ou des substances dissoutes seront déterminés par une force égale à la différence des tensions osmotiques des deux solutions.

C'est ainsi que le protoplasma a une certaine pression osmotique ; place-t-on une cellule végétale dans une solution dont la pression osmotique est supérieure à celle de son protoplasma, comme l'enveloppe est perméable à l'eau seulement, le protoplasma se ratatine, et l'enveloppe restant de forme invariable, il se produit des vacuoles entre le protoplasma et l'enveloppe. Ce phénomène a reçu le nom de *plasmolyse*.

Il permet de comparer entre elles les tensions osmotiques de solutions de substances différentes, qui auront même tension osmotique, c'est-à-dire seront *isotoniques*, quand leur concentration sera telle qu'elles déterminent un début de plasmolyse sur la même cellule végétale.

Par l'emploi de la méthode plasmolytique, de Vries a montré que les solutions *équimoléculaires de substances semblables sont isotoniques*. Sont équimoléculaires, les solutions qui renferment dans un volume donné un poids de substance dissoute, proportionnel au poids moléculaire de cette substance.

D'autre part, le point de congélation de toutes les solutions aqueuses est inférieur au point de congélation de l'eau distillée, qui est 0 degré et l'*abaissement du point de congélation d'une solution est proportionnel au nombre de molécules dissoutes*.

Soient deux solutions contenant le même nombre de molécules dissoutes, l'une d'urée, l'autre de sucre, dans le même volume d'eau ; ces deux solutions auront même point de congélation.

En résumé, les solutions équimoléculaires sont isotoniques, et les solutions équimoléculaires ont même point de congélation. Donc les *solutions qui ont même point de congélation ont même tension osmotique*.

Ces lois, très simples, souffrent malheureusement des exceptions. La plus intéressante pour nous est celle que présentent les solutions salines qui montrent un abaissement du point de congélation jusqu'à deux fois plus grand que celui qui correspond à la loi ci-dessus énoncée. C'est-à-dire qu'une solution de chlorure de sodium renfermant le

même nombre de molécules qu'une solution de sucre, à un point de congélation deux fois plus bas que celui de la solution de sucre.

On admet, pour expliquer ces faits, l'hypothèse d'Arrhenius, d'après laquelle la molécule de chlorure de sodium et des substances qui fournissent la même anomalie, se dissocie en deux fragments de molécules, en deux *ions* libres, l'un formé par le chlore de la molécule, l'autre par le sodium.

Nous aurons à tenir compte en vue de certaines applications de ces exceptions. Faisons remarquer pourtant, qu'en ce qui concerne la tension osmotique, elles ne sauraient nous arrêter, car les ions libres, ou fragments de molécules dissociées ont le même rôle que les molécules non dissociées; si bien que la tension osmotique est proportionnelle, non pas au nombre de molécules dissoutes, mais au nombre total des molécules non dissociées et des ions libres. Comme il en est de même pour l'abaissement du point de congélation, on peut dire qu'en physiologie comme en physique, la loi suivante garde toute sa valeur :

La tension osmotique d'une solution est proportionnelle à l'abaissement au-dessous de 0 degré du point de congélation.

II

La tension osmotique du sang, des sérosités pleurales et du liquide céphalo-rachidien. — Comme nous venons de le voir, le sens des courants osmotiques dépend entièrement de la tension osmotique des solutions mises en présence et séparées par une cloison perméable soit au solvant, soit au corps dissous. De pareilles cloisons se rencontrent dans l'organisme, constituées par des membranes hyalines ou par le protoplasma condensé autour des cellules; on peut se les représenter comme formées par une trame plus ou moins serrée, dans laquelle sont ménagés des pores de dimensions variables suivant les cellules; selon le diamètre de ces pores, la membrane laissera passer l'eau, dont la molécule est très petite, ou des molécules plus volumineuses, comme celles des sels ou des matières organiques. C'est d'ailleurs la caractéristique des membranes animales de n'être pas invariables, de se modifier suivant les circonstances, en particulier quand la composition du liquide qui baigne leurs faces change, et de laisser passer par leurs pores des molécules de dimensions très diverses.

La loi très simple que nous avons énoncée sur la proportionnalité entre la tension osmotique d'une solution et de l'abaissement de son point de congélation, telle qu'elle résulte des recherches physiques de Raoult, des calculs de Van t'Hoff et des expériences physiologiques de Hugo de Vries et de Hambürger, a, dès 1890, attiré l'attention des physiologistes. Hambürger, Dreser, Winter ont étudié par la cryoscopie les échanges osmotiques chez l'homme et chez les animaux. Quel que soit l'intérêt qui s'attache à leurs travaux, nous n'en entreprendrons pas un exposé méthodique, que l'on trouvera d'ailleurs dans un article de Vaquez et Bousquet (1), et nous signalerons seulement les recherches qui ont été le point de départ d'applications à la clinique.

C'est Koranyi (2), le premier, qui utilisa la cryoscopie dans le domaine de la pathologie. Pendant six années consécutives (1892-1898), le professeur de Budapesth accumula avec patience et méthode de nombreux documents. L'œuvre de Koranyi est considérable, et tous les auteurs qui, ces années dernières, ont appliqué la cryoscopie à la clinique, s'en sont inspirés. Nous aurons l'occasion, au cours de cette étude, d'en exposer les parties les plus importantes.

Parmi les humeurs de l'organisme, le sang occupe la première place, les échanges osmotiques s'opèrent, en effet, entre le sang et les autres humeurs. C'est donc la tension osmotique du sang et ses variations à l'état pathologique que nous étudierons tout d'abord.

Point de congélation du sang. — Lorsqu'on veut déterminer le point de congélation du sang, il faut le recueillir au sortir du vaisseau dans un tube préalablement refroidi, pour éviter la coagulation. L'opération est délicate; mieux vaut déterminer le point de congélation du sérum sanguin, séparé au bout de vingt-quatre heures, l'expérience ayant montré que la différence était fort minime, un ou deux centièmes de degré au plus, avec celui du sang total ou du plasma sanguin.

Chez l'homme, le sérum congèle à — 0°56 à l'état normal, avec des oscillations très faibles de deux centièmes de degré en plus ou en moins. Il est rare, en effet, de trouver moins de — 0°54 ou plus de — 0°58.

Il n'en est plus de même à l'état pathologique. Le sérum se concentre chaque fois qu'il existe au niveau du rein un obstacle à la dépuration urinaire; dans ce cas, les matériaux de déchet qui devaient quitter le sang sont retenus dans le torrent circulatoire, la concentration moléculaire du sang s'accroît, son point de congélation s'abaisse. C'est ainsi que, dans l'urémie, il n'est pas rare de trouver — 0°70, — 0°80, pour le sérum. Dans un cas de Koranyi, le sang congelait à — 1 degré, et Widal et Ravaut ont publié l'observation d'un urémique chez lequel ils ont fait une constatation semblable. Le sérum sanguin, dans l'urémie, a donc une concentration moléculaire plus grande qu'à l'état normal; pourtant, ce n'est point là une règle absolument générale, et Koranyi, Senator, Richter ont signalé des cas d'urémie avec point de congélation normal pour le sérum; il n'en faudrait pas conclure que, dans ces cas, l'urémie n'était pas le fait d'une auto-intoxication en rapport avec l'insuffisance de la dépuration urinaire, mais simplement que les produits toxiques retenus se trouvaient non dans le sang, mais dans les tissus. C'est pourquoi souvent le sang des urémiques n'est pas plus toxique que le sang des individus sains, et Baylac (1) a montré que s'il en est ainsi dans l'urémie expérimentale, la toxicité des extraits d'organes, en particulier du tissu hépatique, est par contre notablement accrue. Les recherches récentes d'Achard et Lœper (2) viennent encore à l'appui de cette interprétation; ces auteurs ont injecté dans les vaisseaux de lapins, auxquels ils avaient tout d'abord lié les uretères, du ferrocyanure de potassium, du bleu de méthylène; trois heures après l'injection, comme on ne retrouve plus dans le sang qu'un tiers de la substance injectée, il est bien certain que les deux autres tiers sont dans les tissus. Ce serait donc s'exposer à de graves déboires que de baser le diagnostic ou le pronostic de l'urémie sur l'accroissement du point de

(1) Vaquez et Bousquet. *Presse méd.*, avril 1899.

(2) Koranyi. Physiologische und klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. *Zeits. f. klin. Med.*, 1897-1898, XXXIII-XXXIV.

(1) Baylac. Pathogénie de l'urémie, XIIIe Cong. de méd., 1900, sect. de pathol. gén.

(2) Achard et Lœper. Soc. de biol., 23 et 30 mars 1901.

congélation du sang. C'est pourtant ce qu'a fait un chirurgien, Kümmel (1), qui a utilisé la cryoscopie dans les cas de lésion unilatérale du rein pour établir les contre-indications opératoires : le sang a-t-il un point de congélation de — 0°60 ou inférieur, il ne faut jamais pratiquer la néphrectomie; si le point de congélation est normal, on peut opérer. Certes, l'accroissement de la concentration moléculaire du sang fournit une contre-indication à l'intervention, bien que des états pathologiques autres que l'urémie, comme la cyanose par exemple, puissent réaliser cet accroissement; il serait imprudent, toutefois, d'avoir une confiance absolue dans l'issue d'une néphrectomie, parce que le sang a un point de congélation normal, puisque pareil fait peut se présenter en cas d'urémie avérée. En réalité, le diagnostic de l'insuffisance de la dépuration urinaire doit s'appuyer, comme nous le verrons plus loin, non sur l'étude cryoscopique du sang, mais sur celle de l'urine.

L'acroissement du Δ (Δ, point de congélation) du sang s'observe, d'après Koranyi, constamment chez les cardiaques qui ont de l'insuffisance circulatoire, et en constituerait le meilleur symptôme. Kovaczs (2) a étudié le mécanisme de cet accroissement : *in vitro* les échanges gazeux ont une grande influence sur la pression osmotique du sang; l'action de l'oxygène peut faire varier de 0°09 le point de congélation qui se rapproche de 0; l'acide carbonique produit le même effet en sens inverse. Chez les cardiaques, l'augmentation du Δ du sang tient en partie à la rétention de l'acide carbonique. Dans un cas de cyanose congénitale par communication entre les deux ventricules, le Δ du sang était de — 0° 69. On fit respirer de l'oxygène au malade; après consommation de 30 litres, le Δ était de — 0°66; le traitement fut continué seize jours, le Δ devint — 0°65; au bout d'un mois — 0°62.

En résumé l'insuffisance de l'hématose au niveau du poumon peut amener l'accroissement du Δ du sang de la même façon que l'insuffisance de la dépuration urinaire. Existe-t-il d'autres affections s'accompagnant de l'exagération de la concentration moléculaire du sérum? C'est ce qu'on ne saurait dire à l'heure actuelle, Waldvogel (3) a trouvé dans la fièvre typhoïde des valeurs extrêmement basses pour le Δ du sang, jusqu'à — 1°68, et d'après ces constatations on devrait regarder comme très graves, les fièvres typhoïdes, au cours desquelles le Δ du sérum dépasse peu la normale et reste situé entre — 0°56 et — 0°70. Mais ces résultats surprenants sont liés sans aucun doute, ainsi que l'a établi Rumpel (4), à une mauvaise technique; Waldvogel en effet mesurait le point de congélation d'une dilution de sérum et rapportait ensuite le nombre trouvé au sérum non dilué. Rumpel en opérant sur le sérum non dilué a trouvé des valeurs normales dans 22 cas; nous avons fait nous-même une constatation semblable dans plusieurs cas de fièvre typhoïde bénigne ou grave,

A la suite des travaux de Malassez, de Hambürger, la thérapeutique a utilisé la notion de tension osmotique du sang. Ces physiologistes ont en effet montré que les globules rouges placés dans des solutions n'ayant pas la même tension osmotique que le sang subissent des déformations plus ou moins profondes. Il importe donc, lorsqu'on pratique dans un but thérapeutique des injections intra-veineuses de solutions salines, d'utiliser des solutions ayant même tension osmotique et par suite même point de congélation que le sang. Normalement ce point de congélation est — 0°56, mais à l'état pathologique il est, comme nous l'avons dit plus haut, fort variable; aussi Vaquez (1), a-t-il insisté avec raison sur la nécessité de rechercher le Δ du sang chez les urémiques, les malades cyanosés, avant de pratiquer l'injection intra-veineuse, afin de donner à la solution injectée une concentration moléculaire semblable.

(1) Kummel. XIII[e] Cong. de méd., 1900, sect. de chir. urinaire.
(2) Cité par Koranyi.
(3) Waldvogel. *Deuts. med. Wochens.*, 1900, n° 46.
(4) Rumpel. *Münch. med. Wochens.*, 5 fév. 1901.

Sérosités pleurales. — Koranyi et Tauszk ont étudié le point de congélation des sérosités pleurales pathologiques; il est d'après eux compris entre — 0°51 et — 0°61, oscillant de très près autour de celui du sérum sanguin. Pour ces auteurs, il serait possible de distinguer les liquides de stase des sérosités résultant de l'inflammation de la plèvre, les premiers ayant une tension osmotique plus élevée que les secondes. Malheureusement il s'agit de différences très faibles, deux à quatre centièmes de degré au plus, et nous avons vu que l'on ne peut obtenir à plus de deux centièmes près le point de congélation du sang total, lorsqu'on opère sur le sérum; la différence est encore plus sensible lorsqu'au lieu d'opérer sur le sang extrait de la veine, on se sert, comme beaucoup d'auteurs ont coutume de le faire, du sang provenant de ventouses scarifiées et qui est en réalité un mélange de sang et de lymphe.

Les recherches plus récentes sont passibles des mêmes critiques; nous donnerons pourtant les conclusions de Castaigne (2) bien qu'elles ne soient pas confirmées par Lesné et Ravaut (3). Cet auteur, qui a étudié, en même temps que la cryoscopie comparée du liquide pleural et du sérum sanguin, la perméabilité de dehors en dedans de la plèvre malade à différentes substances (bleu de méthylène, salicylate de soude, iodure de potassium), a trouvé que, pendant la période d'augment, la plèvre est perméable de dehors en dedans, et le liquide pleural hypertonique, mais légèrement, au sérum sanguin; au moment où la pleurésie devient stationnaire, ou bien où le liquide commence à être résorbé, la plèvre n'est plus perméable de dehors en dedans, et le liquide pleural est isotonique au sérum sanguin. Il en résulterait une application thérapeutique, puisqu'on sait que, sauf urgence, la ponction ne doit jamais être pratiquée à la période d'augment.

Mais pour l'étude de l'évolution des pleurésies, comme pour l'urémie et les affections du cœur, la cryoscopie de l'urine fournit des renseignements plus importants que celle du sang ou des sérosités pathologiques.

Liquide céphalo-rachidien. — Le liquide céphalo-rachidien est normalement hypertonique par rapport au sérum sanguin et compris entre — 0°60 et — 0°65, quelquefois pourtant de — 0°57, quelquefois aussi de — 0°70. Il n'en est plus de même, d'après Widal, Sicard et Ravaut (4) dans les méningites tuberculeuses, où le liquide est 4 fois sur 5 hypotonique par rapport au sérum sanguin et congèle à — 0°50, — 0°45. L'étude de la perméabilité de dehors en dedans de la séreuse arachnoïdienne a donné des résultats intéressants; chez les sujets sains, en effet, la séreuse est imperméable

(1) Vaquez et Bousquet. Soc. de biol., 4 fév. 1899.
(2) Castaigne. Soc. méd. des hôpit., 13 juillet 1900.
(3) Lesné et Ravaut. *Presse méd.*, 20 fév. 1901.
(4) Widal, Sicard et Ravaut. Soc. de biol., 20 oct. 1900.

de dehors en dedans: l'iodure de potassium ingéré ne peut être décelé dans le liquide recueilli par la ponction lombaire. Or dans ces cas le liquide est hypertonique par rapport au sérum. Au cours de la méningite tuberculeuse, au contraire la séreuse est perméable de dehors en dedans, et le liquide est hypotonique par rapport au sérum.

Si donc ce rapport entre la tension osmotique du liquide céphalo-rachidien et la perméabilité de la séreuse, pouvait être généralisé, le liquide devrait être hypertonique dans les méningites cérébro-spinales, car Griffon (1) a montré que les méninges dans cette affection ne sont pas perméables de dehors en dedans, et la cryoscopie fournirait un moyen très simple pour déterminer la nature d'une méningite. Nous manquons, malheureusement encore, de documents sur cette question.

Nous devons ajouter que l'hypotonie du liquide n'est pas un symptôme pathognomonique des méningites, Castaigne (2) l'a signalée dans l'urémie nerveuse, l'ictère; là encore elle coïncidait avec la perméabilité de la séreuse et le liquide céphalo-rachidien s'est montré plus toxique qu'à l'état normal.

Bard (3) a proposé d'évaluer la tension osmotique du liquide céphalo-rachieien par la méthode de Humbürger qui consiste à rechercher si les globules sanguins placés dans le liquide subissent l'hématolyse, c'est-à-dire perdent une partie de leur hémoglobine. Normalement il faudrait ajouter X gouttes d'eau à X gouttes de liquide pour que, après avoir ujouté I goutte de sang et centrifugé, le liquide surnageant commence à devenir teinté en rose. Il suffit d'ajouter I ou II gouttes en cas de méningite. Nous ferons remarquer que le phénomène de l'hématolyse est complexe, qu'il a un rapport très vague avec la tension osmotique, certaines substances organiques comme l'urée le produisant même en solutions hypertoniques; de plus, il est des substances bien étudiées par Bordet, et voisines des ferments solubles, qui, à l'état de traces, amènent l'issue de l'hémoglobine indépendamment de la tension osmotique. Il semble donc difficile de substituer la méthode de Bard à la recherche directe des points de congélation, d'autant que cet auteur compare le liquide céphalo-rachidien d'un malade au sang du même malade et qu'alors intervient la résistance globulaire variable du simple au double d'un malade à l'autre [Vaquez, Hambürger (4)].

III

La cryoscopie de l'urine. — On recueille dans un seul bocal l'urine de vingt-quatre heures; le point de congélation de cette urine moyenne varie de —1°30 à —2°20. Ces chiffres montrent que la tension osmotique de l'urine est beaucoup plus élevée que celle du sérum sanguin et donnent une idée du travail considérable que doit accomplir le rein; cet organe a en effet à lutter incessamment contre une force égale à la différence de tension osmotique entre le sang et l'urine. Dreser a calculé l'énergie mise en œuvre par le rein en activité et a trouvé qu'elle égale 180 kilogrammètres, correspondant par suite à l'énergie dépensée pour élever un kilogramme à la hauteur de 180 mètres.

Il était donc intéressant de confronter à l'état pathologique les valeurs du point de congélation de l'urine et du sang, c'est ce qu'ont fait Achard (1), Léon Bernard (2) qui ont envisagé le rapport $\frac{\Delta}{\Delta'}$, Δ étant le point de congélation de l'urine, Δ' celui du sérum sanguin. A l'état normal, ce rapport est égal en moyenne à $\frac{-1{,}70}{-0{,}56}$, c'est-à-dire à 3 environ; dans les néphrites, il s'abaisse beaucoup, jusqu'à atteindre 1, et même à devenir inférieur à 1. En effet, dans ces affections, les matériaux excrétés diminuent de quantité, alors que le volume d'urine est souvent normal ou accru; les urines ont donc une concentration moléculaire plus faible et leur Δ devient plus voisin de 0 degré; au contraire le sang retenant les matériaux qui ne sont pas excrétés par le rein, Δ' augmente et finalement le rapport $\frac{\Delta}{\Delta'}$ diminue. Il semble donc que ce rapport mesure la perméabilité du rein. Il n'en est rien en réalité, car d'une part ce rapport diminue chez tous les polyuriques, même lorsque le rein est intact, et d'autre part Δ' du sang, comme nous l'avons vu, n'est pas fatalement augmenté chez les malades atteints de néphrite. Pour répondre à la première objection, Léon Bernard a étudié le produit $\frac{\Delta}{\Delta'} \times$ volume des urines des vingt-quatre heures, qui garderait chez les polyuriques une valeur normale. Mais nous ferons remarquer que le rapport $\frac{\Delta}{\Delta'}$ ne correspond à aucune entité physiologique; lorsque nous avons comparé les sérosités pleurales, le liquide céphalo-rachidien au sérum sanguin, nous n'avons pas envisagé le rapport, mais bien la différence de leurs points de congélation, qui répond à la différence de leurs tensions osmotiques. Pour l'urine, il fallait également étudier la différence $(\Delta - \Delta')$, qui, multipliée par le volume V des vingt-quatre heures, donne justement la mesure du travail accompli par le rein pendant les vingt-quatre heures, de l'énergie mise en œuvre dans la sécrétion urinaire. Or, depuis longtemps déjà, Dreser a calculé ce travail à l'état normal et pathologique et montré qu'il n'indique pas l'état du rein, car s'il est diminué dans certaines néphrites, dans d'autres, même accompagnées d'urémie, il est normal ou augmenté. L'explication de ce résultat nous semble résider en ce fait que travail total ne signifie pas travail utile; un organe à l'état pathologique peut dépenser une quantité d'énergie plus considérable qu'à l'état normal, sans pour cela mieux assurer la fonction qui lui est dévolue. C'est ce qui arrive dans les néphrites, où le travail du rein aboutit souvent à l'excrétion d'une grande quantité d'urine, mais d'une urine très diluée et surtout trop riche en chlorure de sodium non toxique, par rapport aux substances toxiques dont le rein contribue à dépurer l'organisme.

En cas de néphrite, en effet, le chlorure de sodium est toujours éliminé en excès, et Lépine et Aubert (3), dans un travail déjà ancien ont établi expérimentalement que dans les néphrites unilatérales, le rein malade laisse passer plus de ce sel que le rein sain. Certes, Bohne a relaté en 1898 des expériences d'après lesquelles il se croyait en droit de conclure qu'il existe dans l'urémie une rétention de chlorures,

(1) GRIFFON. *Id.*, 23 mars 1901.
(2) CASTAIGNE. Soc. de biol., 27 oct. 1900.
(3) BARD. *Bull. méd.*, 5 janv. 1901; — Soc. de biol., 9 fév. 1901.
(4) VAQUEZ, HAMBURGER. Rapports présentés au XIII° Cong. de méd., sect. d'anat. pathol.

(1) ACHARD. Rapport présénté au XIII° Cong. de méd., sect. de pathol. interne.
(2) BERNARD. *Presse méd.*, 1900.
(3) LÉPINE et AUBERT. Soc. de biol., 9 janv. 1885.

jouant un rôle important dans la pathogénie des états comateux; mais Hofmann (1) a prouvé que cet auteur avait mal interprété ses expériences, et dans une étude expérimentale et clinique bien conduite, il a mis hors de doute l'absence de rétention des chlorures au cours des néphrites chroniques; allant plus loin encore, il a constaté que, lorsqu'une attaque d'urémie survient chez un brightique, très souvent l'excrétion des chlorures augmente, alors que l'élimination de toutes les autres substances, phosphates, potasse, urée, acide urique, etc., décroît.

C'est en tenant compte de tous ces faits, que nous avons Claude et moi (2), à la suite de Koranyi et de notre maître, le professeur Bouchard, distingué dans l'urine les molécules de chlorure de sodium des molécules exemptes de chlore, des molécules achlorées. Les premières traversent l'organisme sans modification, non sans influer toutefois grandement sur les échanges osmotiques; les secondes proviennent de l'élaboration des aliments ou de la désassimilation des tissus : ce sont des molécules élaborées.

Pour juger de la fonction rénale dans son ensemble, nous n'avons pas étudié l'urine au point de vue osmotique, mais nous avons utilisé la cryoscopie uniquement pour compter le nombre des molécutes qui ont traversé le rein. L'abaissement du point de congélation de l'urine est proportionnel, nous l'avons vu, au nombre de molécules dissoutes dans un volume donné d'urine; si le point de congélation de l'urine est 1°30, il y a un nombre de molécules proportionnel à 1,30 ou pour simplifier à 130, par centimètre cube. C'est ce nombre 130 que nous appelons Δ. Si V est le volume d'urine des vingt-quatre heures, exprimé en centimètres cubes, $\Delta \times V$ représente le nombre de molécules qui ont traversé le rein dans les vingt-quatre heures. Et si P est le poids en kilogrammes du corps de l'individu, $\frac{\Delta \times V}{P}$ est ce même nombre rapporté à l'unité de poids.

$\frac{\Delta \times V}{P}$ est la *diurèse moléculaire totale*. Ce nombre varie à l'état normal de 3000 à 4000. Nous interpréterons ses variations à l'état pathologique quand nous étudierons les maladies du cœur.

Dans les néphrites, que nous avons ici en vue, nous avons montré que seules les molécules élaborées ont une signification intéressante, car leur rétention est corrélative des phénomènes d'auto-intoxication. C'est donc le nombre de molécules élaborées contenues dans l'urine qu'il importe de connaître; un simple dosage de chlorure de sodium fait connaître le nombre de molécules de ce sel renfermées dans l'urine, car on sait que la solution de ce sel à 1 p. 100 renferme 60 molécules par centimètre cube. Si l'urine renferme p grammes p. 100 de chlorure de sodium, elle contiendra $p \times 60$ molécules par centimètre cube, $p \times 60 \times V$ par vingt-quatre heures et $\frac{p \times 60 \times V}{P}$ par vingt-quatre heures et par kilogramme de poids du corps.

Si du nombre total des molécules urinaires, nous retranchons le nombre des molécules de chlorure de sodium, il restera le nombre des molécules élaborées qui sera par suite $\frac{\Delta \times V}{P} - \frac{p \times 60 \times V}{P}$ ou $(\Delta - p \times 60) \times \frac{V}{P}$. Si nous désignons $\Delta - p \times 60$, par δ, $\frac{\delta \times V}{P}$ sera la *diurèse des molécules élaborées*, c'est-à-dire le nombre de molécules élaborées excrétées par vingt-quatre heures et par kilogramme du poids du corps.

Cette valeur $\frac{\delta V}{P}$ a des variations à l'état normal sous l'influence du régime, de l'exercice musculaire et de l'activité de la nutrition; mais elle oscille entre des limites assez étroites, de 1800 à 2500. En cas d'insuffisance de la dépuration urinaire, $\frac{\delta V}{P}$ prend des valeurs de beaucoup inférieures, atteignant 1400, 1000, 500 et moins encore en cas d'urémie confirmée.

Toutefois, la diminution de $\frac{\delta V}{P}$, constante dans les états urémiques, n'en est pas un symptôme pathognomonique; elle se rencontre également dans les affections cardiaques accompagnées de ralentissement de la circulation. C'est qu'en effet la sécrétion rénale dépend de deux facteurs, l'un est l'activité circulatoire dans le glomérule, l'autre la perméabilité des épithéliums des tubes contournés. Si bien que la valeur de $\frac{\delta V}{P}$ donne une idée non pas de la perméabilité du rein, non pas de l'activité de la circulation rénale, mais de l'ensemble de la fonction rénale; elle mesure la perfection de la dépuration urinaire, et acquiert ainsi une valeur pronostique que la clinique a confirmée. Les faibles valeurs de $\frac{\delta V}{P}$ permettent donc de reconnaître la part des phénomènes d'auto-intoxication dans l'ensemble morbide et se rencontrent aussi bien dans l'imperméabilité rénale que dans les affections cardiaques arrivées à la phase d'asystolie.

Nous avons donc recherché si la cryoscopie donnait le moyen de distinguer l'imperméabilité rénale de l'insuffisance circulatoire. Chez les sujets sains, la diurèse moléculaire totale $\frac{\Delta V}{P}$ a des valeurs qui oscillent entre 2500 et 4000, alors que chez les cardiaques en asystolie, elle prend des valeurs beaucoup plus faibles, 2000, 1500, 1000 et même 500. Or, nous avons établi que, chez ces malades, lorsque le rein est indemne de toute lésion épithéliale ou scléreuse, le rapport de la diurèse moléculaire totale à la diurèse des molécules élaborées, baisse parallèlement. Ce rapport exprimé par $\frac{\frac{\Delta V}{P}}{\frac{\delta V}{P}}$ ou par $\frac{\Delta}{\delta}$, a chez les sujets sains des valeurs inférieures à 1,40 et 1,70, correspondant respectivement aux valeurs extrêmes 2500, 4000 de $\frac{\Delta V}{P}$. Dans une de nos observations de cardiaques avec insuffisance légère, nous relevons $\frac{\Delta V}{P} = 2000$, $\frac{\delta V}{P} = 1500$, $\frac{\Delta}{\delta} = 1,10$.

Après avoir examiné un grand nombre de sujets indemnes de lésions rénales, nous avons pu construire un tableau (1) des valeurs que $\frac{\Delta}{\delta}$ ne doit pas dépasser pour une valeur donnée de $\frac{\Delta V}{P}$. Au contraire, en étudiant des cas de lésions

(1) Hofmann. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1898, 603.

(2) Claude et Balthazard. *La cryoscopie des urines*, 1901.

(1) Nous donnons ici le tableau des valeurs que $\frac{\Delta}{\delta}$ ne doit pas dépasser, pour une valeur obtenue de $\frac{\Delta V}{P}$, quand le rein est sain :

(*Voir la suite page 502, en note.*)

rénales profondes, d'urémie, nous avons vu ces valeurs de $\frac{\Delta}{\delta}$ atteindre des chiffres très supérieurs à ceux que nous avons constatés chez les sujets sains. Chez un malade, urémique, nous avons trouvé, par exemple, $\frac{\Delta V}{P}=1000$, $\frac{\delta V}{P}=700$ et $\frac{\Delta}{\delta}=1,50$.

Ces recherches nous ont donc permis d'établir la formule cryoscopique des urines dans l'insuffisance cardiaque et dans l'insuffisance rénale :

Dans l'*insuffisance cardiaque*, les valeurs de $\frac{\Delta V}{P}$ et de $\frac{\delta V}{P}$ sont très faibles, d'autant plus faibles que la circulation est plus ralentie ; mais, si le rein est indemne, la valeur de $\frac{\Delta}{\delta}$ est très basse également. Au contraire, dans l'hypersthénie cardiaque, les valeurs de $\frac{\Delta V}{P}$ deviennent supérieures à 4000.

Dans l'*insuffisance rénale complète*, $\frac{\Delta V}{P}$ est normal ou faible, $\frac{\delta V}{P}$ très faible, mais $\frac{\Delta}{\delta}$ atteint, relativement à $\frac{\Delta V}{P}$, un chiffre très élevé.

A côté de ces types bien tranchés et qui permettent d'affirmer un diagnostic encore hésitant, on peut trouver une infinité d'autres types, quelquefois d'une interprétation plus difficile. C'est ainsi que nous avons vu l'hypertension artérielle des artério-scléreux se caractériser par des valeurs élevées de $\frac{\Delta V}{P}$ avec $\frac{\Delta}{\delta}$ variable, suivant qu'il existait ou non une insuffisance rénale. Chez des cardiaques dont le rein était en même temps insuffisant, $\frac{\Delta}{\delta}$ acquérait des valeurs trop élevées pour les nombres de $\frac{\Delta V}{P}$, etc.

Mais bien que ces types soient assez distincts, à notre avis, pour permettre de porter souvent un diagnostic, nous avons toujours pensé qu'ils ne pouvaient être interprétés justement qu'en s'appuyant sur un examen clinique soigneux du malade. Il est des cas, en effet, où la prédominance des lésions glomérulaires pourrait donner un schéma cryoscopique d'insuffisance cardiaque et réciproquement. Aussi, nous sommes-nous efforcés, dans nos recherches, de mettre en parallèle l'étude clinique du malade et l'examen cryoscopique, en y ajoutant divers procédés d'investigation, et en contrôlant, quand l'occasion s'en est présentée, notre diagnostic par l'anatomie et l'histologie pathologique.

C'est ainsi que nous avons pu décrire un type cryoscopique d'hypersthénie cardiaque et un type d'insuffisance. Dans les néphrites, nous avons vu qu'il existait dans le cours de la maladie des phases de perméabilité suffisante du rein et des phases d'insuffisance, celles-ci se rapprochant pour aboutir à l'insuffisance complète dans la période terminale. Quant aux éliminations des substances en dissolution dans les urines, elles sont relativement plus abondantes en dehors des crises d'urémie dans les néphrites dites interstitielles, que dans les néphrites dites parenchymateuses.

Mais ces formules sont surtout utiles pour dépister les insuffisances rénales latentes, dans les néphrites chroniques qui n'arrivent à déterminer des accidents d'auto-intoxication qu'après une longue durée. Chez les malades atteints de cette variété de néphrite, l'examen fréquemment répété et surtout plusieurs jours de suite, peut déceler des insuffisances transitoires à peine soupçonnées par le seul examen clinique.

Dans les maladies infectieuses graves, qui peuvent se compliquer de lésions du cœur ou du rein, il peut être utile d'être renseigné de bonne heure sur la valeur fonctionnelle de ces organes. Nous avons étudié le type cryoscopique des urines dans quelques cas de diphtérie et de fièvre typhoïde sans complications (1), et nous avons vu qu'il était assez fixe pour qu'on pût être prévenu d'une atteinte du cœur ou du rein par une modification des rapports habituellement constatés. Nous avons cité des cas de diphtérie compliqués de troubles cardiaques ou rénaux qui sont très caractéristiques à cet égard.

Le type cryoscopique des urines dans la pneumonie franche aiguë est très spécial, presque pathognomonique. Au début, les valeurs de $\frac{\Delta V}{P}$ sont normales, celles de $\frac{\delta V}{P}$ souvent supérieures à la normale, mais les valeurs de $\frac{\Delta}{\delta}$ sont très basses et voisines de l'unité, fait en rapport avec la disparition presque complète du chlorure de sodium dans les urines. Au moment de la crise urinaire, qui survient deux jours après la chute de la température, comme Pick (2) l'a également constaté, les valeurs de $\frac{\Delta V}{P}$, $\frac{\delta V}{P}$ augmentent légèrement, mais la valeur de $\frac{\Delta}{\delta}$ s'accroît subitement jusqu'à prendre sa valeur normale et même au delà, en même temps qu'on observe une décharge urinaire de chlorure de sodium. Mais cette crise urinaire est loin d'être transitoire, comme on le croit généralement ; elle dure quinze jours, trois semaines, pendant tout le temps de la résorption de l'exsudat.

Dans les pleurésies enfin, la courbe cryoscopique des urines traduit nettement les diverses phases de l'évolution de l'épanchement, et les valeurs de $\frac{\Delta}{\delta}$ restent basses pendant la période d'augment et la période stationnaire pour s'élever brusquement au moment où l'épanchement commence à être résorbé. Koranyi avait indiqué la diminution rapide du rapport $\frac{\Delta}{NaCl}$ au moment de la résorption des épanchements pleuraux, et Lesné et Ravaut ont récemment confirmé ce fait ; or, il est facile de voir que les rapports $\frac{\Delta}{\delta}$ et $\frac{\Delta}{NaCl}$

Fin de la note de la page 501, 2e colonne :

Pour $\frac{\Delta V}{P}$ =	6000, la valeur $\frac{\Delta}{\delta}$	ne doit pas dépasser 2,10
—	5500	— 2
—	5000	— 1,90
—	4500	— 1,80
—	4000	— 1,70
—	3500	— 1,60
—	3000	— 1,50
—	2500	— 1,40
—	2000	— 1,30
—	1500	— 1,20
—	1000	— 1,10
—	500	— 1,05

(1) Claude et Balthazard. Cryoscopie des urines dans quelques maladies infectieuses, *Journ. de phys. et de pathol. gén.*, nov. 1900.

(2) Pick. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1900, 13-32.

varient en sens inverse; quand les chlorures augmentent dans les urines $\frac{\Delta}{\delta}$ augmente et $\frac{\Delta}{NaCl}$ diminue.

Merklen et Claude (1) ont montré l'importance de la cryoscopie, utilisée suivant la méthode que nous venons d'exposer, pour établir le pronostic, en général bénin, de l'albuminurie orthostatique, et Achard (2) a obtenu dans les néphrites amyloïdes des renseignements concordants sur la perméabilité rénale par l'étude de l'élimination du bleu de méthylène et par la cryoscopie.

En résumé, le point de congélation d'une urine Δ, exprimé en centièmes de degré, multiplié par le volume V des urines émis en vingt-quatre heures, et divisé par le poids P de l'individu, donne une valeur $\frac{\Delta V}{P}$ représentant l'élimination moléculaire par vingt-quatre heures et par kilogramme de poids du corps, tandis que l'élimination des substances achlorées, des produits de désassimilation, est figurée par la formule $\frac{\delta V}{P}$. Ces deux valeurs diminuent et peuvent atteindre des valeurs très basses dans l'insuffisance cardiaque, comme dans l'imperméabilité rénale. Ce premier résultat est hors de contestation, et à ce seul point de vue, la cryoscopie suivant cette méthode permet d'apprécier scientifiquement et très rapidement l'élimination urinaire.

De plus, nous avons constaté que le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ entre ces valeurs, comparé à $\frac{\Delta V}{P}$ peut prendre une signification diagnostique et caractériser l'altération des épithéliums du rein. Les relations entre $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\Delta}{\delta}$ qui expriment cette insuffisance rénale ont été déterminées empiriquement, d'après l'observation et l'étude anatomo-clinique d'un grand nombre de cas. Le schéma d'imperméabilité rénale que nous avons ainsi établi s'est toujours montré conforme aux faits.

Quant à l'interprétation de ces résultats de l'étude cryoscopique suivant le procédé que nous indiquons, elle est facile si l'on adopte la théorie de la sécrétion rénale proposée par Koranyi, et qui est corroborrée par un certain nombre d'observations physiologiques.

Pour cet auteur, on sait, en effet, que les glomérules laissent filtrer une solution aqueuse de NaCl emprunté au sérum sanguin, et que la sécrétion des substances élaborées est le résultat de l'activité des cellules épithéliales des tubes contournés. Mais pour des raisons d'ordre physique très rationnelles, cette sécrétion s'accompagnerait d'une résorption d'une partie du NaCl éliminé par les glomérules, telle que pour une molécule de NaCl résorbée, une molécule de substance élaborée serait déversée dans le tube urinaire. C'est ce que Koranyi appelle l'échange moléculaire. On conçoit que, si les épithéliums sont altérés, cet échange sera moins parfait, et les molécules de NaCl seront éliminées en excès, relativement à ce qui existe dans les conditions physiologiques; la valeur δ s'écartera d'autant plus de Δ, le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ sera plus élevé et pour une valeur donnée de $\frac{\Delta V}{P}$ atteindra des chiffres supérieurs à ceux que l'on observe chez l'individu dont les reins sont sains. D'autre part, s'il y a seulement échange de molécules dans les tubes urinifères, le nombre de molécules qui a filtré par le glomérule est le même que celui, $\frac{\Delta V}{P}$, qu'on trouve dans l'urine; or, ce nombre de molécules est proportionnel à la vitesse du sang dans les capillaires glomérulaires, si bien que $\frac{\Delta V}{P}$ mesure l'activité de la circulation.

La méthode d'examen cryoscopique des urines que nous avons proposée repose sur une hypothèse qui est loin d'être démontrée, a-t-on dit; nous pensons qu'il est plus juste de dire qu'elle repose sur des faits d'observation, et que l'interprétation de ces faits peut être fournie en s'appuyant, si l'on veut, sur l'hypothèse de Koranyi. Mais cette interprétation n'est pas nécessaire; cette méthode a donné déjà des résultats qui sont d'accord avec les indications fournies par les autres procédés d'investigation de la fonction rénale, et entre les mains d'autres observateurs que nous-mêmes.

D'autres recherches sont assurément nécessaires pour permettre de juger la valeur de ce procédé; toutefois, nous pensons que les renseignements qu'il peut donner au médecin, comme complément de l'étude clinique, ont tout au moins l'avantage de substituer à des appréciations souvent vagues des éléments de mesure qui permettent de caractériser d'une façon précise le taux de l'excrétion rénale.

Détermination du poids de la molécule élaborée moyenne. — La loi de Raoult permet de déterminer le poids moléculaire d'une substance en solution, connaissant le point de congélation de la solution. Si P est le poids de substance contenu dans 100 centimètres cubes, Δ le point de congélation, le poids moléculaire M est donné par la formule $M = \frac{K \times P}{\Delta}$ (K étant une constante égale à 18,5). Cette formule exprime simplement que Δ est proportionnel au nombre de molécules contenues dans la solution.

Le professeur Bouchard (1) a appliqué ces notions à l'urine, et déterminé le poids de la molécule moyenne contenue dans les urines. Cette valeur fournit des renseignements précieux sur l'activité de la nutrition; en effet, l'élaboration dans l'organisme de la molécule d'albumine, volumineuse puisqu'elle pèse de 6000 à 10000, se traduit par l'apparition de molécules de plus en plus petites, jusqu'à l'urée dont le poids moléculaire est 60. Ainsi dans la série des processus chimiques d'hydratation et d'oxydation, qui ont lieu dans l'organisme, la molécule albuminoïde donne naissance à des molécules petites et d'autant plus petites que la nutrition est plus parfaite. L'idéal serait la transformation complète en urée, cette perfection n'est jamais atteinte même chez les individus normaux; on en est encore plus éloigné chaque fois que la nutrition est ralentie. Par suite, plus la nutrition est ralentie, et plus dans l'urine on retrouvera des molécules mal élaborées, c'est-à-dire mal segmentées, plus ces molécules seront grosses; la molécule élaborée moyenne aura un poids d'autant plus petit que la nutrition est plus active. Mais on ne saurait considérer le chlorure de sodium comme substance élaborée, alors que les phosphates et les sulfates peuvent parfaitement provenir de la destruction de la matière albuminoïde. Aussi le professeur Bouchard rejette-t-il NaCl. Pour cela s'il y a *p* grammes pour 100 centimètres cubes de NaCl, il est facile de calculer la valeur δ qui revient au chlorure de sodium

(1) Merklen et Claude. Soc. méd. des hôpit., juillet 1900.
(2) Achard et Lœper. Soc. de biol., 1er déc. 1900.

(1) Bouchard. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 9 janv. 1899.

dans l'abaissement Δ du point de congélation de l'urine, c'est 0°60 $\times p$. Si l'urine renferme P grammes p. 100 de substances dissoutes, la formule de Raoult donne pour le poids de la molécule élaborée moyenne, $M = \frac{K \times (P - p)}{\Delta - \delta}$.

L'extrait sec de l'urine obtenu par dessiccation dans le vide donne P (1), p est obtenu par dosage de NaCl, et Δ mesuré directement.

La clinique a vérifié ces données théoriques, et tandis que le poids de la molécule élaborée moyenne des urines oscille à l'état normal de 70 à 85, il s'élève dans les cas de nutrition ralentie à 100 et même 130, 150. Au contraire, dans les maladies fébriles, pneumonies, fièvre typhoïde en activité, tuberculose, on peut le voir tomber au-dessous de la normale, atteindre 65, fait correspondant à la suractivité des oxydations.

IV

Conclusions. — A la fin de cette étude sur les applications médicales de la cryoscopie, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble, nous voyons que l'on a demandé à cette méthode nouvelle des renseignements d'ordre très divers. Tout d'abord on a recherché par la cryoscopie la valeur de la tension osmotique des humeurs de l'organisme, afin d'en déduire le sens des courants osmotiques, la loi des échanges entre les humeurs et les tissus; c'est là l'œuvre de Koranyi, Winter, Hedin, Vaquez et Bousquet. Puis le professeur Bouchard a étudié, en déterminant le poids de la molécule élaborée moyenne, l'activité plus ou moins grande de la destruction de l'albumine, et surtout de la perfection de cette destruction, en somme l'état qualitatif de la nutrition. Enfin, la numération des molécules excrétées, telle que nous l'avons faite, Claude et moi, complète la notion précédente de qualité de la nutrition, par celle de la quantité; on connaissait la grosseur de la molécule élaborée moyenne, on sait de plus le nombre des molécules élaborées. Cette étude a de plus donné des indications précises sur la fonction rénale et sur l'activité circulatoire.

Ainsi, le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre d'affections, liées à l'altération des fonctions que la clinique peut le plus difficilement explorer, ont reçu de la cryoscopie un secours puissant. Tour à tour les affections cardiaques et rénales, les méningites, les pleurésies, les maladies infectieuses, les maladies de la nutrition ont été dotées de symptômes précis par la cryoscopie. Le domaine de cette méthode s'accroitra certes encore, mais c'en est déjà assez à l'heure actuelle, pour qu'elle ait droit de cité dans les sciences médicales, où elle prendra place à côté des méthodes d'exploration chimiques et physiques les plus précieuses pour le médecin. Par la rapidité de détermination, la cryoscopie reste une méthode pratique, au même titre que le dosage de l'urée, que l'examen du sang, que l'étude bactériologique; mais sa précision l'emporte de beaucoup sur les méthodes chimiques et sur les procédés biologiques, et l'état des sciences biologiques n'est pas encore tel que nous puissions interpréter les différences d'un centième de degré qu'elle est susceptible de donner.

(1) Si l'urine renferme de l'albumine, le poids de cette dernière doit être retranché de P.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(1er MAI 1901)

On a terminé la discussion, un peu traînante, soulevée par un rapport de M. Lejars sur les sutures nerveuses. M. Reynier revient sur les faits qu'il a déjà exposés et maintient ses conclusions qui ont été inexactement interprétées, à savoir que la suture d'un gros nerf faite immédiatement après sa section peut permettre un rétablissement plus précoce des fonctions de ce nerf et que, d'une manière générale, la suture, immédiate ou tardive, de nerfs sectionnés facilite et hâte le retour des fonctions.

M. Walter apporte un fait rare et intéressant qui ne fait que confirmer, d'ailleurs, les conclusions de M. Lejars : il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans, très vigoureux, conducteur d'automobile qui, par suite d'une fausse manœuvre, eut, il y a vingt mois, la main violemment étirée en avant, si bien qu'il se fit un allongement du poignet. Le lendemain, les choses étaient remises en place, mais il y avait un énorme gonflement et une anesthésie complète dans toute la zone innervée par le médian et le radial. Un mois après, apparurent des troubles trophiques. Après vingt jours d'immobilisation, on avait eu recours au massage et à l'électrisation. Après deux mois, il y eut quelques mouvements. La sensibilité ne revint qu'après quatorze mois. Les muscles de l'éminence thénar restèrent longtemps atrophiés. Actuellement, vingt mois après, le blessé est presque complètement guéri. Toutefois, sa main n'a pas encore retrouvé toute sa force, il y a encore un peu d'atrophie et il y a un point, correspondant à une cicatrice nerveuse, qui est resté très douloureux au toucher.

Voilà donc un cas d'arrachement du médian et du radial, dans lequel la sensibilité n'est revenue qu'après quatorze mois et dans lequel il existe une cicatrice nerveuse encore très douloureuse.

M. Quénu ne saurait admettre l'une des conclusions de M. Reynier, à savoir que la suture immédiate d'un nerf pourrait ramener les fonctions immédiates. M. Quénu a fait de nombreuses expériences sur les animaux et il résulte de ses expériences comme des faits observés en clinique que le retour immédiat des fonctions est impossible, ce qui s'explique par ce fait que, si parfaite que soit en apparence, la réunion des bouts du nerf, il est impossible d'admettre que les cylindres-axes d'un bout correspondent exactement au cylindre-axe de l'autre bout; en effet, il se fait entre eux une sorte de gangue cicatricielle, qui rend impossible toute communication du courant nerveux.

Tel est aussi l'avis de M. Poirier, qui fait observer que la meilleure réunion immédiate chirurgicale n'entraîne nullement la réunion physiologique. Cela est impossible. S'il en fallait une nouvelle preuve, on la trouverait dans les expériences qu'a faites autrefois M. Ricard sur les chiens. Dans quatre cas, où il obtint une réunion nerveuse immédiate, jamais il n'y eut de retour de la motilité.

M. Potherat apporte de nouveaux faits dans lesquels le retour de la sensibilité n'est revenu que plusieurs mois après le dégagement d'un nerf enclavé dans un cal osseux. Toutefois, ce retour peut être hâté par des excitateurs, du massage, l'électrisation; il peut être obtenu d'autant plus vite qu'il y a moins d'atrophie musculaire.

M. Lejars résume la discussion et arrive à cette conclusion qu'il faut suturer le plus tôt possible et le mieux possible les nerfs sectionnés, et qu'il faut ensuite s'armer de

patience et prêcher aux malades la patience, car c'est toujours très lentement que les fonctions se rétablissent, même quand elles sont ainsi hâtées par une bonne suture.

M. Richelot fait un rapport assez élogieux sur un travail de Mlle Rosenthal, relatif au **traitement du rein mobile par le massage**. La néphropexie ne donnant pas toujours les résultats qu'on avait lieu d'espérer, il est bon que l'on sache qu'un massage bien conduit peut, en trente-cinq ou quarante séances, amener une amélioration considérable dans l'état de la malade, tout au moins au point de vue des poussées congestives, des douleurs qu'entraîne le rein mobile. Il est aisé de comprendre, en effet, que le massage puisse agir sur l'élément congestif ou douloureux, bien plus que sur la néphroptose elle-même. C'est, pensons-nous, ce qu'a voulu surtout démontrer M. Richelot dans son rapport.

Viennent ensuite les présentations :

C'est d'abord un **éléphantiasis de la verge**, opéré par M. Marchant et de telle façon que le malade jouit aujourd'hui de tous ses avantages.

C'est ensuite une **résection de la tête humérale par fracture comminutive avec conservation du cartilage**, présenté par M. Tuffier. Bon résultat auquel, d'ailleurs, M. Ricard oppose un résultat au moins tout aussi bon, obtenu par la conservation après un traumatisme effroyable de l'épaule.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(2 MAI 1901)

Un des premiers, Trousseau insistait sur ce fait que le **tremblement sénile** pouvait se rencontrer dans l'adolescence, idée développée dans la suite par Charcot, Demange, etc. D'autre part, on a isolé un tremblement essentiel héréditaire que l'on assimile maintenant au tremblement sénile (Raymond, Achard...) et qui peut être congénital. MM. Raymond et Cestan présentent une petite fille de dix mois, atteinte depuis sa naissance d'un tremblement essentiel consistant en des mouvements de dénégation de la tête. Ce tremblement est congénital comme peut l'être le tremblement essentiel héréditaire, mais il n'est pas héréditaire, semblable par suite ainsi au tremblement dit sénile; leur cas établit donc un nouveau lien entre ces deux variétés de tremblement, tremblement essentiel héréditaire et tremblement sénile, que l'on doit décrire ensemble sous le nom de névrose trémulante.

Depuis longtemps, M. Babinski a attiré l'attention sur la valeur du **réflexe du tendon d'Achille**; plusieurs travaux ont paru depuis en Allemagne qui paraissent ignorer que M. Babinski est le premier qui ait signalé l'intérêt de ce réflexe. Or ce réflexe existe aussi souvent à l'état normal que le réflexe rotulien, et il est d'une recherche aussi facile. Son abolition s'observe parfois dans la sciatique, il permettra donc parfois de distinguer la sciatique vraie, objective en quelque sorte, de la pseudo-sciatique hystérique. Mais son importance est surtout manifeste dans le tabes incipiens. Dans le cas de tabes avancé, on trouve en effet l'abolition et du réflexe rotulien et du réflexe du tendon d'Achille; parfois le rotulien peut être aboli et le tendon d'Achille conservé, mais, le plus souvent, au début du tabes, on peut observer une persistance des réflexes rotuliens et une suppression du tendon d'Achille. Si on associe ce signe à quelques autres, tels que diplopie, crises gastriques, retard de la réaction lumineuse, existence d'une syphilis antérieure, on aura en sa possession assez d'éléments pour croire à l'existence d'un tabes incipiens. M. Babinski présente deux malades dans ce cas, et le cyto-diagnostic a montré l'existence d'une lymphocytose semblable à celle des tabes confirmés.

M. Lannois a consacré plusieurs travaux à l'étude de la **chorée de Hunthington**; il en rapporte un nouveau cas avec examen histologique. Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, atteint de chorée héréditaire et mort avec une légère poussée de broncho-pneumonie. La moelle était normale mais la substance corticale et la substance blanche du cerveau étaient infiltrées de grains fortement colorés en bleu, grains isolés ou réunis par groupes, surtout dans les espaces lymphatiques qui entourent les grandes cellules pyramidales de l'écorce. Ces lésions avaient été déjà vues par Lannois ; plusieurs auteurs ont insisté sur elles, c'est ainsi que Keraval les considère comme de nature névroglique, Katwinckel, au contraire, comme des lymphocytes. MM. Lannois et Paviot croiraient plutôt à leur nature névroglique. Katwinckel, Oppenheim ont trouvé des altérations des fibres tangentielles; il s'agirait là d'une lésion accessoire, de même que les lésions vasculaires, qui dépendraient peut-être de l'âge avancé des choréiques et qui, dans tous les cas, n'est pas constante. Au surplus, M. Lannois a appliqué à son cas la méthode de Marchi et n'a pas trouvé des corps granuleux. Enfin, on a signalé des altérations des cellules nerveuses (chromatolyse). Cette lésion n'est pas constante et elle peut très bien dépendre d'un état infectieux, car on en constate de semblables dans certains états infectieux et il est possible que le choréique meure à la suite d'une affection pulmonaire infectieuse. Il ne reste donc qu'une seule lésion permanente, l'infiltration par les grains bleus (Nissl); c'est là le substratum organique de la chorée de Hunthington, la lésion qui rend d'ailleurs le mieux compte de l'évolution des symptômes.

M. Guillain a étudié la **pression artérielle des atrophies musculaires** de cause diverse. Elle est normale (16 à 18 avec l'appareil de Potain) dans les atrophies traumatiques et dans les Charcot-Marie. Elle est, au contraire, toujours abaissée dans les myopathies (11 à 13); cette loi paraît constante. Elle n'est pas liée à une lésion vasculaire faisant défaut chez les malades, à une hygiène et à un régime alimentaire spéciaux, car ces malades ont le régime ordinaire de l'hospice ; elle est donc bien particulière à la myopathie et pourrait peut-être s'expliquer par une action du grand sympathique que Vulpian, d'ailleurs, croyait atteint dans la myopathie. Il est intéressant de signaler que, dans la maladie de Thomsen, la pression sanguine est au contraire très élevée en dehors de toute artério-sclérose.

M. Marie attire l'attention de la Société sur une **nouvelle variété de myopathie faciale**. Le nouveau cas qu'il présente diffère, en effet, du type scapulo-facio-huméral de Landouzy-Dejerine. Il est bien congénital, généralisé aux bras et aux jambes avec la morphologie et les troubles de la myopathie; mais il en diffère par la participation de certains muscles de la face. C'est ainsi que le malade présente un ptosis très net; l'occlusion des paupières est, au contraire, possible ; on sait, au contraire, que l'occlusion des paupières est impossible dans le type Landouzy-Déjerine; les autres muscles des yeux ne sont pas atteints. En outre, le malade a la mâchoire tombante par paralysie des masséters.

Tous les autres mouvements de la mâchoire sont conservés (abaissement, déduction...), mais le malade ne peut mâcher les aliments et les masséters sont très atrophiés. Enfin, la langue serait peut-être légèrement atteinte; en tout cas, ses mouvements ne s'exécutent pas normalement. Il existe donc là une participation très intéressante de muscles particuliers. Dans un cas de Bouveret, on trouve signalées la participation du releveur de la paupière, dans deux cas, dans celui de Reynold et celui d'Hoffmann la participation des masséters. Il s'agit donc là de faits certains qu'il faudrait réunir et le malade de M. Marie présente ce gros intérêt de réunir et le ptosis et la paralysie des masséters.

Depuis longtemps, certains auteurs (Joffroy) ont insisté sur le rôle prédisposant d'une intoxication alcoolique dans l'apparition des paralysies périphériques par compression. M. Guillain en rapporte un cas très net. Son vieillard se sert depuis longtemps de béquilles et n'avait jamais présenté de paralysie. Un jour, il fait de nombreux excès de boissons, et le lendemain, il est atteint d'une paralysie des extenseurs des doigts. M. le professeur Joffroy, à ce sujet, rapporte sa théorie qu'il appuie d'un nouvel exemple personnel qui montre combien une intoxication alcoolique prédispose à l'apparition de ces paralysies par compression.

MÉDICATIONS NOUVELLES

La lécithine.

La lécithine ou phospholutéine est une combinaison organique phosphorée. Elle a été retirée du jaune d'œuf de poule par Gobley; elle existe dans le cerveau, le sang, la bile, la laitance de poisson, les testicules, la moelle et les nerfs. On l'a signalée également dans la chlorophylle, les graines et d'une façon générale dans les tissus en proportions d'autant plus importantes que les éléments de ces tissus sont doués d'une vitalité plus grande, c'est pourquoi Danilewsky la considère comme l'agent bioplastique par excellence.

La réaction typique de la lécithine est de se dédoubler sous l'action des alcalis, en acide phosphoglycérique, en acides gras et en choline ou névrine.

Il existe plusieurs variétés de lécithine, celle que l'on utilise en thérapeutique est tirée du jaune d'œuf, c'est l'éther distéaroglycérophosphorique de la choline.

La lécithine se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, d'aspect cireux, fusible avant 100 degrés, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau où elle se gonfle. Elle est à la fois une base et un acide et ne se combine aux uns et aux autres que pour donner des sels très instables.

Les travaux de Danilewsky, de Cesare Serono, et des médecins italiens montrent que la lécithine joue un rôle important dans la formation des globules du sang. MM. Desgrez et Zaky ont trouvé qu'elle favorise l'assimilation de l'azote et du phosphore.

Tout récemment enfin, MM. Gilbert et Fournier ont obtenu par son emploi chez des neurasthéniques et des tuberculeux une augmentation sensible du poids, une reprise de l'appétit et des forces, en un mot une amélioration très notable de l'état général.

La lécithine s'administre à la dose de *dix centigrammes* à *cinquante centigrammes* par jour en pilules, en cachets ou sous formes de granulés.

On l'administre également en injections hypodermiques dans l'huile stérilisée à la dose de *cinq* à *quinze centigrammes*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre confrère et ami, le docteur Meuriot, ancien interne des hôpitaux, ancien président de la Société médico-psychologique. M. Meuriot, après avoir été longtemps le collaborateur du docteur Blanche, lui avait succédé comme directeur de la célèbre maison de santé de Passy.

Par ses travaux, par la dignité de son caractère, M. Meuriot occupait une des premières places parmi les aliénistes. Il sera particulièrement regretté par tous ceux qui ont pu apprécier comme nous l'affabilité de son accueil et la sûreté de ses conseils.

Nous prions son fils, notre cher collègue et ami Henri Meuriot, de recevoir la nouvelle assurance de notre bien affectueuse et très profonde sympathie. F. L. S.

— Les obsèques de M. Meuriot ont eu lieu aujourd'hui, à midi, en l'église de Passy, au milieu d'une immense affluence de confrères et d'amis. Les cordons du poêle étaient tenus par M. le professeur Tillaux, MM. les docteurs Motet, Ritti, Christian, Putel et M. Himmes.

Au cimetière Montparnasse, où a eu lieu l'inhumation, des discours ont été prononcés par MM. les docteurs Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; Christian, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes; Putel, au nom de la Société médicale du XVI[e] arrondissement; Himmes; Motet et le professeur Tillaux, comme amis de la famille.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 17[e] semaine, 1060 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1031) et de la moyenne de la saison (1057).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (la moyenne est 9).

La variole a causé 20 décès; ce chiffre est le plus élevé qu'on ait observé depuis plusieurs années. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 64 (au lieu de 92 pendant les deux semaines précédentes).

La rougeole, ordinairement plus fréquente en cette saison, a causé 21 décès (la moyenne ordinaire des semaines d'avril est 32).

La scarlatine a causé 2 décès (au lieu de la moyenne 4), la coqueluche 7 (au lieu de la moyenne 8), la diphtérie 12 (au lieu de la moyenne 9).

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 27).

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 181 décès, au lieu de 196 pendant la semaine précédente et au lieu de 207, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit: bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchite chronique, 37 (au lieu de la moyenne 28); pneumonie, 29 (au lieu de la moyenne 54); autres maladies de l'appareil respiratoire, 106 (au lieu de la moyenne 105), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 50 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 241 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 24 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51 décès; les maladies organiques du cœur, 73; le cancer a fait périr 52 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 11, la néphrite 35; enfin, 48 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — *Clinique exotique :* L'ÉLÉPHANTIASIS DANS LES PAYS CHAUDS, par M. J. BRAULT, professeur à l'École de médecine d'Alger, chargé du cours de clinique exotique. — DE L'EMPLOI DES PROCÉDÉS DE LABORATOIRE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT, d'après M. MASBRENIER. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. La méthode des scarifications de Vidal dans le traitement des furoncles; — La médication cinnamique dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 6 mai 1901.

Une série de présentations de malades, faites en fin de séance à la Société de chirurgie, une magistrale communication de M. Delorme à l'Académie de médecine viennent d'appeler l'attention sur le traitement immédiat des fracas osseux des membres par les méthodes conservatrices. Il nous a paru intéressant et utile de faire remarquer cette singulière évolution de la chirurgie et de mettre en lumière un des côtés de sa thérapeutique sur lequel on fait trop facilement le silence.

Dans les grands services de chirurgie où les graves blessures des membres sont nombreuses, on ne voit plus aujourd'hui que de rares amputations, soit immédiates soit consécutives. C'est là une des plus heureuses conséquences des méthodes modernes du traitement des plaies. Il est curieux de constater qu'on en ait si peu parlé, alors qu'il est devenu classique d'accuser les chirurgiens d'être uniquement des opérateurs, et que partout on continue à parler du fameux *prurigo secandi*.

Le chirurgien actuel connaît les armes qu'il possède; il en sait la valeur et la portée, et les utilise au mieux des intérêts de ses malades : radical et hardi quand il le faut, il sait être réservé et prudent quand le cas l'exige.

M. Delorme a présenté à l'Académie et à la Société de chirurgie un jeune soldat qui avait reçu, presque à bout portant, une balle de fusil Lebel. Rien qu'en examinant les dégâts produits par l'explosion sur les vêtements du blessé et en considérant l'étendue et l'irrégularité de la cicatrice, il était facile de se faire une idée de ce qu'avait pu être le fracas des os; et cependant, sans résection, sans amputation, le blessé guérit avec un bras, un avant-bras et une main jouissant de tous leurs mouvements.

A cette même séance, un interne des hôpitaux, M. Guibal, présentait un malade dont la jambe gauche avait été véritablement broyée à son tiers inférieur. Il y a quelques années, l'amputation élevée immédiate eût été la seule indication thérapeutique. Aujourd'hui, grâce à la simple propreté bien comprise, au nettoyage exact de la plaie, à l'ablation des esquilles libres, à la ligature des esquilles adhérentes et des fragments mobiles, le blessé de M. Guibal possède une jambe solide, rectiligne et vigoureuse. Deux radiographies montraient, en place, les deux ligatures circulaires au fil d'argent qui encerclent les fragments en jeu de patience, aujourd'hui solidement réunis et consolidés.

Il convient de rapprocher de ces faits le cas d'un confrère, blessé à bout portant par un fusil dont la charge de gros plomb fracassa l'épaule droite, et fit en arrière, à l'orifice de sortie, une brèche telle, dans la région de l'omoplate, qu'on eût pu facilement y loger les deux poings. Là encore, grâce à un nettoyage consciencieux, à l'ablation des fragments osseux détachés, sans opération véritable, sans résection, par de simples pansements propres peu fréquents, M. Ricard put conserver à son confrère un membre si utile, si parfait dans les mouvements qu'il a pu récupérer, que beaucoup de ceux qui connaissent le blessé seraient fort surpris d'apprendre qu'il a été autrefois victime d'un traumatisme aussi considérable.

Tous ces exemples rappelés hier à la Société de chirurgie sont aujourd'hui des faits de pratique courante. Il nous a paru bon de les mettre en parallèle avec les hardiesses voulues et légitimes du chirurgien, dans d'autres conditions et pour d'autres cas. Ces deux manières de faire, si dissemblables en apparence, sont en réalité filles d'une même méthode chirurgicale. Pour mieux préciser, nous dirons que plus un chirurgien est habile en son art, plus il est hardi pour les cas pathologiques, mais plus il est conservateur dans les lésions traumatiques. C'est une vérité qu'il est bon de rappeler.

CLINIQUE EXOTIQUE

L'ÉLÉPHANTIASIS DANS LES PAYS CHAUDS

Par M. J. BRAULT,
Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, chargé du cours de clinique exotique (1).

Dans les contrées chaudes et tropicales, tout comme dans les pays tempérés, mais plus fréquemment, on rencontre diverses espèces d'éléphantiasis. Je me débarrasserai tout d'abord des variétés qui sont des exceptions et constituent plutôt des pseudo-éléphantiasis.

(1) Par décret en date du 8 décembre 1900, une clinique annexe des maladies des pays chauds a été créée d'*une façon définitive* à l'École de

Eléphantiasis exceptionnels ou de minime importance. — L'éléphantiasis congénital ou pseudo-éléphantiasis lipomateux a été observé par Moncorvo au Brésil. Cet auteur a parfaitement décrit de vastes tumeurs de cette nature occupant les membres supérieurs et le dos.

De temps à autre, ici même, en Algérie, parmi les nombreux cas d'éléphantiasis que l'on peut rencontrer, il est une forme d'origine mécanique due à des œdèmes prolongés et répétés placés sous la dépendance d'affections du cœur, des reins, des vaisseaux. Ces œdèmes d'ailleurs peuvent être visités par le streptocoque et on assiste alors à une forme mixte que j'ai observée, il n'y a pas très longtemps, sur une vieille femme, et que vous pouvez observer vous-mêmes sur le malade couché au n° 1 de notre salle.

Cet homme, dont on vous a lu l'observation, est atteint d'éléphantiasis verruqueux des membres inférieurs, il présente en outre de l'œdème mou surajouté, non seulement dans ces régions mais encore aux membres supérieurs. L'explication ici est assez simple, nous sommes en présence d'un israélite âgé, atteint d'ulcères variqueux, ces plaies ont servi autrefois de porte d'entrée aux invasions streptococciques; il s'agit de plus d'un vieil urinaire qui fait de la néphrite.

Dans des cas semblables, le repos, le traitement médical de l'affection cardiaque, de la néphrite; suffit à améliorer très grandement le malade; c'est d'ailleurs ce qui s'est produit pour nos deux observés.

Je passe rapidement sur le pseudo-éléphantiasis névropathique que l'on a rencontré chez des tabétiques ou des hystériques, car je n'en connais pas d'exemples dans les pays chauds et j'arrive de suite aux pseudo-éléphantiasis opératoires et vénériens.

On a signalé des œdèmes durs des membres inférieurs et des organes génitaux externes chez des porteurs d'adénopathies volumineuses (Riegler, Virchow, Renault, Bellamy, etc.). On a observé également des lésions éléphantiasiques de ces mêmes régions surtout à la suite des extirpations étendues et doubles (Riedel, G. Brouardel, etc.). J'ai eu l'occasion d'en rapporter un cas atténué à la Société de dermatologie en 1897 (1); voici cette observation de provenance algérienne très succinctement résumée.

L..., vingt-deux ans, sujet brun, vigoureux, n'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire, entre dans mon service au dey, le 10 septembre 1896, il est porteur d'adénites subaiguës doubles occupant la totalité des chaînes inguinales transverses (2). Extirpation le 12 septembre, les deux chaînes transverses sont enlevées en totalité, les ganglions sont très malades et farcis d'abcès. Un mois plus tard, au moment où le malade cicatrisé se lève, nous observons un œdème du fourreau de la verge, cet œdème disparait sans traitement actif, le sujet guérit complètement en quelques semaines; revu trois mois plus tard, il présente une verge normale.

Dans la syphilis, on observe parfois des pseudo-éléphantiasis des organes génitaux; on en retrouverait facilement des exemples dans les *Annales de dermatologie*. Je n'en ai pas observé ici jusqu'à présent et je ne connais pas de relations de faits analogues concernant les pays chauds, mais évidemment, étant donné la fréquence des syphilis graves dans nos pays, il est à présumer que la chose ne fait pas défaut.

En somme, si nous éliminons l'éléphantiasis des Grecs qui appartient à la lèpre, si nous défalquons toutes ces formes exceptionnelles que nous venons d'indiquer et si nous faisons abstraction de l'éléphantiasis malarique qui n'a existé que dans l'imagination des auteurs anciens, nous sommes réduits à considérer dans les pays chauds deux grandes sortes d'éléphantiasis, l'un microbien, l'autre parasitaire, j'ai nommé : l'éléphantiasis streptococcique et l'éléphantiasis filarien.

Éléphantiasis streptococcique. — Dans les contrées chaudes et tropicales, on rencontre assez souvent des lymphangites et des lymphites chroniques à la suite de lymphangites aiguës et d'érysipèles (1), c'est l'éléphantiasis streptococcique, analogue à l'éléphantiasis nostras. Dans cette forme, *au cours des poussées éléphantiaques*, on trouve toujours le microcoque de Fehleisen, dans la sérosité de la région atteinte (Sabourand). Cette affection est plus fréquente, sans conteste, dans les pays chauds proprement dits, comme l'Afrique septentrionale, l'Asie occidentale, c'est ce qui l'a fait baptiser éléphantiasis des Arabes; toutefois elle se rencontre un peu partout et plus souvent qu'aux contrées tempérées, dans les zones pré et intertropricales des deux hémisphères. Citons seulement les points les plus touchés : les bords de la Méditerranée, l'Inde méridionale (Cochin), les îles de la Société, les Antilles (2), le Mexique.

Le siège habituel de l'éléphantiasis streptococcique dans les pays chauds est le membre inférieur, ainsi que les organes génitaux. Cependant, de temps à autre, on observe des poussées éléphantiaques du côté de la figure, à la suite d'érysipèles récidivants. J'ai vu ici la chose, à plusieurs reprises, soit chez des Européens, soit chez des indigènes israélites.

La prédilection des invasions streptococciques pour le membre inférieur et pour les bourses s'explique aisément surtout dans les contrées chaudes et tropicales. Les Arabes, les Kabyles, dans nos pays; les nègres, les jaunes, dans les colonies tropicales marchent pieds nus et par conséquent sont très sujets au traumatismes et aux infections surales et podaliques. Enfin les irritations, les infections répétées des bourses (gale chronique, érythème, prurigo, eczéma, érythrasma, etc.) sont monnaie courante dans les races colorées; où l'hygiène, voire même la simple propreté font totalement défaut. Indépendamment de l'éléphantiasis, je vois là une raison de la fréquence plus grande de l'hydrocèle simple et de l'hydrocèle suppurée dans les pays chauds (3).

En dehors des membres inférieurs et du scrotum, en dehors également des poussées éléphantiaques dues au strep-

plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. En 1898, il y avait déjà eu un petit service de tolérance à l'hôpital de Mustapha. La première clinique, sur un cas de béribéri présenté par un matelot japonais, a été faite en décembre 1900.

(1) J. Brault. Soc. de dermat., séance du 11 fév. 1897.

(2) Il s'agissait d'adénites inguinales subaiguës d'origine banale. (J. Brault. *Lyon méd.*, 26 mai 1895; — *Semaine méd.*, 30 sept. 1896; — *Arch. gén. de méd.*, mars 1899.)

(1) J. Brault. Soc. de dermat., 10 janv. 1895, et *Arch. gén. de méd.*, fév.-mars 1899.

(2) Jambe de Cochin, jambe des Barbades.

(3) Ces hydrocèles sont beaucoup plus fréquentes que dans les pays tempérés (J. Brault. Infections localisées lentes et atténuées, *Arch. gén. de méd.*, fév.-mars 1899; — *Arch. prov. de chir.*, mai-juin 1899; — voir également Thèses de Bourguinaud et Peloni). Dernièrement, j'a opéré chez des israélites deux hydrocèles suppurées, véritablement monstrueuses; dans la première, les bourses pendaient au genou; dans le second cas, le scrotum descendait jusqu'à mi-jambe, il n'y avait pas moins de 5 litres de pus.

tocoque nasicole dont j'ai dit un mot un peu plus haut, on peut rencontrer exceptionnellement des pachydermies limitées à diverses autres régions du corps : mamelles, membres supérieurs, cou, aine. Mais ici il faut se garder des erreurs de diagnostic et ne pas confondre l'éléphantiasis vrai avec l'hypertrophie simple des mamelles, quand il s'agit des seins ; ou encore avec l'adéno-lipomatose (1) symétrique, surtout quand il s'agit du cou.

Après ce que nous avons dit de la pathogénie de l'affection due à des infections streptococciques répétées, nous devons bien entendu classer simplement comme facteurs secondaires les causes multiples signalées par les anciens auteurs : hérédité, race, sexe, âge, professions, alimentation, vêtements, altitude, etc., etc.

Je dois ajouter toutefois que les races autochtones (2) paraissent un peu plus sujettes que les Européens dans les pays chauds, j'ai déjà expliqué le pourquoi de cette prédilection, il s'agit de causes secondes ressortissant à l'hygiène : malpropreté, *absence de protection des membres inférieurs*. Enfin disons que la pachydermie streptococcique rare, dans l'enfance, se voit un peu plus fréquemment chez l'homme adulte. Les ruraux qui habitent des plaines basses et marécageuses, les habitants des villes qui mènent une vie sédentaire dans des réduits sombres et humides comme on en trouve encore très souvent dans les rues étroites des villes des pays chauds semblent surtout payer un assez lourd tribut à l'affection.

Tel est le bilan des causes secondes, sur lesquelles nous ne saurions insister plus longuement.

L'étude des symptômes comprend la description de l'accès éléphantiasique et de l'éléphantiasis constitué.

L'accès éléphantiasique comporte des symptômes généraux et locaux.

Le « signal symptôme » de l'accès est l'engorgement ganglionnaire de la région ; quelques heures plus tard, survient la fièvre avec trois stades rappelant l'accès malarique : frisson, *chaleur*, sudation. Cependant, il faut l'avouer, les manifestations sont moins bien tranchées que dans ce dernier cas ; la durée de l'hyperthermie est surtout disproportionnée. Bientôt apparaissent des signes de lymphangite tronculaire et réticulaire des plus intenses, la région est le siège d'un gonflement énorme, l'aspect des téguments est analogue à celui que l'on rencontre dans l'érysipèle ; pendant ce temps, l'adénopathie déjà sigalée ne fait que s'affirmer davantage. Peu à peu, les symptômes s'amendent et tout semble rentrer dans l'ordre ; mais il reste de l'empâtement, et à mesure que les crises se répètent le développement de la région atteinte devient de plus en plus considérable : nous voilà venus à la période de l'éléphantiasis constitué.

Au début de cette période d'état, la peau considérablement épaissie n'a pas encore changé de couleur et reste lisse ; mais un peu plus tard, de glabre, l'éléphantiasis devient verruqueux, parfois aussi la peau finit par se bronzer. Les ganglions et les lymphatiques, assez sensibles à la pression et considérablement hypertrophiés, peuvent arriver à constituer des adéno-lymphocèles considérables.

Les régions les plus souvent atteintes sont, comme nous l'avons déjà dit, les membres inférieurs et les organes génitaux externes. D'après les statistiques des auteurs les plus compétents, le membre inférieur est pris 95 fois sur 100, la jambe peut atteindre jusqu'à 1 mètre de circonférence. Il est loisible d'observer, soit dans cette région, soit encore au pied, lorsqu'il prend part à l'hypertrophie générale : des ulcères, des ostéites susceptibles de se compliquer de gangrène pouvant amener le sphacèle complet des orteils. Le scrotum prend, lui aussi, des dimensions fabuleuses et pèse parfois jusqu'à 50, 60 et même 100 kilogrammes. De bonne heure, dans ces grosses bourses, on n'arrive plus à sentir les testicules qui s'atrophient d'ailleurs d'une façon progressive ; la verge disparaît elle-même, enfouie, invaginée, dans la tumeur ; presque toujours, l'hydrocèle séreuse accompagne cette forme de pachydermie. Par contre, dans les cas où l'éléphantiasis atteint la verge seule, ou simplement le prépuce, on a ce que l'on a appelé d'une façon assez pittoresque : le pénis de mulet, ou encore le pénis en forme de trompe d'éléphant.

Ce ne sont pas seulement les organes génitaux de l'homme qui peuvent être ainsi atteints ; chez la femme, les grandes lèvres et les petites lèvres, le clitoris sont aussi pris dans une assez notable proportion ; on a vu des clitoris atteindre ainsi presque le volume d'une tête d'adulte et des grandes lèvres pendant jusqu'à terre.

Si l'éléphantiasis des membres inférieurs et des organes génitaux externes est très fréquent, les pachydermies vraies constatées ailleurs (mamelles, aires restreintes du tégument externe (1), membres supérieurs) sont des exceptions. C'est ainsi, que c'est à peine si l'on rencontre une fois sur 1000 la localisation au membre supérieur ; toutefois, d'après plusieurs auteurs, dans certaines contrées, cette proportion paraît être dépassée (îles de la Société).

En dehors des plaies, des ulcères, des ostéites déjà signalées ; les régions éléphantiasiques (2) peuvent être le siège de complications très graves (abcès, phlegmons, sphacèle) ; en outre, il faut craindre aussi la généralisation de l'infection : la streptococcie, susceptible d'enlever rapidement le malade.

La terminaison par arrêt et guérison se voit sans doute, mais très rarement ; elle s'observe surtout chez les gens qui émigrent vers les régions tempérées ; toutefois, même dans les pays chauds, on voit de temps à autre des améliorations et d'assez longues rémissions. (*A suivre.*)

(1) Launois, Bensaude.
(2) Nègres surtout.

(1) Face, cou.
(2) Tribondeau donne des exemples où l'avant-bras mesurait plus de 60 centimètres en son milieu.

DE L'EMPLOI DES PROCÉDÉS DE LABORATOIRE

DANS LE DIAGNOSTIC PRATIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT

D'après M. Masbrenier (3).

De tous les procédés chimiques qui ont été proposés comme moyens de diagnostic dans la fièvre typhoïde, il n'en est pas de plus simple que l'*uro-diagnostic*, qui repose sur l'étude du syndrome urologique de la maladie.

Le syndrome urologique de la typhoïde aurait, pour M. A. Robin, certains caractères propres : 1° la coloration bouillon de bœuf avec reflets verdâtres de l'urine ; 2° une albuminurie modérée, mais constante ; 3° la disparition de l'uro-hématine ; 4° la présence de l'indican, indépendante des signes intestinaux concomitants ; 5° la persistance ou

(3) Masbrenier. Th. de Paris, 1901.

l'augmentation de l'acide urique; 6° l'absence d'uro-érythrine; 7° une diminution des phosphates terreux.

De tous ces caractères, le dernier seul exigerait un dosage délicat; le premier est constatable à la simple inspection, et, quant aux autres, il suffit, pour se renseigner sur leur présence, de verser un peu d'acide azotique dans l'urine. On voit alors apparaître de haut en bas un diaphragme d'acide urique, un disque net d'albumine, la teinte verdâtre ou violacée de l'indican. En chauffant modérément xx gouttes d'urine avec 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique, la liqueur devient violette ou noire si l'urine contient de l'indican. En agitant l'urine avec un peu d'éther ou de chloroforme, on met en évidence la coloration violette lorsque l'urobiline masque la réaction. Les urines contenant de l'uro-hématine et bouillies avec l'acide chlorhydrique (à la dose de x gouttes d'acide pour 5 centimètres cubes d'urine) prennent une coloration rosée ou rouge.

Tel est, d'après M. Robin, le syndrome dont la présence rend plus que probable le diagnostic de la fièvre typhoïde. Malheureusement, d'après M. Robin lui-même, il est assez souvent en défaut : ce n'est donc pas un élément de diagnostic suffisant par lui-même.

La *diazo-réaction* d'Ehrlich (1882) est basée sur la coloration que prennent les urines des malades atteints de dothiénentérie en présence du sulfo-diazo-benzol. Cette dernière substance est obtenue en ajoutant à 250 grammes de la solution suivante :

Eau distillée...........	1000 cent. cubes.
Acide chlorhydrique....	50 grammes.
Acide sulfanilique......	Q. S. pour saturer.

5 centimètres cubes de cette autre solution :

Eau distillée...............	100 grammes.
Nitrite de soude...........	0gr50 centigr.

Le mélange est versé dans un tube à essai avec une quantité équivalente d'urine, on alcalinise fortement et on agite. La réaction négative est caractérisée par une teinte orangée ou brune, la réaction positive par une coloration rose ou rouge qu'il faut rechercher surtout au niveau de l'écume produite. Les solutions doivent être assez fréquemment renouvelées.

Quelle est la valeur de cette méthode? La diazo-réaction, pour M. Masbrenier, est capable de rendre de grands services, mais elle n'est nullement spécifique, puisqu'on la rencontre dans la tuberculose, dans les infections streptococciques ou pneumococciques, dans la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, etc.

La *recherche du bacille d'Eberth dans le sang et dans les selles* donne-t-elle de meilleurs résultats? Les ensemencements de sang retiré par ponction de la rate sont évidemment faciles à pratiquer; mais la ponction de la rate est loin d'être inoffensive et l'on ne devra avoir recours à cette méthode que dans quelques cas exceptionnels. Quant à la recherche du bacille dans les selles, elle ne saurait, avec les milieux habituels, donner de résultats : aussi s'est-on évertué à trouver un milieu tel que le bacille d'Eberth pût s'y développer à l'exclusion de toutes bactéries ensemencées en même temps que lui. C'est dans ce but que l'on a successivement proposé la gélatine phéniquée, le milieu d'Elsner modifié, etc. Mais ces méthodes restent exclusivement des méthodes de laboratoire, aussi le praticien a-t-il le droit de les ignorer.

La *valeur diagnostique du procédé de Widal dans la fièvre typhoïde de l'enfant* peut rendre les plus grands services. Rappelons la technique à employer (voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1379). Le sang est obtenu par piqûre de la pulpe du pouce, au moyen d'une lancette. La région est préalablement nettoyée à l'éther, la compression circulaire du doigt rend la douleur insignifiante et facilite l'écoulement de sang. Les quelques gouttes de sang sont recueillies dans un tube à essai et mises à reposer. Au bout de quelques heures, le sérum est aspiré avec une pipette, on en dépose une goutte dans un verre de montre et on mélange à un nombre donné de gouttes de culture d'Eberth. Les préparations sont examinées à l'objectif n° 7, de Leitz, et à l'oculaire n° 1. Les cultures doivent, autant que possible, être sur bouillon et ne dater que de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Il convient d'employer une dilution à 1/30, et de suivre la réaction au microscope au moins pendant deux heures. Ainsi pratiquée, la séro-réaction possède une haute valeur diagnostique. Par sa constance et sa précocité, la réaction agglutinante constitue le signe de certitude le plus important de la dothiénentérie.

Le *fibrine-diagnostic*, c'est-à-dire la recherche de l'exagération de la production de la fibrine dans certaines affections fébriles, sa diminution, au contraire, dans d'autres cas, est depuis longtemps connu, mais n'a été que récemment appliqué à la dothiénentérie. Le fibrine-diagnostic est facile à pratiquer : il suffit, en effet, de prendre une lamelle bien plane et une lame de verre creusée d'une rigole circulaire, isolant en son milieu un petit disque dont la surface se trouve à un niveau un peu inférieur au niveau du reste de la lame. Le sang est recueilli par piqûre et recueilli immédiatement sur le disque central de la lame à rigole : on recouvre avec la lamelle et on examine à l'objectif n° 7.

Dans la fièvre typhoïde, le réseau fibrineux est totalement absent, ou du moins réduit à des fibrilles très ténues, occupant principalement les plus petites des lacunes interglobulaires, et les leucocytes sont rares dans le champ de la préparation. Comme la réaction est inverse dans la pneumonie, on peut se fonder sur cette méthode pour confirmer le diagnostic clinique. Mais : *a.* il est des cas intermédiaires où l'on reste dans le doute; *b.* la fibrine-réaction, nulle ou atténuée, existe aussi dans la tuberculose et dans les fièvres éruptives. Ces réserves faites, il faut considérer le fibrine-diagnostic comme un procédé de très grande valeur.

L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(3 MAI 1901)

Sous le nom d'**épreuve du vésicatoire**, MM. Roger et Josué cherchent non seulement à étudier histologiquement le liquide contenu dans la phlyctène qui résulte de l'application du vésicatoire, ce qui a un intérêt scientifique, mais à en tirer des conclusions pour le diagnostic et le pronostic des différentes maladies, ce qui est d'un intérêt pratique évident. Voici, sur cette question, le résumé des auteurs eux-mêmes :

« L'étude histologique du liquide contenu dans la phlyctène déterminée par un vésicatoire établit que cette sérosité tient en suspension un assez grand nombre de cellules. Chez l'homme normal, on trouve une forte proportion de polynucléaires éosinophiles (25,49 p. 100). Chez les individus atteints de maladies infectieuses, ces cellules sont peu nombreuses ou font complètement défaut. Elles reparaissent si

l'organisme prend le dessus et triomphe de l'infection. L'épreuve du vésicatoire fournit donc de précieuses indications sur l'intensité de l'imprégnation toxi-infectieuse et sur le mode de réaction des organes hématopoiétiques.

La différence de ces résultats tient à l'action exercée par les toxines microbiennes sur la moelle osseuse. Sous l'influence de ces poisons, la moelle des os donne naissance à des polynucléaires neutrophiles; elle se trouve par contre, dans ces conditions, dans l'impossibilité de fournir des éosinophiles. Ehrlich a bien mis en lumière cette sorte d'antagonisme qui existe entre les processus infectieux et l'éosinophilie. Or, l'application d'un vésicatoire incite à la production d'éosinophiles, et l'examen du liquide de la phlyctène montre dans quelle mesure le tissu médullaire est capable de produire ces éléments.

On trouve dans le liquide de vésicatoire des leucocytes de toutes variétés, plus des myélocytes et des cellules spéciales que nous avons décrites sous le nom de cellules de vésicatoire.

Dans les cas de tuberculose chronique vulgaire, on trouve 90 à 98 p. 100 des polynucléaires neutrophiles, les éosinophiles sont très rares ou font défaut; les proportions des autres cellules sont assez variables. Les cellules affectent souvent un aspect spécial, elles sont gonflées, comme hydropiques, beaucoup plus volumineuses que chez les sujets normaux. Cet état des éléments cellulaires, sans être spécial à la tuberculose, est beaucoup plus marqué dans celle-ci que dans les autres infections. Dans un cas où elle était manifeste, il nous a mis sur la voie d'une tuberculose latente.

Dans un cas de tuberculose à tendance fibreuse, nous avons trouvé 3,2 p. 100 d'éosinophiles; chez un tuberculeux tout à fait au début, avec bon état général, 7,8 p. 100 d'éosinophiles. Dans deux cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë, c'est-à-dire de tuberculose locale de la plèvre évoluant vers la guérison, il y avait 13,7 et 17 p. 100 d'éosinophiles.

Dans l'érysipèle, les oreillons, l'amygdalite aiguë, l'érythème polymorphe, le zona ophtalmique, la broncho pneumonie, nous avons vu le nombre des éosinophiles varier de 0 à 2 ou 3 p. 100, suivant la période de la maladie et la tendance à la guérison.

Cette méthode, très sensible, nous permet d'explorer les réactions des organes hématopoiétiques et d'apprécier le degré de l'imprégnation toxinique de l'organisme. »

M. Triboulet dit que les faits récents, signalés par Metschnikoff, indiquent bien comment l'**helminthiase peut simuler l'appendicite**; mais il y a lieu de se demander si, dans tous les cas, il s'agit de *pseudo-appendicite*. Quand les accidents, surtout chez des adultes, sont intenses (nausées, vomissements, fièvre); quand il y a signes physiques, douleur et empâtement au point classique de Mac Burney, ne peut-on pas songer à la réalité d'une appendicite sous-jacente, qu'accompagnerait l'helminthiase? Une observation personnelle lui a montré les désordres d'entérite appendiculaire, antérieurs et consécutifs à l'évolution d'une lombricose. Il semble que l'helminthiase puisse volontiers compliquer l'appendicite; mais pour M. Triboulet, il reste à prouver que, cliniquement et histologiquement, la lombricose puisse réellement provoquer l'appendicite.

MM. Marie et Guillain ont tenté la **ponction lombaire avec succès chez un malade atteint d'albuminurie** et souffrant de céphalées très violentes que n'avait pas calmées la médication lactée et les différents analgésiques. Par la ponction lombaire, qui a démontré une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien, on put extraire 6 centimètres cubes de liquide : à la suite, le malade accusa une diminution de sa céphalée, qui finit par disparaître complètement deux heures après. Certains phénomènes de l'urémie nerveuse, comme la céphalalgie, l'amaurose transitoire, ont des analogies multiples avec le syndrome de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, tel qu'on le constate dans les tumeurs irritantes par exemple. Il y a à considérer, dans la pathogénie de l'urémie nerveuse, l'intoxication et l'hypertension. Au syndrome de l'hypertension, aux formes céphalalgiques de l'urémie, on peut opposer la ponction lombaire, thérapeutique symptomatique utile quand la céphalée des brightiques ne sera amendée ni par la médication lactée, ni par les divers analgésiques.

M. Josias lit une longue observation de **kyste hydatique du poumon chez une petite fille de quatre ans.**

MÉDECINE PRATIQUE

La méthode des scarifications de Vidal dans le traitement des furoncles.

Au sujet d'une récente « médecine pratique » sur le traitement de la furonculose (*Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 50), M. L. Dumont (de Saint-Vaury), membre de la Société de dermatologie, veut bien nous rappeler un traitement fort simple, déjà signalé par lui dans les *Bulletins de la Société de dermatologie*, en 1896 (p. 551), et qui constitue une médication beaucoup moins douloureuse (il l'a essayée sur lui-même) que les autres interventions, et d'une efficacité remarquable. Il s'agit de la méthode des scarifications de Vidal.

« Pour que le succès soit absolument sûr, dit-il, il est indispensable : 1° que ces scarifications soient faites au début du furoncle, lorsque la glande sudoripare est seule intéressée et qu'il n'y a pas encore d'infiltration inflammatoire de voisinage; 2° qu'elles intéressent tout le derme; 3° qu'elles soient suivies de l'application d'un pansement antiseptique humide.

Cela ne veut pas dire que la méthode ne réussisse pas dans d'autres conditions, mais le succès est incertain; même dans les cas où on n'obtient pas l'arrêt absolu du processus inflammatoire, on diminue de beaucoup la durée de l'évolution (on peut la réduire à trois ou quatre jours) et on évite la formation du bourbillon.

Cette méthode est, à mon avis, ajoute M. Dumont, supérieure à celle de l'ignipuncture et des incisions cruciales, parce qu'elle est moins douloureuse et parce qu'elle est bien plus efficace; les scarifications détruisent entièrement le nodule inflammatoire; la déplétion sanguine soulage immédiatement la douleur si spéciale du furoncle et entraîne les germes pathogènes. Le pansement antiseptique exerce aisément son action topique sur toute l'étendue et la profondeur de la zone atteinte, grâce à la multiplicité des incisions.

Employée dès le début, la méthode des incisions réussit merveilleusement. Appliquée plus tard, elle soulage et raccourcit de beaucoup la durée du processus. »

La médication cinnamique dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Les résultats obtenus par M. Landerer dans le traitement de la tuberculose, et surtout de la phtisie pulmonaire, par l'injection intraveineuse de cinnamate de soude, ont engagé M. Niehues (médecin militaire allemand) à faire, à la clinique chirurgicale de Bonn, des expériences sur l'action de ce médicament dans les tuberculoses chirurgicales.

Ses recherches ont porté sur 66 malades de tout âge, la

plupart atteints de tuberculose osseuse. Dans la majorité des cas, l'appétit augmenta et l'état général parut influencé trés favorablement. Notre confrère pense toutefois que le régime hospitalier pourrait avoir contribué dans une certaine mesure à cette amélioration. Dans aucun cas, le traitement ne détermina d'albuminurie.

Quant aux injections de cinnamate de soude dans le tissu tuberculeux, M. Niehues dut y renoncer à cause des douleurs qu'elles causaient. Il injecta, par contre, de la glycérine iodoformée à 10 p. 100 ou un mélange d'iodoforme et de crésol cinnamique dans les cavités articulaires tuberculeuses ou dans les abcès froids, associant ainsi le traitement iodoformique au traitement cinnamique. Les plaies tuberculeuses ouvertes furent traitées également par le mélange de crésol cinnamique et d'iodoforme. On n'eut recours à l'intervention chirurgicale que dans les cas où le traitement conservateur avait échoué.

Le nombre des décès fut de 9, celui des résultats insuffisants de 12; 15 malades furent améliorés et 26 guéris; dans 4 cas le résultat ultérieur est inconnu. En comparant ces chiffres à ceux que lui ont donnés des sujets soumis uniquement au traitement iodoformique, notre confrère conclut que la méthode de Landerer fournit un nombre plus considérable de guérisons et, par contre, moins d'améliorations (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 MAI 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 13 MAI, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Retterer, Gley et Heim.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Segond, Rémy et Varnier; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Gilles de la Tourette; — (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Legueu, Tuffier et Lepage; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Walther et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Delbet; — (2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Teissier et Méry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 14 MAI, à une heure. — 2e : MM. Rémy, Weiss et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Campenon, Wallich et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Debove et Achard; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Gilbert; — (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Bouilly, Ricard et Albarran; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Schwartz, Brun et Thiéry; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Charrin et Thoinot; — MM. Joffroy, Roger et Thiroloix; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bar et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 15 MAI, à une heure. — 2e (2e partie, ancien régime) : MM. Reynier, Heim et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Rémy, Walther et Lepage.

4e (nouveau régime) : MM. Landouzy, Wurtz et André; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Kirmisson, Lejars et Delbet; — (2e partie) : MM. Legueu, Delens et Poirier; — M. Méry, suppléant.

VENDREDI 17 MAI, à une heure. — 2e : MM. Gley, Retterer et André.

3e (oral 2e partie, nouveau régime) : MM. Grancher, Landouzy et Méry.

4e (ancien régime) : MM. Hanriot, Wurtz et Thoinot; — M. Tuffier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Jalaguier, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Segond, Reynier et Lejars; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Widal et Teissier; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 18 MAI, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Joffroy, Chantemesse et Gilbert; — M. Weiss, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Dupré; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Richelot, Quénu et Brun; — (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau et Widal; — M. Bouilly, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (anatomie et physiologie). — Le jury de ce concours, qui s'ouvrira lundi prochain 13 mai, à la Faculté de médecine de Paris, est ainsi constitué : MM. Richet, président; Launois, Sebilleau, Poirier (de Paris); Cannieu (de Bordeaux); Laguesse (de Lille); Blanchard (de Paris); Morat (de Lyon); Granel (de Montpellier).

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le jury du concours qui s'ouvre aujourd'hui pour une place de médecin des hôpitaux est composé de MM. Chappet, Lannois, Leclerc, Lyonnet, Mollard, Roque, Mayet, Lépine, Bard, Jaboulay, Nové-Josserand, A. Pollosson.

Les candidats sont au nombre de neuf : MM. Barjon, Collet, Courmont, Dreyfus, Duplant, Nicolas, Pauly, Piéry, Thévenet.

Marine. — *Prix Blache.* — Le prix Blache : 400 francs de rente annuelle à décerner tous les trois ans aux médecins de la marine militaire française ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire ou travail sur la thérapeutique exclusivement médicale, sera décerné en 1902. — Les candidats devront faire parvenir leurs titres au ministère avant le 1er mai 1902.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Kirmisson a commencé son cours de clinique chirurgicale infantile, le samedi 4 mai 1901, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Mardi et samedi, à dix heures : Leçons du professeur.

Jeudi, de dix heures à midi : Consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

Mardi et samedi, de neuf à dix heures : Consultations pour les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par le docteur Malherbe.

Hôpital Necker. — M. le docteur Huchard reprendra (amphithéâtre Laennec de l'hôpital Necker) le vendredi 10 mai, à dix heures précises, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Présentation de malades; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Douchet (de Beaucamps-le-Vieux; de Laret-Lamalignie (d'Arès); Véret (de Prémontré).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) *Semaine méd*, 24 avril 1901.

GERMYL

Triple Extrait de malt pur concentré et pasteurisé

Préparé par les RR. PP. **TRAPPISTES** de Chambarand

Dépôt général : **MAISON L. FRERE**, 19, r. Jacob. – Vente au détail : **PHARMACIE NORMALE**, 19, r. Drouot, PARIS.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

EAUX RECOMMANDÉES

Dyspepsie, Mdies des Intestins	ALET (Buvette)	0.55
Asthme, Maladies du Larynx.	ALLEVARD	0.60
Etablissement	Thermal important	
Gravelle, Dyspepsie, Goutte.	ANDABRE gre St-Affrique	0.50
Dyspepsie, Diabète	CESAR Desaignes	0.50
(Eau de table parfaite)	CESAR supérieure en bouteilles bordelaises a conserver pour la cave.	0.40
Digestions difficiles	CHATELDON (Montagne)	0.65
Reins, Gravelle, Goutte	CONTREXEVILLE (Le Clerc)	0.40
Bronchites, Laryngites	EUZET-LES-BAINS	0.60
Diabète, Goutte, Anémie (Table)	MARCOLS gre St-Sauveur	0.50
Rachitisme. Anémie	SALINS-LES-BAINS	0.40
Eaux Mères et Sels pr bains.	— —	le kilo 1 »
Maladies de la Peau, Eczéma	SAINT-GERVAIS	0.60
Etablissement	Thermal important	
Anémie, Chlorose	SPA (Condé)... Gare Vichy	0.60
Foie, Rate, Estomac	VALS.. VIVARAISES	0.55
(Table) Goutte, Gravelle	VALS.. La DIGESTIVE	0.30
Foie, Estomac, Rate	St-YORRE St-CHARLES	0.35
Goutte, Rhumatisme	St-YORRE CARREAUX	0.30
Diabète, Dyspepsie	St-YORRE AUBERT	0.40

Caisses de 50 btlles fco d'emballage en gare de la Source. Pour 25 btlles 1fr en plus.
S'adr. aux Etablissemts ou à la Compie Génle des Eaux minérales,
18, Rue Taitbout, Paris, Propriétaire des Sources.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

QUINIUM ROY
TONIQUE **Granulé** FÉBRIFUGE

MAGNÉSIE ROY DÉPOSÉ

A. ROY, Phien de 1re Classe, **PARIS**-Auteuil, et Phies

FER QUEVENNE Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudre et Dragées à 0,05).
Franco Echantillons. – 14, Rue des Beaux-Arts, Paris

Glycérophosphates

1o **Solution de glycérophosphate de chaux Freyssinge,** 0 gr. 50 par cuill. à soupe.
2o **Glycérophosphate de chaux granulé Freyssinge,** 0 gr. 25 par cuill. à café.
3o **Polyglycérophosphate granulé Freyssinge,** 0 gr. 25 de glycérophosphate à base de chaux, soude, fer et magnésie par cuillerée à café de sucre granulé.
4o **Dragées de glycérophosphate de fer Freyssinge** dosées à 0 gr. 10.
5o **Névrosthénine Freyssinge.** Polyglycérophosphate en solution concentrée sans sucre ni alcool, 20 gouttes de Névrosthénine contiennent 40 centigrammes de glycérophosphate composé à base de soude, potasse et magnésie.

105, rue de Rennes, PARIS, et les principales pharmacies.

Produits Opothérapiques

de

A. FLOURENS
PHARMACIEN
62, Rue Notre-Dame, BORDEAUX

LABORATOIRE AUTORISÉ par Décret Ministériel
après avis favorable de l'Académie de Médecine (Rapport de M. Nocard).

Obésité. Goitre. Myxœdème Infantilisme. Crétinisme.
THYROIDINE
Pastilles dosées à 20 cent.
PILULES
dosées à 5 cent.

Amenorrhée. Menopause. Chlorose. — Troubles Post-Ovariotomiques.
OVAIRINE
PILULES
dosées à 10 cent.

SONT ÉGALEMENT PRÉPARÉES DANS LE MÊME LABORATOIRE LES PILULES DE :

PROSTATINE — SEMINALINE
CAPSULARINE — HÉPATINE
NÉPHROSINE — SPLÉNINE
MÉDULLOSSINE — TUMOSINE
ENCÉPHALINE — MYOCARDINE

Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

Anémie. Ataxie Locomotrice. Faiblesse générale. Neurasthénie. Impuissance.
ORKITINE
PILULES
dosées à 30 cent.

Asthme. Emphysème. Bronchite et Pneumonie Chronique.
PNEUMONINE
PILULES
dosées à 30 cent.

VENTE EN GROS :
Sté Fse de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, *9, Rue de la Perle, Paris.*

EAU MINÉRALE ARSÉNICALE ET FERRUGINEUSE
Source GUBER en Bosnie
Facile à digérer. — S'emploie avec succès contre l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Malaria**, les **Affections nerveuses** et les **Maladies cutanées**. — Dépôt chez tous les Mds d'Eaux Minérales et Pharmaciens.

N° 54. — JEUDI 9 MAI 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 9 MAI 1901. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — *Clinique exotique :* L'ÉLÉPHANTIASIS DANS LES PAYS CHAUDS (*fin*), par M. J. BRAULT, professeur à l'École de médecine d'Alger, chargé du cours de clinique exotique. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Action de l'arsenic sur la peau; — *Médecine infantile :* L'iodure d'arsenic contre la bronchite dite chronique, emphysémateuse des enfants; — Les compresses de bicarbonate de soude chez les enfants; — *Chirurgie :* Du danger des injections de morphine après les opérations pratiquées sous chloroforme, et du réveil des mouvements respiratoires par l'irritation directe de la muqueuse trachéale; — *Thérapeutique :* Le salicylate de soude dans le diabète; — Sur un nouvel antiseptique à base de mercure, l'hermophényl. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CLINIQUE EXOTIQUE

L'ÉLÉPHANTIASIS DANS LES PAYS CHAUDS (1)

Par M. J. BRAULT,
Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, chargé du cours de clinique exotique.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer, ici, l'éléphantiasis à son début; mais la chose m'est arrivée en France autrefois; comme la marche de l'éléphantiasis streptococcique aux pays tempérés et aux pays chauds est semblable à très peu de chose près (2), je me permettrai de résumer très brièvement cette observation :

En 1888, alors que j'étais médecin dans un régiment d'artillerie, à Rennes, j'avais, comme habitué à la visite, un homme qui savait d'une façon empirique se déterminer des érysipèles. Malgré une surveillance attentive, je ne pus jamais connaître son procédé, bien qu'il annonçât d'avance à ses camarades qu'il aurait un érysipèle et que je serais dans la nécessité de l'envoyer à l'hôpital. Pour ses inoculations, il choisissait un endroit commode, toujours la même place, à la jambe gauche. A la suite de toute une série d'érysipèles, cinq ou six pour le moins, et tous de la plus grande violence, je vis se développer chez lui un épaississement dermique très marqué de tout le membre habituellement inoculé. A ce moment, le sujet prit peur, mais il était un peu tard; il présenta une ou deux poussées éléphantiasiques analogues à celles que je viens de décrire, et nous fûmes obligés de le réformer. Telle est, tout à fait abrégée, cette observation qui a toute la valeur d'une expérience de laboratoire.

Ici, en ville (3), les cas d'éléphantiasis constitué ne sont pas rares; l'an dernier, en traitant la question au point de vue théorique, je vous ai cité l'observation d'une femme atteinte d'éléphantiasis des membres inférieurs et d'un énorme adéno-lymphocèle de la région inguino-crurale droite; je vous en fais passer la photographie. Il y a quelques semaines, j'ai observé chez une Maltaise un éléphantiasis plus limité, l'affection était cantonnée au pied gauche et aux deux tiers inférieurs de la jambe du même côté; les antécédents érysipélateux étaient des plus nets.

L'œdème dur éléphantiasique consiste essentiellement en un œdème qui ressortit à l'oblitération des lymphatiques.

L'épiderme est épais, tantôt il présente un certain degré de kératose; tantôt, au contraire, il est ramolli et comme macéré. Quant au derme, d'une façon générale, il est épaissi également, et parcouru par des faisceaux fibreux multipliés et hypertrophiés; la couche des papilles est énorme et donne lieu aux végétations, aux villosités, qui se détachent à la surface des membres éléphantiasiques.

Les lymphatiques sont surdistendus ou variqueux; les artérioles sont élargies, sinueuses; les veinules enflammées et plus ou moins oblitérées présentent tous les signes de la phlébite.

Le tissu cellulaire est dur et lardacé, il fait corps avec le derme et a perdu ses caractères de tissu cellulo-graisseux. En somme toute la peau est le siège d'une dermite fibreuse hypertrophique démesurée.

Je dois ajouter que sous ces téguments, les autres organes sont fortement touchés : les muscles sont décolorés, atrophiés et dégénérés; les vaisseaux et les nerfs eux-mêmes sont souvent altérés. Je ne reviens pas sur l'engorgement des ganglions parfois énormes, comme dans l'observation de la femme dont je vous ai montré la photographie.

La poussée éléphantiasique, grâce à son *signal symptôme ganglionnaire*, grâce aux commémoratifs (poussées analogues et épaississement du membre dans l'intervalle), se différencie assez nettement du phlegmon, de la phlébite, de l'érysipèle et de la lymphangite simple.

L'éléphantiasis constitué ne saurait être confondu avec les fausses pachydermies de la lèpre tuberculeuse; l'anesthésie, le défaut d'uniformité dans l'épaississement tégumentaire, indépendamment des autres signes, caractérisent suffisamment le pseudo-éléphantiasis des Grecs.

Les commémoratifs, l'examen général du sujet, fait d'une façon complète, permettra de reconnaître les éléphantiasis exceptionnels énumérés en tête de cette leçon : éléphan-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 509.
(2) Intensité à part.
(3) A Alger, c'est surtout dans les quartiers pauvres et malsains dits de la marine que l'affection se rencontre le plus et le mieux.

tiasis congénital, névropathique, cardiaque, rénal, syphilitique et opératoire.

La seule grosse difficulté, dans les pays chauds, est le diagnostic différentiel, entre l'éléphantiasis streptococcique et l'éléphantiasis filarien Dans certains cas, les signes cliniques pourront mettre sur la voie; c'est ainsi qu'un lympho-scrotum, une hydrocèle chyleuse, ou une autre manifestation habituelle de la filariose nocturne accompagnant l'éléphantiasis des membres inférieurs peuvent venir nous tirer d'embarras. Dans d'autres cas, au contraire, l'examen microscopique lui-même ne peut nous donner la clef du problème. Le streptocoque ne se retrouve dans la sérosité des membres atteints d'éléphantiasis streptococcique qu'au moment des poussées (1); d'autre part, suivant les explications de Manson sur lesquelles nous aurons à revenir, dans l'éléphantiasis filarien, les embryons de filaire peuvent faire défaut.

La prophylaxie de l'éléphantiasis streptococcique tient, pour ainsi dire, dans l'hygiène du vêtement et dans la propreté, il faut fermer en un mot la porte d'entrée au streptocoque. Au lieu de marcher jambes et pieds nus, on doit se munir de bonnes chaussures et d'appareils de protection adaptés aux diverses circonstances; il faut en outre, dans les pays chauds, soigner avec minutie les moindres plaies et excoriations. Enfin, les diverses efflorescences cutanées et les piqûres des parasites si répandus dans les pays tropicaux (puce, chique, larves diverses, mouches, moustiques, sangsues aquatiques et terrestres), doivent être l'objet d'une désinfection rigoureuse et continue. Lors de la poussée éléphantiasique, il faut instituer le traitement antistreptococcique dans toute sa rigueur et sans perdre un instant. Tout en donnant une position convenable à la région atteinte, on fera des applications d'ichthyol et traumaticine à parties égales, ou encore des badigeonnages avec le mélange suivant : gaïacol et menthol *ãã* 1 gramme, huile camphrée, 30 grammes; enfin on pratiquera des injections de sérum de Marmorek très efficaces en pareil cas.

Au début de la période d'état, on a vivement conseillé le repos au lit, le massage, les bains de vapeur, les pansements compressifs (colles à l'oxyde de zinc, bandages roulés, bandes de caoutchouc), l'électricité, les injections médicamenteuses (calomel, etc.). Ces moyens, surtout combinés, comptent un certain nombre d'améliorations marquées. C'est ce qui est arrivé dans les divers cas que je viens de vous citer, vous pouvez constater la chose chez notre malade du n° 1.

Le rapatriement dans les contrées plus tempérées, est également une bonne précaution, lorsqu'il est réalisable.

Dans l'éléphantiasis invétéré, les divers traitements susénoncés n'ont plus qu'une valeur très relative et il faut recourir à un traitement vraiment chirurgical.

Il faut laisser de côté les résections nerveuses, les ligatures artérielles qui ne comptent que des insuccès: les larges excisions ont bien donné quelques améliorations, mais il faut surtout recourir à l'ablation radicale quand la chose est possible; c'est ainsi que l'on pratique l'amputation quand il s'agit d'un membre; ou encore, l'oschéotomie, quand il s'agit d'éléphantiasis du scrotum (2).

(1) C'est ainsi que, chez notre malade du n° 1, au cours d'une poussée très faible caractérisée par un peu de rougeur et un léger bourrelet, nous n'avons rien trouvé dans la sérosité; nos cultures sont restées stériles.

(2) Les adéno-lymphocèles volumineuses doivent également être extirpées.

Je n'ai pas à insister ici sur la technique opératoire des amputations, d'ailleurs assez souvent refusées par les aborigènes des pays chauds; je veux seulement donner quelques détails sur la résection des bourses. Ici, bien entendu, il faut agir avec toutes les précautions désirables pour ménager des organes importants : testicules, verge, épididyme, cordon, intestin (1).

Le volume excessif de la tumeur exige, le plus souvent, le soulèvement comme dans les gros fibromes (appareil de Reverdin).

Quand le pénis est libre et que les testicules ne sont pas adhérents, l'opération est simple : après avoir relevé ces derniers, on taille dans la peau saine deux lambeaux chargés de les recouvrir, l'hémostase est faite au fur et à mesure des besoins.

Dans le cas contraire, il faut procéder à la dissection minutieuse des cordons et dégager les testicules, ainsi que la verge, par des incisions appropriées. En général, on pratique deux incisions verticales qui descendent de l'anneau inguinal, suivant la direction présumée du cordon, après quoi on réunit les deux incisions verticales par une incision transverse, et le pénis enfoui est recherché suivant une ligne perpendiculaire à cette incision transverse. En fin de compte, on trace deux lambeaux chargés de recouvrir les glandes séminales.

Quand le pénis est lui-même pachydermisé, il y a lieu de tracer sur la peau saine un troisième lambeau antérieur et médian pour recouvrir la verge décortiquée de son enveloppe éléphantiasique (procédé de Delpech).

Le procédé de Patridje, qui assure l'hémostase préalable à l'aide de la bande et du tube d'Esmarch, fixé par des lacs à une ceinture de cuir passée autour de l'abdomen, est tout à fait recommandable. Dans ce procédé, on dissèque méthodiquement le pénis et les testicules et on termine après relèvement par une circulaire réunissant, aussi près que possible du périnée, toutes les incisions longitudinales (2).

Les seules difficultés dans l'opération de l'oschéotomie sont : l'hémorragie et le recroquevillement des bords des incisions produites; les ligatures constituent le temps le plus long de l'intervention, elles doivent être faites avec le plus grand soin.

Les hydrocèles et les hernies concomitantes demandent par surcroît la cure radicale.

Nous avons la conviction que le *streptocoque* n'est pas la seule espèce microbienne menant à l'éléphantiasis; le *staphylocoque blanc*, organisme par excellence des infections lentes et atténuées, accidentelles ou même opératoires (abcès de fils), peut être incriminé; Tribondeau l'a retrouvé dernièrement plusieurs fois dans ses examens. Nous-même, dans un cas de macroglossie à poussées éléphantiasiques d'ailleurs accompagné d'adéno-lymphangiomes des régions cervico-faciales; nous avons retrouvé le *pneumocoque* à l'état pur, dans les poches lymphangiectasiques, lors des poussées (3).

Éléphantiasis filarien. — En dehors des éléphantiasis

(1) Il peut y avoir une hernie concomitante.

(2) Une opération analogue, mais beaucoup plus simple, doit être appliquée à l'éléphantiasis des organes génitaux externes de la femme.

(3) Une souris inoculée est morte en l'espace d'une trentaine d'heures. Je possède diverses photographies du petit malade et la photographie microscopique d'une coupe de la portion de la langue que j'ai dû lui réséquer. — J. Brault. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1897, XXIII-27, et 1898, XXIV-31.)

que nous venons d'énumérer (dans les pays chauds), il faut savoir faire une place à l'éléphantiasis filarien.

On sait que cette variété d'éléphantiasis a été rayée du cadre nosologique par plusieurs auteurs; cependant, dans un certain nombre de cas de pachydermie, il s'agit bien de filariose.

Manson, très compétent, a très habilement soutenu cette opinion, contre ceux qui objectent que l'on ne trouve pas de filaires. Voici ses principaux arguments.

La forme de la filariose, au point de vue lymphatique, dépend de la situation du parasite.

Si ce dernier détermine seulement une oblitération partielle, il ne se produit pas de varices lymphatiques, les embryons peuvent passer dans le sang, grâce aux anastomoses, il y a lympho-scrotum, chylurie ou engorgements ganglionnaires.

Au contraire, lorsque l'oblitération est complète, il peut se produire deux choses :

1° La lymphe accumulée dilate tellement les vaisseaux, qu'il en résulte des lymphorragies du scrotum et des membres; on trouve des embryons dans la lymphe, on n'en trouve pas dans le sang.

2° Les lymphatiques distendus ne se rompent pas, la lymphe stagne, les ganglions s'indurent et l'éléphantiasis apparaît. On ne trouve pas d'embryons dans le sang et la filaire adulte finit même par périr étouffée par ses jeunes et par la lymphe qui s'organise, c'est ce qui rend le diagnostic très difficile pour peu que l'on n'ait pas suivi le malade dès le début, non seulement les filaires adultes, mais encore les œufs et les embryons, peuvent fermer la circulation lymphatique, en constituant des sortes d'embolies vermineuses.

Je viens de dire que le diagnostic causal était en somme très obscur, lorsque les filaires avaient succombé.

Il faudrait pouvoir suivre d'une façon complète un filarien chez qui on aurait tout d'abord constaté la filaria sanguinis nocturna et chez lequel on pourrait éliminer les autres causes d'éléphantiasis. La chose répétée sur plusieurs individus lèverait tous les doutes vis-à-vis de la doctrine de Manson, à savoir qu'*il est des éléphantiasis filariens sans filaires* (1). C'est de ce côté qu'il y a lieu d'organiser des recherches, dans les pays où il existe de la filaire nocturne.

Je ne saurais revenir ici sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis, qui sont, à peu de choses près, semblables à celles des éléphantiasis streptococciques rencontrés, soit dans les colonies, soit plus rarement dans les pays tempérés. Avant l'apparition de l'éléphantiasis filarien, on observe assez fréquemment des accès fébriles qui ont été parfois confondus, dans les colonies, avec les accès malariaques.

Bientôt on assiste à une lymphangite intense, avec un gonflement énorme et une peau dont l'aspect rappelle celui de l'érysipèle; lorsque ces phénomènes aigus sont passés, il est rare qu'il ne reste pas un certain degré de gonflement.

Les poussées se succèdent ainsi, l'empâtement qui en résulte augmente à chaque nouvelle crise et l'éléphantiasis se trouve constitué.

Au commencement, la peau n'a pas changé de couleur et reste lisse, mais bientôt de glabre l'éléphantiasis devient rugueux, parfois aussi le coloris de la peau se fonce considérablement.

(1) Parce qu'elles ont disparu.

Les ganglions qui correspondent à la région atteinte sont le siège d'un gonflement marqué et sont assez sensibles.

Dans ces régions mal nourries, où la sensibilité est émoussée, les pires complications sont à craindre (abcès, phlegmons, etc.), surtout chez les gens sales et insouciants, comme le sont la plupart du temps les indigènes atteints dans les pays chauds et tropicaux.

Il y a quelques années, j'ai observé un Arabe venu de Tiaret, qui présentait à la fois un lympho-scrotum et un éléphantiasis des membres inférieurs; cet homme était porteur de nombreux abcès, dont le pus, au milieu d'une flore microbienne très riche, contenait une grande quantité de tétragènes.

Quant à l'anatomie pathologique, parasite à part, elle ne diffère en rien de celle de l'éléphantiasis streptococcique.

Nous avons suffisamment insisté sur le diagnostic différentiel à propos de l'éléphantiasis streptococcique; enfin, nous pouvons dire que le traitement de l'éléphantiasis filarien, au début ou constitué, reste le même que dans la forme précédente, puisque nous n'avons encore aucun moyen efficace pour nous débarrasser de la filaire; la prophylaxie seule varie un peu, elle se confond avec celle de la filariose nocturne; autrefois, on conseillait surtout de se méfier des eaux, des végétaux herbacés mangés crus; aujourd'hui, avec la nouvelle théorie dégagée par les élèves de Manson, il faut surtout détruire l'hôte intermédiaire, le moustique qui serait l'auteur de tout le mal.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(7 MAI 1901)

Un rapport de M. Laveran sur les **eaux minérales**, une lecture de M. Régis sur les **troubles psychiques consécutifs aux infections et aux intoxications**, travail qui a été renvoyé à l'examen de M. Motet, tel est le bilan de cette séance qui a été levée à trois heures et demie pour un comité secret. Voici le résumé de la communication de M. Regis :

M. Régis montre qu'il existe des formes cliniques bien déterminées de psychoses toxiques.

L'une de ces formes, est essentiellement composée de deux éléments : un élément confusion et un élément délire, associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie.

A la confusion mentale se rattachent l'obtusion, la désorientatiou d'esprit, l'hébétude et l'amnésie avec démence temporaire ou définitive.

Le délire est caractéristique; c'est un délire de rêve ou onirique. Il naît et évolue dans le sommeil.

Le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve, c'est, de plus, un délire de rêve morbide, de somnambulisme, d'état second.

Les délirants toxiques ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve vécu, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiant, passant parfois de leur état second à la réalité, et de la réalité à leur état second; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir vague ou nul de leur accès; comme eux enfin, ils gardent souvent implantée dans

leur esprit, plus ou moins longtemps après guérison, quelque idée fausse, isolée, obsédante, tenace, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire.

Ce qui achève de prouver enfin l'identité de nature du délire toxi-infectieux et des états seconds, c'est qu'on peut parfois intervenir dans celui-là comme dans ceux-ci par l'hypnose successive, soit pour réveiller le souvenir perdu de l'accès, soit pour combattre les idées fixes qui lui survivent, et cela en l'absence de tout élément hystérique, car souvent, dans ces cas, la suggestibilité du sujet n'existe que pendant la phase d'intoxication et cesse avec elle.

On peut donc considérer comme psychoses toxiques toutes celles qui réalisent ce complexus fait de confusion mentale et de délire onirique. Dans ce groupe on doit comprendre : les psychoses d'inanition, d'insolation, de brûlures, les psychoses oniriques de la vieillesse, des névroses, les psychoses traumatiques, enfin les vraies psychoses opératoires, j'entends par là celles qui sont dues réellement à l'opération ou à ses suites, et non les vésanies survenues chez des prédisposés à l'occasion d'une opération.

Ces psychoses diffèrent des vésanies ou folies pures, non seulement par leur nature, leurs caractères, leur évolution, leurs lésions pathogéniques, mais encore par le milieu où elles évoluent. Ce sont des délires hospitaliers et non pas d'asiles; ce sont ceux que le praticien est principalement appelé à voir et à traiter.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Action de l'arsenic sur la peau (BROOKE et LESLIE ROBERTS). — A l'occasion des empoisonnements par l'arsenic, dus à une bière frelatée qui ont été observés fréquemment dans le nord de l'Angleterre, les auteurs décrivent les symptômes cutanés de l'arsenicisme : au cours de cette épidémie, les érythèmes étaient variés, habituellement diffus, occupant le tronc et les membres; ils ressemblaient tantôt aux engelures, tantôt à l'érythème polymorphe; leur coloration, d'abord franchement rouge, devenait ensuite cuivrée. L'herpès, communément observé, était unilatéral. Des éruptions pemphigoïdes se sont montrées peu de temps après que les malades eurent cessé d'ingérer la bière empoisonnée : elles siégeaient principalement au niveau des mains et des pieds. L'hyperidrose était fréquente.

La pigmentation pouvait apparaître simultanément ou à l'exclusion des autres lésions cutanées; variant du brun sale au brun presque noir, elle occupait de préférence les aisselles, les aines et le cou; la paume des mains, la plante des pieds et la face offraient une coloration moins marquée. Le trait caractéristique de la pigmentation arsenicale est la grande différence de teinte qu'on peut observer entre deux zones contiguës. A part un liséré bleu au niveau des gencives, les muqueuses avaient leur coloration normale. Il existait à la paume des mains et à la plante des pieds un certain degré d'hyperkératose. Les ongles, les cheveux n'offraient rien de particulier. La desquamation était de règle à la suite des diverses lésions cutanées. Enfin, la dégénérescence graisseuse des parois des petits vaisseaux sanguins a eu pour effet, dans quelques cas, de produire des taches ecchymotiques. (*Brit. Journ. of dermat.*, avril 1901.)

A. H.

MÉDECINE INFANTILE

L'iodure d'arsenic contre la bronchite dite chronique, emphysémateuse des enfants [M. R. SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux)]. — Chez les enfants débilités, soit héréditairement, soit passagèrement, chez les rachitiques, chez les lymphatiques, on voit des bronchites s'accompagner de lésions persistantes capables de leur donner l'allure de la chronicité, le caractère de l'emphysème pulmonaire.

Pour activer la nutrition et permettre à l'organisme de réparer ses lésions, M. Saint-Philippe pense que l'iodure d'arsenic, qu'il a préconisé il y a trois ans dans une note à l'Académie de médecine contre les manifestations variées du lymphatisme et du scrofulisme, pourrait rendre de grands services.

« Voici, dit-il, comment il doit se formuler et se prescrire. C'est à la dose de 1 p. 100, soit par exemple :

Iodure d'arsenic........ *trente centigrammes.*
Eau distillée........... 30 grammes.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par V gouttes à chaque repas, augmenter de I goutte matin et soir, et arriver progressivement à XV, et même XX gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à V.

Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 mai 1901.) L. G.

Les compresses de bicarbonate de soude chez les enfants. — M. WLADIMIROV a recouru aux pansements bicarbonatés dans 30 cas de suppuration de causes diverses : brûlures, pyodermites, fistules, plaies contuses, adénopathies, panaris.

Dans les brûlures, les compresses au bicarbonate de soude arrêtent rapidement la suppuration et activent la cicatrisation même dans les cas rebelles à tout autre traitement.

De même ce pansement donne d'excellents résultats dans les plaies qui guérissent rapidement, sans suppurer, en donnant des cicatrices à peine appréciables. Dans les abcès et les panaris, les résultats sont également très satisfaisants.

Les compresses peuvent être appliquées, soit sous forme de pansement humide, soit être renouvelées tous les jours, mais de plus, humecté sur place, deux ou trois fois par jour, soit enfin en plaçant entre la compresse et le taffetas une compresse couverte de vaseline boriquée, pour empêcher l'évaporation; dans ce dernier cas, le pansement peut être laissé en place deux jours.

Les principaux avantages du pansement sodé sont l'innocuité absolue, son action analgésiante et antiputride qui le rendent précieux dans la pratique infantile. (Société de pédiatrie de Moscou, déc. 1900.) S. B.

CHIRURGIE

Du danger des injections de morphine après les opérations pratiquées sous le chloroforme, et du réveil des mouvements respiratoires par l'irritation directe de la muqueuse trachéale. — M. LAUWERS (de Courtrai) rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, ayant été opéré d'un polype naso-pharyngien sous le chloroforme, fut pris, après une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, de signes d'empoisonnement aigu par la morphine : cyanose, coma, rétrécissement des pupilles, respiration lente et stertoreuse, mais on ne constata ni injection des sclérotiques ni petitesse du pouls.

« De l'étude attentive des symptômes de l'intoxication aiguë par la morphine et des désordres observés chez mon malade, il me paraît résulter, dit M. Lauwers, que l'anesthésie au chloroforme exagère, tout en le modifiant, le pouvoir toxique de la morphine, au point que des doses minimes de cet alcaloïde peuvent provoquer des troubles alarmants et même mortels. »

Cette observation et deux autres analogues, que cite M. Lauwers, lui font poser les questions suivantes :

« Le danger des injections de morphine existe-t-il après toutes les anesthésies au chloroforme ?

N'est-il imminent qu'après les narcoses de longue durée ? Ou est-il plus restreint encore et ne se présente-t-il qu'après certaines opérations graves entamant les cavités buccale, nasale et pharyngienne ? Comment se fait-il que les anesthésies mixtes par la morphine et le chloroforme soient presque dépourvues de danger ? A quoi attribuer l'action paralysante, nettement élective, de la morphine sur le centre respiratoire, alors que le centre qui préside aux mouvements du cœur et qui, comme son congénère, réside dans la moelle allongée, paraît échapper à l'influence toxique de cet alcaloïde ? »

[Sans avoir la prétention de répondre aux questions que pose M. Lauwers on peut cependant noter en passant combien sont exceptionnels les cas qu'il vient de citer. N'est-il pas de pratique courante dans les hôpitaux et les maisons de santé de prodiguer aux opérés les injections de morphine dès que le chirurgien a le dos tourné, et cela sans accident ?]

Dans le même article, M. Lauwers signale un moyen qui lui a permis de réveiller les mouvements respiratoires chez le malade qui fait l'objet de son travail après quatre heures d'apnée et l'échec complet des tractions rythmées de la langue. Il s'agit de quelques attouchements de la muqueuse trachéale qui, *au cours de la trachéotomie*, ont suffi pour réveiller brusquement le centre respiratoire. (*Journ. de chir.*; *Ann. de la Soc. belge de chir.*, mars, avril 1901.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le salicylate de soude dans le diabète. — Williamson ne considère pas le salicylate de soude comme un spécifique du diabète ni comme un médicament qui puisse réduire fortement l'excrétion du sucre dans les cas graves, mais simplement comme un moyen efficace dans les cas ordinaires.

Le salicylate ne convient pas à tous les cas et de toutes façons ; pour produire de bons effets il devra être employé à doses élevées. Il faut commencer par donner *cinquante centigrammes* trois à quatre fois par jour et augmenter graduellement jusqu'à 1 gramme quatre ou cinq fois par jour ; on veille en même temps aux symptômes possibles d'intolérance. On administre le salicylate en le dissolvant dans de l'eau de menthe ou de l'eau ordinaire. (*Brit. med. Journ.*, 30 mars 1901.) F. R.

Sur un nouvel antiseptique à base de mercure, l'hermophényl. — M. L. Bérard, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, a eu l'occasion d'expérimenter dans le service de M. Pollosson un nouvel antiseptique, l'hermophényl.

C'est un composé organo-métallique contenant 40 p. 100 de mercure se présentant sous la forme d'une poudre blanche, très soluble dans l'eau. MM. Lumière et Chevrotier ont établi, dans une communication à l'Académie des sciences, que ce composé peu toxique est doué de propriétés antivégétatives et bactéricides de premier ordre. Les solutions à 1 p. 500 injectées sous la peau sont facilement absorbées, et ne déterminent ni induration persistante, ni abcès. L'hermophényl n'irrite pas la peau, il est éliminé rapidement par le rein.

De ses expériences, M. L. Bérard a pu conclure que :

1° De tous les sels de mercure, l'hermophényl est le seul qu'on ait pu jusqu'ici incorporer à un savon, en lui laissant son pouvoir antiseptique, sa grande solubilité dans l'eau, sans que, pour cela, il ait, vis-à-vis des téguments et des tissus mis à nu, les propriétés irritantes et nécrosantes du sublimé.

2° Les objets de pansements imprégnés de ce sel, sont facilement stérilisables à l'étuve, à la température de 120 degrés pendant un quart d'heure. La gaze et le coton à l'hermophényl nous ont rendu les mêmes services que la gaze iodoformée et que le coton salicylé.

3° Les solutions de 1 p. 100 à 1 p. 50 sont utilisables dans les pansements humides ; les solutions de 1 p. 100 à 1 p. 30 peuvent être instillées ou appliquées sur les muqueuses, sans avoir d'effet caustique destructif. (*Bull. méd.*, 4 mai 1901.) G. A.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'histoire de la médecine : en première ligne, M. Déjerine ; en deuxième ligne, M. Ballet ; en troisième ligne, M. Chauffard.

— Le concours de l'adjuvat qui devait avoir lieu le lundi 13 mai, est reporté au mardi 14, à midi et demi. Le jury se compose de MM. Farabeuf, Rieffel, Pozzi, Kirmisson et Hartmann ; suppléants : MM. Legueu et Faure.

Concours d'agrégation. — *Chirurgie et accouchement.* — Voici la liste des candidats admissibles aux épreuves définitives :

Chirurgie. — *Paris* : MM. Auvray, Bouglé, Gosset, Marion, Morestin, Savariaud ; — *Bordeaux* : MM. Bégouin, Longuet, Vitrac ; — *Lille* : MM. Lambret, Le Fort, Vanverts ; — *Lyon* : MM. Delore, Gayet, Thévenot, Tixier, Villard ; — *Montpellier* : MM. Jeanbrau, Longuet ; — *Nancy* : MM. Longuet, Michel, Pillon.

Accouchements. — *Paris* : MM. Brindeau, Demelin, Dubrisay, Macé, Potocki ; — *Bordeaux* : MM. Andérodias, Thoyer ; — *Lyon* : MM. Bouchacourt, Commandeur, Fabre.

Physique, chimie et pharmacie. — Le jury est composé actuellement de M. A. Gautier, président ; MM. Gariel, Pouchet et Bourquelot (de Paris) ; Bergonié (de Bordeaux) ; Lambling (de Lille) ; Frébault (de Toulouse), juges titulaires.

Académie des sciences. — Les commissions de prix touchant les sciences médicales sont composées de :

Pour le *prix Montyon* (médecine et chirurgie) : MM. Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Marey, Bouchard, Chauveau, Roux, Brouardel et Ranvier.

Pour le *prix Barbier* : MM. Bouchard, Guyon, Lannelongue, Guignard, d'Arsonval.

Pour les *prix Bréant*, *Godard*, *Bellion* et *Mège* : MM. Bouchard, Marey, Guyon, Lannelongue et d'Arsonval.

Pour le *prix Lallemand* : MM. Bouchard, d'Arsonval, Marey, Lannelongue et Ranvier.

Pour les *prix du baron Larrey* et *Montyon* (physiologie expérimentale) : MM. d'Arsonval, Marey, Bouchard, Lannelongue et Guyon.

Hôpitaux de Paris. — *Prix Fillioux.* — En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1901, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre en vue de l'attribution de deux prix de 750 francs chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique.

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes

pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres, tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 29 juillet 1901, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Fondation Thiers. — Cinq nouveaux pensionnaires seront choisis le mois prochain : rappelons que les candidats doivent être Français, âgés de moins de vingt-six ans, célibataires, avoir rempli les prescriptions de la loi militaire, être docteurs ou au moins licenciés dans une des Facultés ou pourvus d'un diplôme reconnu équivalent à la licence par le Conseil d'administration, ou avoir remporté l'un des prix de l'Institut, sur un sujet mis au concours. Les candidats sont priés de joindre à leur demande des témoignages sur leurs antécédents « études, succès obtenus, conduite et moralité ».

Les pensionnaires seront logés, nourris, éclairés, chauffés, blanchis aux frais de la maison et recevront chaque année une pension, tant pour leur entretien que pour les voyages qu'ils désireraient entreprendre dans l'intérêt de leurs études.

Adresser les demandes à M. le président du Conseil d'administration, directeur de la fondation Thiers, 5, rond-point Bugeaud, à Paris.

Marine. — Par décret du 30 avril 1901, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Davril, médecin de première classe de réserve.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Baret, Le Ménicier, Mangin, Augier, Giraud, Bonain, Morin, Prat-Flottes, Le Cuziat, Guillou, Alliot, Triaud.

— M. le médecin de deuxième classe, du port de Rochefort, est désigné pour aller servir sur l'*Alcyon* (station locale du Congo), en remplacement de M. le docteur Pellan.

M. le médecin de première classe Dérobert, du cadre de Toulon, est désigné pour servir au 5e régiment d'infanterie coloniale à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Menier.

Bière et arsenic. — Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a voté la résolution suivante :

« En raison des cas d'empoisonnement observés en Angleterre, en particulier à Manchester, et quoique l'arsenic n'ait pas été trouvé, à Paris, dans les bières importées, le conseil d'hygiène prie M. le préfet de police de bien vouloir appeler l'attention des ministres compétents sur l'introduction possible en France des bières, sirops, confitures, etc., venant de l'étranger, et pouvant contenir des matières toxiques ou simplement nuisibles. »

Un drame dans un hospice. — De Nîmes au *Petit Journal* : L'hospice d'Aigues-Mortes a été le théâtre d'un drame sanglant qui a vivement impressionné la population.

Au moment où le docteur Monnier, maire d'Aigues-Mortes et chirurgien en chef de l'hospice, faisait sa visite, un pensionnaire du nom de Rouet, en traitement pour un cancer à la bouche, s'approcha de lui et lui reprocha en termes violents de mal le soigner.

Le docteur essaya de calmer le malade; mais celui-ci, en proie à une vive surexcitation occasionnée par la souffrance, sortit un revolver de ses vêtements et par deux fois fit feu à bout portant sur M. Monnier; puis, tournant l'arme contre lui-même, il se brûla la cervelle.

Cette scène s'étant déroulée en quelques secondes, les autres malades et les infirmiers n'eurent pas le temps de s'interposer.

L'infortuné docteur Monnier a reçu deux blessures, dont l'une dans la région lombaire, très grave.

Hôpital Tenon. — M. le docteur Broca commencera le mercredi 15 mai, à dix heures et demie, des leçons cliniques de chirurgie infantile et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Asile de Villejuif. — *École pratique des hautes études* (Laboratoire de psychologie expérimentale de l'asile de Villejuif. Tramway Châtelet-Villejuif). — M. le docteur Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard, fera le lundi 20 mai, à trois heures, une conférence sur le « récidivisme de l'ivrognerie; mentalité du récidiviste; remèdes ». — Service de M. Toulouse : le mercredi matin, à neuf heures et demie, visite du service.

D'ou vient l'expression de fleur virginale? — Pineau, chirurgien du roi, en un livre qu'il a fait des marques du pucelage, appelle l'union des quatre caroncules la fleur virginale, d'autant qu'elle ressemble fort bien au bouton d'un œillet qui n'est point encore tout épanoui. Or, ces caroncules étant disjointes, séparées et froissées, la fleur virginale périt. (*Rev. méd. de Normandie.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte, 2e éd., par le docteur E. Barié. Un fort vol, in-8°. — Prix : br., 20 francs ; relié, 22 francs. — Paris, Rueff.

Traitement médical des maladies des femmes (gynécologie médicale), par MM. Albert Robin et Paul Dalché, 1 fort vol. in-8° br. — Prix : 12 francs. — Paris, Rueff.

Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le docteur Champeaux. Un vol. gr. in-8° de 176 p. cart. (Collection Villeroy). — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Bactériologie clinique et thérapeutique de l'appareil respiratoire, par le docteur Lucien Le Roy, 1 vol. in-18 cart. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Annuaire des eaux minérales, stations climatériques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux établissements hydrothérapiques, des plages et stations maritimes. Édition 1901, publiée sous la direction du docteur G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux.* — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Comment on défend les ouvriers contre les éclats et les poussières de l'atelier, par M. H. Mamy, ingénieur des arts et manufactures. Une br. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE **PARIS, 6e**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule, par M. Léon BÉRARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule.

Par M. Léon BÉRARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

A propos de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, Rokitansky dès 1840 avait traité incidemment de l'étranglement des tumeurs pelviennes en général. Il avait indiqué plus tard, à la Société de médecine de Vienne, en 1865, quelques-unes des conditions de cette torsion. Mais c'est Vercoutre qui, en 1879, se plaçant à un point de vue spécial, étudia en lui-même « le phénomène de la torsion du pédicule des appendices normaux ou pathologiques de la cavité abdominale, avec les applications à la thérapeutique des tumeurs de cette cavité ». Dans ce travail, l'auteur cherchait surtout à dégager les causes de la torsion, pour arriver, par des manœuvres externes de version, à faire tourner en sens inverse dans l'abdomen la tumeur, et à faire cesser ainsi les accidents d'étranglement. Cette tentative thérapeutique resta stérile, car la méthode était aveugle et incertaine. La torsion, abandonnée à elle-même, est presque toujours le point de départ d'accidents si sérieux, que sa constatation impose un traitement logique et sûr. Aujourd'hui, aucun chirurgien ne discute plus la nécessité d'intervenir immédiatement par la laparotomie.

Du moins, Vercoutre avait-il eu le mérite de prévoir que certaines causes, presque toujours les mêmes, devaient intervenir dans la production du phénomène de torsion, que la tumeur fût un kyste de l'ovaire, mucoïde ou dermoïde, un fibrome utérin sous-péritonéal, ou une production kystique quelconque, développée dans la trompe ou dans le ligament large. Son opinion fut confirmée d'abord pour les kystes de l'ovaire, dont la torsion a été l'objet de nombreux travaux : après Rokitansky, Thornton, Olshausen, Schröder, Howitz, Küstner (1) à l'étranger, — en France, Terrillon (2), Boursier, et plus récemment Finaz, Azy (3) à Lyon, Baron (4) et Bénard (5) à Paris, reprirent ce sujet. Des constatations analogues furent faites par Bouilly, Binaud et Chavannaz (6), pour les kystes du parovaire, par Macé (1) et par Planque (2) pour les fibromes utérins.

Depuis quelques années, on a reconnu également que les collections salpingiennes n'échappaient pas à la loi commune : Maillard a réuni dans sa thèse en 1898 les premiers faits de torsion salpingienne publiés par Bland Sutton, Pierre Delbet, Jacobs, Legueu, Hartmann; plus récemment Hartmann (3), Gosset (4), Legueu en signalèrent de nouveaux cas, qui furent discutés avec ceux de Pozzi, Bouilly, Segond à la Société d'obstétrique de Paris en mars 1900. Enfin, dans la *Revue de chirurgie* de 1901 (nos de février et de mars), M. Cathelin a fait un travail d'ensemble sur la torsion des hydrosalpinx.

I

Mécanisme de la torsion. — Quelles sont les causes habituelles de cette torsion des pédicules pelviens? Une réponse précise à cette question est encore impossible. Néanmoins on a déjà réuni un ensemble de conditions qui entrent pour une part inégale dans la production de cet accident. Certaines de ces conditions sont réalisées *par la tumeur elle-même*, d'autres *par les organes voisins*.

A. D'ordinaire la tumeur est d'un VOLUME MOYEN et peut se déplacer facilement dans la cavité abdominale; elle dépasse rarement l'ombilic et contient rarement plus d'un ou deux litres de liquide. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un fibrome ou d'un kyste ovarique, les dimensions peuvent être beaucoup plus considérables. Dans certaines observations de Küstner, d'Olshausen, de Terrillon, de Baron, et dans des cas récents de Chandelux, Gangolphe (5), la masse tordue remontait jusqu'à l'épigastre et aux hypocondres. Il faut alors qu'à un moment donné les dimensions de la cavité abdominale aient augmenté plus rapidement que celles de la tumeur elle-même, de façon à laisser du jeu à cette dernière entre les organes voisins : on a incriminé à ce titre l'amaigrissement rapide des malades, mais surtout, et avec plus de justesse, l'ascite développée secondairement aux tumeurs, et la *déplétion brusque de l'abdomen après l'accouchement*.

Sur les 24 malades de la thèse de Baron, il n'y avait que 2 vierges et 22 femmes accouchées ayant eu des enfants. Pendant la grossesse en effet, la tumeur, si elle appartient au corps utérin ou à la portion flottante des ligaments larges, remonte souvent avec le fond de la matrice vers le diaphragme, en étirant plus ou moins son pédicule. Dans

(1) KUSTNER. *Centralbl. f. Gynecol.*, 1891, n° 11.
(2) TERRILLON. Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (avec la bibliographie jusqu'en 1887), *Revue de chir.*, 1887.
(3) FINAZ. Th. de Lyon, 1897-98. — AZY. Th. de Lyon, 1900.
(4 et 5) BARON, BÉNARD. Th. de Paris, 1897-98.
(6) BINAUD et CHAVANNAZ. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896.

(1 et 2) MACÉ. PLANQUE. Th. de Paris, 1897-98.
(3 et 4) HARTMANN et REYMOND, GOSSET et RAYMOND. *Ann. de gynécol.*, 1898 et 1899.
(5) CHANDELUX, GANGOLPHE. Kystes de l'ovaire à pédicule tordu, Soc. de chir. de Lyon, nov. 1897.

cette ascension déjà elle peut se tordre (Pinard). Après l'accouchement, elle redescend beaucoup moins rapidement que l'utérus vers le petit bassin : à ce moment, elle est déplacée en divers sens par la masse instestinale qui quitte elle-même la coupole diaphragmatique. Maintenue seulement par son pédicule aminci, d'une consistance rarement homogène, elle bascule sur son pôle le plus lourd, et peut alors esquisser un mouvement de torsion qui, une fois commencé, se complétera immédiatement, ou se continuera progressivement durant plusieurs jours et même durant plusieurs semaines.

Lorsque, au contraire, la tumeur reste enclavée dans le bassin, pendant que l'utérus gravide effectue sa migration vers l'abdomen, il peut arriver aussi, quoique beaucoup plus rarement, que son pédicule étiré subisse une torsion.

Cette influence néfaste de la grossesse et de l'accouchement, signalée par Rokitansky, Terrillon, a tout dernièrement encore appelé l'attention de MM. Fochier, Pollosson, Lawrence, Condamin (1), Segond, Pinard (2), dont l'avis actuel, au moins en ce qui concerne les kystes de l'ovaire, est que l'on doit opérer dès que le diagnostic a été posé chez une femme enceinte, sans attendre que des accidents ne viennent forcer la main.

B. En général, la tumeur dont le pédicule se tord, est MOBILE dans la cavité péritonéale. Pourtant, il n'est pas exceptionnel de la trouver fixée par un ou plusieurs autres points à la paroi [Fränkel (3)] : ces adhérences constituent alors un axe autour duquel s'effectue la rotation, ainsi que nous avons eu l'occasion de le montrer à propos de certaines obstructions intestinales, par diverticule adhérent (4). Ce type de torsion ne doit pas être exceptionnel pour les kystes tubaires (salpingites ou hématosalpinx). Il a été décrit déjà pour les kystes de l'ovaire. Et en ce qui concerne ces derniers, la grossesse intervient non seulement pour favoriser la torsion, mais déjà pour créer les adhérences : dans une des dernières séances de la Société de chirurgie de Lyon (décembre 1900), M. Condamin a rapporté deux cas de kystes de l'ovaire ayant contracté pendant la grossesse des adhérences telles avec les organes du voisinage, que leur ablation en fut rendue presque impossible.

C. Les tumeurs les plus *tendues* et les plus *lourdes*, sont les plus exposées aux accidents de torsion. On a donné, par ordre de fréquence décroissante, le classement suivant : kystes multiloculaires de l'ovaire, kytes dermoïdes, cystosalpinx, fibromes pédiculés. Cette appréciation est toute relative d'ailleurs ; car en fait les kystes dermoïdes, qui sont beaucoup plus rares que les kystes multiloculaires, se tordent relativement plus souvent. Et, d'autre part, si beaucoup de salpingites tordues ont échappé à la statistique, c'est que beaucoup sont opérées par le vagin, et que la torsion reste ainsi méconnue. A Lyon, où la voie vaginale est particulièrement adoptée, ce genre d'accidents a été rarement relevé.

D. Le pédicule qui se tord a presque toujours des *dimensions, primitives ou acquises, très petites en épaisseur*, ne dépassant pas 2 ou 3 centimètres de section. L'étirement du pédicule par le déplacement de la tumeur, au cours de la grossesse, ou à la suite de sa fixation par des adhérences, est souvent le premier temps de la torsion. Quand les dimensions du pédicule sont considérables en largeur, il arrive qu'il entraîne dans son mouvement de torsion les organes qui lui sont adjacents ; telle la trompe dans le cas de kyste de l'ovaire (Terrillon), ou l'ovaire dans le cas de kyste tubaire (Legueu, Maillard). On a même vu, à titre d'exception, un kyste presque sessile dans le ligament large déterminer la torsion partielle de ce ligament, et entraîner avec lui l'utérus et l'autre ligament large dans son mouvement ; c'est ce qui s'était produit chez la première malade, dont nous rapportons ci-dessous l'observation. Non seulement chez elle l'ensemble des organes génitaux internes avait été dévié par torsion, mais les uretères avaient été eux-mêmes déplacés et comprimés dans ce mouvement : d'où la production d'une pyélonéphrite suppurée double, à laquelle succomba cette femme.

OBSERVATION I. — *Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit avec torsion du pédicule et déplacement en masse des ligaments larges. Ovaire gauche kystique suppuré. Compression des uretères déplacés. Pyélonéphrite double suppurée.* — Cette femme, âgée de trente-sept ans, fileuse, entre le 28 octobre 1899 à la salle Sainte-Anne (clinique de M. le professeur Poncet), pour une tumeur abdominale, avec phénomènes infectieux. En consultant ses antécédents héréditaires, on apprend que sa mère est morte à l'âge de soixante-seize ans, également d'une tumeur abdominale.

Les premiers symptômes apparents de l'affection actuelle remontent à un mois : perte de l'appétit, asthénie, douleurs abdominales diffuses avec coliques. Peu à peu des troubles urinaires, caractérisés surtout par de la pollakiurie et de la polyurie trouble, s'ajoutent aux précédents.

Lors de son entrée à l'hôpital, la malade présente un aspect cachectique assez avancé : facies amaigri, voix grêle, peau sèche et de coloration jaunâtre, langue rouge, luisante, gencives saignantes. Depuis quelques jours, nausées fréquentes et vomissements aussitôt après l'ingestion d'aliments solides ou liquides ; ces vomissements ont parfois la teinte bilieuse.

A l'examen physique, nous constatons, assez haut dans le flanc et dans l'hypocondre droit, une tumeur nettement en saillie sur les contours de l'abdomen. Au palper nous reconnaissons que cette tumeur, très fluctuante, remonte en haut jusqu'à 3 centimètres au-dessous du rebord costal, et en dedans s'étend jusqu'à l'ombilic. Elle ne suit pas les déplacements du foie, ne donne pas le ballottement lombaire ; pourtant une bande de sonorité, en face du côlon, tranche sur la matité que révèle la percussion à ce niveau. Pas d'ascite dans les flancs ni dans le bassin. Le toucher vaginal fait constater que l'utérus, un peu abaissé et en rétroversion, a son col facilement accessible, un peu dévié à gauche, de consistance et de contours normaux. Le corps est un peu immobilisé dans le Douglas.

Depuis quelques jours, la malade n'urine plus seule que par regorgement. La quantité des urines semble avoir diminué ; celles que l'on retire par la sonde sont très troubles, purulentes, légèrement hématiques, d'odeur ammoniacale. La région vésicale hypogastrique est douloureuse à la pression profonde. Malgré ces symptômes urinaires et le siège de la tumeur dans le flanc droit, nous *faisons le diagnostic de tumeur probablement ovarienne, avec compression des uretères et pyélonéphrite ascendante.*

Œdème latent des malléoles. Température 38°5 à 39°3.

Le 4 novembre, anesthésie au mélange de Billroth et *laparotomie médiane.*

Nous arrivons ainsi sur une tumeur kystique, peu mobile, du volume d'une tête d'adulte, à enveloppe gris verdâtre striée de quelques veinules. La ponction au gros trocart ramène un liquide très visqueux, épais, d'odeur fade, d'aspect purulent ; il s'en écoule ainsi environ un litre.

L'orifice de la ponction étant obturé par une pince à plateau, nous décortiquons assez facilement la poche des adhérences péritonéales, encore lâches, qui l'accolent à l'épiploon et au péritoine pariétal. Le pédicule, peu allongé mais

(1) In FINAZ. *Kystes de l'ovaire et grossesse. Quand et comment intervenir?* Th. de Lyon, 1897 ; et HUREL. *Ibid.*, 1899.
(2) SEGOND, PINARD. Soc. d'obst., Paris 1900.
(3) FRÆNKEL. *Virchow's Archiv*, 1883, t. XCI, p. 503.
(4) BÉRARD et DELORE. Occlusion intestinale par le diverticule de Weckel, *Revue de chir.*, 1899.

assez peu large, irrigué par les vaisseaux utéro-ovariens, *est amené au dehors et apparaît tordu sur lui-même, suivant un tour de spire complet.*

La malade étant opérée dans de très mauvaises conditions de résistance, nous bornons là notre examen. Un petit Mickulicz draine les plans déclives du bassin occupé par des fausses membranes de péritonite. Suture de la paroi dans la moitié supérieure de la plaie. Injection de sérum artificiel.

La malade succomba au bout de vingt-quatre heures, sans avoir à nouveau souffert, mais sans que les signes de péritonite et d'infection urinaire aient été amendés par l'opération. A L'AUTOPSIE, nous trouvons l'ovaire gauche dégénéré en une tumeur polykystique, du volume d'une mandarine, parsemée de petits abcès.

En outre, l'*ensemble de la portion mobile des ligaments larges semble avoir subi une torsion de droite à gauche, qui a porté le fond de l'utérus à droite et son col à gauche*, de telle sorte que les uretères ont été comprimés et peut-être coudés, dilatés dans leurs deux tiers supérieurs. Leur lumière ainsi que la cavité des bassinets et la vessie sont remplies d'un liquide uro-purulent. Les reins eux-mêmes présentent à la coupe de petits abcès rayonnés de la substance médullaire.

II

Nous avons envisagé les conditions principales de la torsion du pédicule qui sont inhérentes à la tumeur. D'autres conditions, les plus importantes, *proviennent des changements de statique abdominale, et des changements de position des organes voisins.*

A. On a incriminé successivement : les *mouvements brusques du sujet* [Kidd (1)], l'examen médical pratiqué dans des attitudes spéciales, telles que la position genu-pectorale ou la position inversée de Trendelenburg, ou les manœuvres d'examen destinées à provoquer le *ballottement* de la tumeur. Ces causes ne semblent pas *a priori* très efficaces, bien que, dans deux cas, Frænkel ait constaté le début des signes de torsion du pédicule, peu après une exploration médicale. Potherat et Lenoble (2) ont également insisté beaucoup sur l'influence du passage brusque de la position debout à la position accroupie, dans la production de la torsion. La tumeur, serrée par ses pôles entre les plans résistants du diaphragme et de la paroi abdominale antérieure contractés, ne pourrait alors se déplacer qu'en subissant un mouvement de rotation autour de son pédicule. Beaucoup plus importants semblent les *déplacements répétés ou progressifs* des organes voisins : vessie, rectum, utérus, Les alternatives de déplétion et de réplétion de la vessie peuvent être mises hors de cause, malgré l'opinion de Lawson Tait, et malgré les expériences de Klob sur des bassins vidés de leur intestin, car elles modifient peu la statique des ligaments larges. La réplétion excessive et prolongée du rectum chez les femmes constipées serait un élément plus actif de torsion, car l'ampoule distendue agit plus directement sur la tumeur : dans d'autres expériences, qui semblent avoir été mieux conduites, Klob (3) et Vercoutre ont essayé de dégager toute l'importance de cette cause.

Pour Thornton, la menstruation serait une cause active des accidents aigus : il l'aurait relevée dix-huit fois. Peut-être, en effet, la congestion active du pédicule à ce moment contribue-t-elle à ébaucher le mouvement de torsion de la tumeur. Mais ne s'agirait-il pas aussi d'une simple coïncidence ou de métrorragies consécutives à la torsion?

B. Mais c'est surtout l'*utérus, et l'utérus gravide qu'il faut incriminer*. Nous avons vu comment il agit sur la tumeur et sur son pédicule pour les mobiliser, puis pour les laisser

(1) KIDD (cité par Terrillon). *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1870, vol. L.
(2) POTHERAT et LENOBLE. *La gynécologie*, 1898.
(3) KLOB. *Path. Anat. der weibl. Sexual Organe Wien*, 1864, p. 360.

après l'accouchement en position d'équilibre instable dans les parties hautes de l'abdomen. C'est sans doute aussi à l'influence de la grossesse qu'il faut rapporter la plus grande proportion des torsions constatées sur les tumeurs annexielles du côté droit; à propos des kystes de l'ovaire, Terrillon notait 40 torsions à droite pour 22 à gauche. Cette différence tient à la plus grande fréquence des positions OIGA, dans lesquelles le fond de l'utérus est porté en haut et à droite, et refoule plus particulièrement les organes de la moitié droite de l'abdomen; d'où la grande fréquence également des appendicites et des pyélonéphrites droites pendant la grossesse. Si Olshausen a opéré plus souvent du côté gauche (10 cas sur 13) que du côté droit des kystes à pédicule tordu, cela tient simplement à ce que la tumeur, en décrivant ses tours de spire, se porte souvent du côté de l'abdomen opposé à celui qu'elle occupait tout d'abord; sans doute Olshausen veut indiquer le côté de la cavité pelvienne où se trouvait la tumeur au moment de l'intervention.

D'après ces données, on conçoit que, si la torsion est possible tout le temps de la grossesse, elle s'observe surtout après l'accouchement, pendant l'involution de l'utérus. Pinard, après Malins et Brunzel (1), dit que cet accident est surtout fréquent : 1° du deuxième au quatrième mois de la gestation; 2° pendant le travail; 3° dans les suites de couches, par ordre de fréquence croissante.

C. Enfin, au même titre que l'utérus gravide *toute tumeur développée dans l'abdomen* peut produire les mêmes effets sur une autre tumeur pédiculée préexistante, et par son développement déterminer la torsion du pédicule de cette dernière. C'est ce que l'on voit couramment pour les fibromes utérins sous-péritonéaux, dont la torsion s'effectue sous la poussée d'un autre fibrome interstitiel en voie d'accroissement. C'est aussi ce que Spencer Wells et Kœberlé ont noté pour le kyste de l'ovaire, que l'apparition d'un autre kyste dans l'ovaire opposé avait étranglé sur leur pédicule tordu. Dans une observation de Condamin, deux kystes dermoïdes des ovaires s'étaient entrecroisés en arrière de l'utérus, en enroulant leurs pédicules en caducée. Dans notre troisième observation, un cancer de l'ovaire gauche avait effectué sa torsion sous la poussée continue d'un utérus fibromateux.

Sans doute, certaines dispositions anatomiques congénitales ou acquises facilitent cette torsion; à cet égard, une observation de Pozzi est particulièrement curieuse, en ce que, chez la même femme, les deux trompes infectées et kystiques tordirent leur pédicule à quinze jours d'intervalle, et en ce que, lors de la première intervention, nécessitée par la torsion de la trompe droite, on n'avait constaté encore aucune anomalie sur la trompe gauche, seulement augmentée de volume.

Tel est le résumé des notions pathogéniques que l'on peut réunir sur la torsion du pédicule des tumeurs pelviennes. En ce qui concerne seulement les tumeurs ovariques ou parovariques, voici quelques chiffres extraits des thèses de Baron, de Bénard et de Finaz; sur 49 torsions, il s'agissait :

22 fois de kystes multiloculaires, sans indication de grossesse ou d'autre tumeur coexistante; mais 20 de ces femmes avaient eu des enfants;

6 fois, de kystes multiloculaires tordus pendant la grossesse;

7 fois, de kystes dermoïdes sans autre indication;

3 fois, de kystes multiloculaires des deux ovaires, un seul étant tordu;

3 fois, de kystes multiloculaires d'un côté, dermoïdes de l'autre, 2 fois la torsion porta sur les dermoïdes;

(1) BRUNZEL. *Breslauer ærztl. Zeits.*, 1880; — MALINS. *The Lancet*, 1883.

1 fois, de kystes dermoïdes des deux ovaires qui enroulèrent *leurs deux pédicules* en caducée (Condamin);

1 fois, d'un kyste multiloculaire chez une femme ayant un utérus unicorne et un seul ovaire;

3 fois, de kystes parovariques;

2 fois, de kystes multiloculaires et uniloculaires à pédicule rompu.

1 fois de cancer de l'ovaire avec fibrome utérin (Bérard).

III

Lésions anatomiques. — L'évolution anatomique des tumeurs pelviennes à pédicule tordu est aussi variable que la constitution même du pédicule, que l'état d'asepsie ou d'infection de la tumeur, et que les conditions de lenteur ou de rapidité dans lesquelles s'effectue la torsion.

Le pédicule *est-il très vasculaire et la torsion brusque*? Immédiatement des troubles de congestion passive se produisent dans la tumeur. Les veines sont moins protégées que les artères contre la compression, à cause de leur situation très superficielle et de la minceur parfois extrême de leurs parois. Cette fragilité de structure est surtout appréciable dans les gros sinus veineux, qui encerclent si souvent le pédicule des fibromes, des kystes multiloculaires de l'ovaire et des grossesses tubaires. Des hémorragies interstitielles se produisent alors dans l'intimité de la masse, et aussi à la surface de sa paroi : la distension rapide des tissus, par cette infiltration œdémateuse ou sanguine, n'est pas une des moindres causes de douleurs observées à ce moment.

Et d'autre part, le suintement séreux ou sanguin qui en résulte détermine d'abord l'ecchymose de la paroi kystique puis la chute de son revêtement épithélial; d'où la coloration rouge lie de vin qui frappe lorsqu'on arrive sur la tumeur, et, plus tard, la production d'adhérences. Ces adhérences d'abord friables, puis résistantes et organisées en tissu fibreux, ont des vaisseaux de néoformation qui relient la tumeur aux organes voisins, et qui peuvent assurer à eux seuls sa nutrition quand tous les vaisseaux du pédicule tordu, ont été étranglés. Cette apoplexie a parfois pour résultat, quand il s'agit d'un kyste, l'éclatement de la paroi et la production d'une hémorragie dans le Douglas. Spencer Wells et quelques autres chirurgiens signalaient cette complication comme peu rare dans les kystes de l'ovaire à pédicule tordu; ils citaient même des cas de mort en quelques heures par inondation péritonéale. En réalité, ces accidents foudroyants ne doivent plus être attribués à la torsion des kystes de l'ovaire, mais bien à celle des kystes tubaires, depuis que l'on est fixé sur la pathogénie de l'hématocèle pelvienne, presque toujours due à la rupture d'une grossesse tubaire. Depuis trois ans, on a déjà publié plusieurs cas de ces hématosalpinx tordus (Legueu, Hartmann, Pozzi, Bouilly). Sans doute, il pourrait y avoir, parmi ces cas, des kystes tubaires primitivement séreux, où l'hémorragie interstitielle fût secondaire à la torsion. Mais la torsion de la grossesse tubaire existe aussi, à n'en pas douter (Pozzi, Segond, Pinard). Cette torsion est peut-être un agent plus fréquent qu'on ne le croit de l'avortement tubaire; et on comprend bien, d'après la structure du pédicule, d'après la minceur de la paroi au niveau du placenta, combien fatale et abondante doit être l'hémorragie intra-péritonéale qui suit alors la torsion.

Même quand le pédicule est très vasculaire, si la torsion s'effectue lentement et graduellement, elle peut ne déterminer aucun trouble anatomique et ne se révéler par aucun symptôme clinique. Ou bien il *reste encore au centre du pédicule quelques vaisseaux perméables* suffisants pour assurer la nutrition de la tumeur; et c'est par hasard, au moment de l'intervention que l'on constate la torsion. Rokitansky et Terrillon avaient indiqué cette éventualité pour les kystes de l'ovaire. Legueu, en 1899, a eu l'occasion d'opérer une femme pour un hydrosalpinx presque indolore dont la torsion, déjà ancienne et complète, ne fut reconnue qu'à l'ouverture de l'abdomen. Il en fut de même pour notre troisième malade, atteinte à la fois de cancer de l'ovaire et de fibrome utérin; la torsion de la tumeur ovarique ne s'était manifestée que par une recrudescence des métrorragies.

Ou bien tous les vaisseaux du pédicule ont été peu à peu oblitérés : parfois alors la *tumeur s'atrophie* jusqu'à devenir une masse fibreuse, incrustée ou non de sels calcaires, imperceptible à l'examen clinique, ne se traduisant plus par aucun symptôme. Ce sont là les faits exceptionnellement heureux, qui ont été relevés par Rokitansky, Turner, Lawson Tait, Léopold, et plus récemment par Fochier. Le processus est identique à celui de la régression des tumeurs, que l'on a affamées, en liant leurs vaisseaux nourriciers.

Mais parfois aussi, la *tumeur détachée de son hile a d'autres pédicules, naturels ou acquis* : pour la trompe kystique, la frange ovarique et les ligaments de l'ovaire, — pour l'ovaire kystique, les mêmes ligaments avec, d'ordinaire, des adhérences pariétales, épiploïques et intestinales, — pour les fibromes pédiculés, ces adhérences seules. Si bien qu'on a vu des kystes ovariques greffés sur la masse intestinale, sans autre pédicule, — et des fibromes aberrants dans la cavité péritonéale, avec de rares points d'attache à l'épiploon (1).

Dans le même ordre d'idées, Rouffart (2) a publié, en 1900, une observation de kyste tubaire tordu avec section de l'asthme de la trompe, et nutrition secondaire de la tumeur par ses connexions avec l'ovaire. Enfin, comme dernier degré de complication, on a pu signaler la torsion d'un de ces pédicules secondaires.

Régression pure et simple, greffe sur d'autres organes avec atrophie partielle, telles sont les conséquences relativement heureuses, mais rares, de la torsion. Il en est d'autres beaucoup plus habituelles et beaucoup plus fâcheuses, soit immédiatement soit pour l'avenir, nous voulons dire le *sphacèle* de la tumeur et l'infection péritonéale aiguë ou subaiguë qui en résulte. Nombre de ces tumeurs pelviennes en effet sont infectées. Sans parler des pyosalpinx, toujours septiques (même quand on n'isole plus de microbes dans leur contenu), il n'est pas rare de trouver des espèces saprophytes ou pyogènes dans les kystes dermoïdes de l'ovaire et dans les fibromes utérins (3). De plus, les connexions secondaires, qui s'établissent par les adhérences entre l'intestin comprimé et les masses tordues, donnent par leurs lymphatiques, une voie à la migration du bacillus coli. L'accumulation de sérosité et de sang dans les cavités kystiques, après la torsion, fournit un bouillon de culture au développement de ces microbes. La tumeur se sphacèle en partie ou en totalité, des abcès se développent dans ses cloisons ou dans le péritoine. Dans une même tumeur, la vitalité des différentes cavités kystiques est compromise plus ou moins par la torsion : celles dont les parois sont les plus minces et les moins vascularisées se rompent le plus facilement. Moins grave en général pour les kystes multiloculaires mucoïdes, la rupture spontanée devient fréquemment mortelle par péritonite suppurée qu'elle engendre, lorsqu'il s'agit de kystes dermoïdes (4). Même quand les désordres n'atteignent pas ce degré d'intensité, la péritonite subaiguë, avec ses flocons fibrineux et son ascite pelvienne, trahit l'infection de la tumeur tordue. On a même voulu voir, dans la simple production des adhérences autour de la masse étranglée,

(1) C. Cassabois. *Fibromes utérins aberrants dans la cavité abdominale*, Th. de Lyon, juin 1899.

(2) Rouffart. Torsion de la trompe ayant déterminé sa section complète, *Soc. belge de gynécol. et d'obst.*, 1900, nº 1.

(3) Damas. *Essai expérimental et clinique sur les complications infectieuses des fibro-myomes utérins*, Th. de Lyon, 1895.

(4) Sgourdeos. *Rupture des kystes dermoïdes de l'ovaire*, Th. de Lyon, 1899.

un signe d'infection (Legueu) : cette opinion est vraisemblable dans nombre de cas; pourtant il ne faut pas nier la possibilité de ces adhérences par le simple contact d'une tumeur œdématiée, à endothélium desquamé, avec le péritoine de voisinage.

Ces divers processus évoluent d'ordinaire suivant une série continue de phénomènes. Mais parfois, avant que la torsion soit définitivement réalisée, la malade présente plusieurs crises de douleurs et de péritonisme, séparées par des périodes d'accalmie assez longues, qui peuvent s'expliquer par une succession de torsions ébauchées et de détorsions spontanées.

Le nombre des tours varie d'un ou deux, chiffre le plus habituel, à cinq et même six (Léopold, Terrillon). Le sens de la rotation est aussi contingent; il dépend de la situation réciproque du centre de gravité de la tumeur, du point d'implantation du pédicule, du point d'application de la poussée et du sens de cette poussée. Pour le côté droit, qui est le plus souvent atteint, la torsion s'effectue surtout dans le sens des aiguilles d'une montre, le pôle interne de la tumeur évoluant d'avant en arrière et de dedans en dehors, quand il s'agit d'un pédicule presque vertical (kystes de l'ovaire, fibromes), le pôle supérieur évoluant en arrière et en bas, quand l'axe de torsion se rapproche de l'horizontale [kystes tubaires] (Rokitansky, Lawson Tait).

Très fréquemment, dans son mouvement de rotation, la tumeur passe d'une fosse iliaque dans l'autre; plusieurs malades ont ressenti elles-mêmes cette migration au moment de la torsion.

IV

Les **lésions concomitantes**, reconnaissent trop de facteurs et affectent des types trop divers, pour qu'il soit possible de les classer.

A. *Il y a d'abord les troubles mécaniques.* En cas de fibrome, la torsion peut intéresser l'utérus lui-même, quand le corps a été préalablement étiré et effilé par un fibrome du fond (Baron). En cas de tumeurs annexielles, elle peut intéresser le ligament large correspondant, et même, comme dans notre première observation, l'ensemble des ligaments larges, déterminant :

1° Des thromboses veineuses, limitées à ces ligaments (cas de Rokitansky, Fränkel, Olshaussen, Terrillon), ou des thromboses étendues aux membres inférieurs (Fränkel);

2° Des compressions de la vessie, des compressions et des coudures des uretères (notre premier cas), créées de toutes pièces par la torsion, ou accentuées par elle. L'étranglement des uretères amène la pyélonéphrite, avec ou après l'hydronéphrose. L'écrasement de la vessie produit la pollakiurie impérieuse, l'incontinence, et même le sphacèle de ce réservoir. Rokitansky rapporte des fistules vésicales ouvertes à l'extérieur, par le vagin et par la paroi abdominale. Enfin la pilimiction, avec toutes ses complications infectieuses, trahit l'ouverture dans la vessie des kystes dermoïdes tordus (1).

3° Le rectum, plus rapidement encore que la vessie, est comprimé par les tumeurs kystiques enclavées après leur torsion, dans le petit bassin. La constipation est un symptôme habituel de l'accident qui nous occupe; elle va jusqu'à l'occlusion complète, et même à l'ulcération du rectum. Toutefois, dans ces fistulisations de la vessie et de l'intestin une part importante, sinon prépondérante, doit revenir aux phénomènes infectieux secondaires.

L'occlusion intestinale reconnaît deux autres facteurs :

Ou bien *elle survient au moment même de la torsion*, quand une adhérence courte et solide unit la tumeur à une anse intestinale. L'anse entraînée dans son mouvement de rotation s'étrangle soit par volvulus, soit par coudure brusque, soit par enroulement autour du pédicule.

Ou *l'occlusion est moins aiguë, elle s'établit progressivement*, en plusieurs semaines, plusieurs mois, à mesure que la tumeur tordue prend des contacts plus serrés et plus larges avec l'intestin : nous nous souvenons d'avoir observé pendant notre internat, à la clinique de M. le professeur Fochier, une symphyse totale de l'intestin et de l'épiploon en arrière d'un kyste de l'ovaire; la malade guérit de son ovariotomie, pour succomber quelque temps après à une obstruction intestinale. De tels accidents avaient déjà été relevés, pour l'intestin grêle et pour l'S iliaque, pas Rokitansky, par Olshausen, par Ribbentrop et par Henry (1), par Bénard.

B. Les *lésions infectieuses concomitantes*, déjà exposées en ce qui concerne la tumeur, le péritoine voisin et les voies génito-urinaires, s'observent pour ainsi dire dans tous les cas. Il n'y a entre les accidents qu'une différence de degrés, depuis le léger péritonisme avec parésie des anses intestinales sous leur séreuse enflammée, jusqu'à la péritonite généralisée, en passant par les brides fibreuses, par les collections enkystées, séreuses ou purulentes, par les fistules vésicales, intestinales ou cutanées. On a relevé également la phlébite des membres inférieurs et la pneumonie (Rokitansky). Malgré l'existence inconstante des lymphatiques et du ligament appendiculo-ovarien, l'appendice réagit souvent au contact de ces tumeurs enflammées. Cette réaction appendiculaire n'est pas une des moindres difficultés du diagnostic, toujours ardu, entre l'appendicite et les tumeurs pelviennes à pédicule tordu.

V

Symptomatologie. — A propos de chacune de ces tumeurs en particulier, l'étude clinique des accidents de torsion a été présentée nombre de fois, et en des tableaux très complets, par les auteurs déjà cités. Ce qui se dégage de la lecture de tous ces travaux, c'est que *la nature même de la tumeur influe peu sur les symptômes communs à la torsion, qui dominent la scène.*

La torsion lente, progressive, passe d'ordinaire inaperçue (notre troisième cas), les adhérences qu'elle crée à la longue sont d'ordre banal, dans leurs manifestations séméiotiques et dans leurs conséquences : coliques passagères, douleurs à la pression, phénomènes divers d'occlusion, etc. La section complète du pédicule tordu peut s'achever, le kyste, le fibrome, peuvent devenir aberrants dans la cavité péritonéale, sans que les malades en aient éprouvé le moindre malaise. Pourtant on devrait soupçonner ce mécanisme de la torsion, quand les accidents aigus et caractéristiques tels que nous allons les envisager, se sont installés progressivement, ou après plusieurs alternatives de souffrances et d'indolence, correspondant à autant de phases de torsion et de détorsion.

La *torsion brusque complète* est autrement dramatique. Pour la comparer à d'autres phénomènes bien connus, Rokitansky, avant Terrillon et Legueu, la décrit sous le nom de *torsion avec étranglement*, expression pittoresque quand on l'entend dans le sens strictement clinique qu'il lui donnait, c'est-à-dire torsion brusque avec accidents immédiats. Car, comme le dit Legueu, il est des torsions brusques sans étranglement. Et, d'autre part, anatomiquement, on peut avoir des étranglements complets aboutissant à la section du pédicule, produits lentement, sans réaction clinique. Tout dépend des sujets, de la susceptibilité de leur péritoine, mais surtout de la constitution du pédicule et de sa richesse en éléments vasculaires et nerveux.

Nous ne saurions faire une description plus saisissante

(1) Roy. *Kystes dermoïdes du petit bassin ouverts dans la vessie*. Th. de Lyon, 1900.

(1) Cités par Terrillon. — Voir aussi Gunther. Th. de Berlin, 1879.

de ce syndrome torsion avec étranglement dans les tumeurs pelviennes qu'en rapportant l'observation de notre deuxième malade.

Obs. II. — *Kyste de l'ovaire droit tordu sur son pédicule simulant une appendicite. Incision iliaque droite pour reconnaître la tumeur et laparotomie médiane pour l'enlever. Guérison.* — Pauline G..., âgée de trente-trois ans, entre le 11 juillet 1899 dans la salle Sainte-Anne (clinique de M. le professeur Poncet), avec des douleurs iliaques droites et des troubles digestifs qui ont fait poser à son médecin le diagnostic d'appendicite aiguë avec collection suppurée.

Cette femme, dont la santé générale a toujours été bonne, ne révèle aucun passé génital. Elle a eu plusieurs grossesses, toutes normales; ses enfants sont tous vivants et bien portants. Depuis le mois de mars seulement, elle accuse de vagues douleurs abdominales dans le côté droit, sans troubles menstruels, et sans pertes en dehors des règles. *Son médecin l'aurait examinée en avril, et n'aurait constaté aucun phénomène anormal du côté des organes génitaux.*

Le 7 juillet, brusquement, la malade ressent des douleurs beaucoup plus vives que d'habitude dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnent d'emblée de vomissements, le ventre se ballonne, il y a interruption absolue du cours des matières et des gaz intestinaux. Les urines se font plus rares, à mesure que les vomissements augmentent de fréquence et d'abondance.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle offre des signes de péritonite partielle avec occlusion. Le ventre, ballonné dans l'ensemble, est surtout rigide et météorisé à l'hypogastre, dans le flanc et dans la fosse iliaque droite, où l'on perçoit un large plastron, plutôt rénitent que fluctuant, douloureux à la pression, mat à la percussion. Pas de masse perceptible dans une autre région de l'abdomen; le foie et la vésicule biliaire paraissent hors de cause. On ne trouve pas de ballottement rénal; les urines, rares, sont restées claires. Le diaphragme et la paroi abdominale à gauche de l'ombilic ont leur jeu amoindri dans les mouvements de la respiration; à droite, la paroi est immobile.

Le toucher vaginal fait reconnaître l'utérus un peu abaissé et en légère rétroversion. Dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, on sent une masse rénitente, qui le distend comme le feraient des anses météorisées, et qui détermine des douleurs au toucher. Rien au toucher rectal. Le palper abdominal, combiné avec le toucher vaginal, ne fournit pas de renseignements précis, à cause des vives douleurs accusées par la malade durant l'examen.

La température est de 38°3-38°8. Le facies est anxieux, mais non grippé. Pas de refroidissement des extrémités. Le soir de son arrivée dans le service, la malade a ses règles.

Devant un pareil début et de pareils symptômes de diffusion, la malade est considérée comme atteinte d'appendicite avec réaction péritonéale diffuse. Comme l'état général n'est pas alarmant, nous la tenons quelques jours en observation, pour laisser aux phénomènes inflammatoires le temps de se localiser. Opium. Glace sur le ventre. Des lavements glycérinés répétés ramènent le cours des gaz et évacuent le contenu du gros intestin. Les douleurs se calment dès le deuxième jour; la région iliaque reste cependant empâtée et très sensible au toucher. Le météorisme cède partiellement sans que le plastron rénitent diminue d'étendue. Au milieu de cette accalmie, seule la température continue à monter jusqu'à 39-39°3.

Le cinquième jour nous intervenons. Anesthésie au mélange de Billroth. Incision iliaque au lieu d'élection; les différents plans de la paroi sont infiltrés et très saignants. Le péritoine ouvert, nous tombons sur une masse rouge noirâtre, comparable à un gros foie congestionné; le revêtement en est lisse, avec quelques flocons de fibrine sur la surface. Elle se prolonge en dedans et en bas vers le bassin, et donne une sensation de rénitence plutôt que de fluctuation nette.

Nous reconnaissons alors, d'après un autre cas observé antérieurement, qu'il s'agit d'un kyste ovarique à pédicule tordu. Pour agir plus à notre aise, nous pratiquons immédiatement la laparotomie médiane dans la position de Trendelenburg. Le kyste est largment découvert; il remonte jusqu'à l'ombilic. Une première ponction au gros trocart retire du liquide sérosanguinolent; d'autres kystes sont vidés ensuite de leur contenu qui est rougeâtre, mucoïde ou brun chocolat. Il reste dans la poche principale un certain nombre de plus petits kystes : l'incision doit être un peu agrandie pour permettre la luxation de toute la tumeur. Le pédicule apparaît alors, grêle et allongé, du volume d'un doigt, tordu suivant deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Pas d'adhérences à son voisinage. On le sectionne facilement au ras de la corne utérine. Et comme l'utérus tend à retomber en rétroversion, deux fils en anse fixent sa paroi antérieure à la paroi abdominale.

Légère quantité d'ascite avec flocons de fibrine dans le petit bassin que l'on assèche avec des tampons. A cause des signes de péritonite constatés au voisinage de la tumeur, un petit Mickulicz est placé en arrière de l'utérus. L'incision iliaque est totalement suturée à trois plans.

Les suites de l'opération furent très simples. La malade, guérie sans nouvel incident, quittait l'hôpital au bout d'un mois. Nous l'avons revue à la fin de 1900. Elle ne garde de son intervention qu'un peu de relâchement de la paroi abdominale antérieure, facilement corrigé par une ceinture. L'utérus est resté en bonne position.

VI

Analyse des symptômes. — La *douleur* est le premier signe en date et en importance. Brusque, excruciante, elle éclate sans prodromes, et prend la malade dans la rue ou au milieu de ses occupations. Immédiatement la paroi abdominale se rétracte en défense. La femme se penche en avant, en retenant sa respiration qui s'est précipitée; elle cherche l'immobilisation qui la soulagera quelque peu; mais les nausées surviennent, puis le hoquet ou les vomissements, qui ravivent les souffrances. La syncope libératrice interrompt parfois ces tortures. Cette douleur du début peut persister avec la même intensité pendant plusieurs heures, même pendant quelques jours, avec de rares accalmies, empêchant toute alimentation et tout sommeil. Pierre Delbet et Condamin furent ainsi amenés à intervenir d'urgence.

Il arrive que la douleur cède peu à peu, en même temps que le ventre s'assouplit; tout rentre dans l'ordre momentanément; la tumeur s'est détordue. Mais d'ordinaire il ne faut pas se fier à la diminution, même considérable, des douleurs, pour retarder une intervention ou pour modifier un diagnostic. Cette *accalmie trompeuse*, alors que la torsion subsiste, a été notée déjà par Terrillon pour les kystes de l'ovaire, par Hartmann pour les collections tubaires; nous l'avons eue chez notre deuxième malade, après l'application de la glace et l'administration de légères doses d'opium. Elle ne s'accompagne d'ailleurs pas d'une sédation parallèle des autres symptômes; elle laisse l'hypogastre endolori et plus ou moins ballonné, la tumeur très sensible à une pression modérée, l'intestin intolérant et la température souvent plus élevée que le premier jour.

Peu après la *douleur*, ou en même temps qu'elle, surviennent les vomissements, alimentaires, puis bilieux comme dans la péritonite, ou plutôt comme dans les irritations du péritoine : car ces vomissements verdâtres trahissent avant tout l'antipéristaltisme de l'intestin, par excitation anormale de ses plexus nerveux. L'excitation est directe, ou plus souvent réflexe; elle vient des nerfs tordus avec le pédicule,

et se propage d'autant plus loin, d'autant plus fort, que ceux-ci étaient plus nombreux dans le pédicule étranglé et dans les tissus de la tumeur distendus par l'œdème. Baron a disséqué un pédicule tordu de kyste de l'ovaire, qui contenait un nerf de la grosseur du cubital. La notion de *péritonisme*, sans infection vraie de la séreuse, doit être maintenue pour ces faits, où l'on note parfois, au moment de l'intervention, un péritoine encore lisse, absolument indemne d'exsudats et d'adhérences fibrineuses, sans épanchement de liquide dans le Douglas, sans qu'il y ait eu de modifications notables dans la courbe thermique. Aussi fréquente, cependant, est la péritonite vraie ; et alors les vomissements persistent davantage, plus tenaces que la douleur, avec un ballonnement plus marqué et une immobilisation plus durable de la paroi abdominale.

Quand il s'est produit en même temps une occlusion intestinale, par un des mécanismes énumérés plus haut, les vomissements, de porracés, deviennent fécaloïdes, plus abondants, presque incessants.

Avec ces phénomènes bruyants du début, l'*état général*, le *pouls* et la *température* présentent les modifications les plus diverses. D'ordinaire, la douleur initiale s'accompagne des autres signes du *shock abdominal* : pâleur de la face, tendance syncopale, pouls petit et rapide, respiration précipitée et superficielle, sensation de froid avec transpiration de la tête et des mains ; ballonnement de l'abdomen et immobilisation des parois. Puis, en même temps que les douleurs, les autres signes s'atténuent au bout de quelques heures. La respiration devient plus libre, le pouls plus ample, parfois ralenti ; le diaphragme et la paroi abdominale reprennent leur jeu dans la respiration, au moins pour la région sus-ombilicale. Habituellement, autour de la tumeur tordue le ballonnement persiste, et la paroi, à son voisinage, reste dans cet état de rigidité qu'on a dénommé « contracture par appréhension ».

La *constipation*, absolue dès le début, est un des signes les plus durables ; quand elle n'est pas due à la compression ou à la coudure de l'intestin par la tumeur déplacée, elle reconnaît pour cause la parésie du muscle lisse, intestinal, par inhibition s'il s'agit de péritonisme, ou par inflammation du revêtement séreux quand la péritonite s'est déclarée. La constipation par péritonite est plus tenace que la coprostase par inhibition. Cette dernière cède bientôt à l'action des lavements, salés ou glycérinés, comme chez notre deuxième malade. De même que dans l'occlusion intestinale, l'*oligurie* et l'*anurie* s'observent.

Somme toute, quand l'orage initial est calmé, on constate seulement à l'examen de la malade, outre les signes particuliers à ces diverses tumeurs pelviennes, un état de *rigidité* et d'*endolorissement* de la paroi à leur niveau, une douleur également nette dans le cul-de-sac correspondant si la tumeur est enclavée, en même temps qu'une immobilisation de la tumeur et une *augmentation toujours appréciable de son volume*, depuis le dernier examen qui en avait été fait.

On a indiqué, comme pour la hernie étranglée surtout à propos des kystes ovariques ou tubaires tordus et prolabés dans le Douglas, la sensation, au toucher, *d'un cordon induré et douloureux représentant le pédicule tordu*. Mais ce n'est qu'au bout de quelques jours, une fois les premières souffrances passées, que le toucher peut révéler de telles nuances ; et encore faut-il que, par un examen antérieur, on se soit assuré que la trompe, saine ou enflammée, ne donnait pas elle-même cette sensation. D'ordinaire le doigt vaginal isole assez distinctement de l'utérus la tumeur, sauf quand l'éclatement du kyste, la transsudation de liquide à travers ses parois, ou la sécrétion excessive du péritoine enflammé ont déversé dans le bassin un épanchement, qui distend les culs-de-sac et limite l'exploration. La présence de cet épanchement est confirmée par la répartition spéciale de la matité à la percussion, dans les régions déclives des flancs et des fosses iliaques : elle est loin d'être constante.

Non moins contingente, quoique plus habituelle, est la *péritonite*. On a peut-être trop insisté sur sa fréquence (Terrillon, Legueu). Elle manque très souvent après la torsion des fibromes utérins sous-péritonéaux, et surtout des kystes mucoïdes de l'ovaire ; elle n'est pas non plus forcément le lot des hydro et hématosalpinx tordus. Très insidieuse dans son développement, lorsqu'elle n'est pas due à l'éclatement dans la grande séreuse d'une collection déjà suppurée, elle doit être soupçonnée d'après la persistance des douleurs et l'augmentation du ballonnement, plutôt que par l'élévation du pouls et de la température, qui peuvent parfaitement faire défaut.

D'ailleurs si l'on entre dans le détail des faits, autant de malades, autant de syndromes, avec un symptôme prédominant. Le groupement seul de ces signes a quelque valeur diagnostique. Il est évident qu'on enregistrera les troubles les plus divers, suivant que la torsion sera brusque, intéressera un gros pédicule, riche en vaisseaux et en nerfs, ou qu'elle aura été précédée d'un étirement, d'une anémie lente par compression, du hile de la tumeur.

Chez la troisième malade que nous avons observée, la torsion du pédicule d'un cancer de l'ovaire resta méconnue jusqu'au moment de l'opération, car rien ne l'avait trahie à l'examen.

Obs. III. — *Cancer de l'ovaire avec torsion du pédicule fibromateux, ovariotomie et hystérectomie abdominale totale, guérison.* — Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, mariée à vingt-cinq ans, cette femme a eu 6 enfants vivants, et un avortement à deux mois et demi. Elle a cinquante ans. Pas de ménopause. Depuis quatre ou cinq ans, elle perdait constamment un peu de liquide sanguinolent dans l'intervalle de ses règles. Depuis deux ans ces métrorragies sont devenues très abondantes, et l'ont anémiée beaucoup. Elle a maigri considérablement, et se présente avec un teint jaunâtre, cireux.

Les seuls troubles subjectifs qu'elle ait ressentis consistent dans les phénomènes d'asthénie nerveuse, pertes des forces, atonie gastrique, mais surtout dans des troubles de la miction et de la défécation, depuis quelques mois ; elle se plaint d'une constipation opiniâtre ; elle urine souvent, mais peu à la fois, avec quelques douleurs à l'émission des dernières gouttes. C'est à cause de ces troubles et d'une recrudescence des pertes depuis quinze jours, que la malade est entrée à l'hôpital, salle Sainte-Marguerite.

A l'examen, on constate que l'abdomen est peu déformé dans ses contours. La paroi abdominale, très grasse et relâchée, peut être déprimée facilement. On arrive ainsi sur une masse résistante occupant surtout la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, fait reconnaître que cette masse est constituée par le corps utérin, et par une tumeur du volume d'une tête de fœtus, accolée étroitement au bord gauche de l'utérus, se déplaçant avec la matrice.

La profondeur de l'utérus est de 13 centimètres à l'hystéromètre. La paroi en semble très épaisse. Quant à la tumeur adjacente, sa consistance est plutôt rénitente que franchement solide, comme s'il s'agissait de tumeurs fibreuses ramollies avec géodes kystiques que l'on observe près de la ménopause. Aussi, à cause des connexions intimes de cette tumeur avec l'utérus qu'elle suit dans ses déplacements, à cause des métrorragies abondantes, nous concluons à un fibrome utérin sous-péritonéal, peut-être en voie de transformation maligne. Nous décidons, pour cette raison, de pratiquer l'hystérectomie totale, l'utérus étant, d'autre part, lui-même fibromateux. Cette opération est, en outre,

imposée par les phénomènes de compression de la vessie et du rectum.

Le 16 mars, laparotomie en position de Trendelenburg. Les anses intestinales réclinées sous une large compresse, nous rencontrons d'abord le corps utérin volumineux, ayant à peu près les dimensions d'une grande poire, uniformément hypertrophié. Immédiatement en arrière de lui, et remplissant la moitié gauche du bassin, apparaît une autre tumeur, du volume d'une tête de fœtus, sillonnée de quelques vaisseaux, de surface polie, mais de teinte marbrée comme par des hémorragies interstitielles. Cette tumeur donne au doigt la même sensation de rénitence que l'on avait perçue par le toucher. Elle est adhérente à la face postérieure de l'utérus et à divers points du péritoine pelvien. Dégagée de ses adhérences, nous constatons qu'il s'agit d'*une tumeur de l'ovaire tordue sur son pédicule suivant un tour de spire presque complet*, et qui a été amenée ainsi au contact immédiat de l'utérus. Nous sectionnons ce pédicule entre deux pinces longuettes, puis nous procédons à l'ablation de l'utérus par la méthode de Doyen.

L'ensemble de ces manœuvres n'a pas duré plus de trente-cinq minutes. Mais, comme la malade, déjà très anémiée et très faible avant l'opération, présente, à ce moment, des signes inquiétants du côté du cœur, nous procédons à une hémostase sommaire des ligaments larges; nous laissons même trois pinces à demeure sur la base des ligaments, et nous terminons par un Mickulicz abdomino-vaginal, avec suture à deux plans de la moitié supérieure de l'incision. Injection de 500 grammes de sérum artificiel dans la cuisse, sur la table d'opération pendant qu'on fait le pansement.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Ablation des pinces au deuxième jour, des mèches centrales du Mickulicz et des mèches vaginales le cinquième, ablation de la compresse périphérique du Mickulicz le 28 mars (au douzième jour).

Une seconde injection de sérum (de 500 grammes) fut pratiquée le lendemain de l'intervention. La température se maintint entre 37°5 et 38°8 pendant trois semaines, jusqu'à l'oblitération du trajet de drainage. Le 23 avril, la malade est en état de quitter l'hôpital, sa plaie cicatrisée.

L'examen macroscopique des pièces enlevées révèle les détails suivants :

1° L'utérus, sectionné longitudinalement, a une paroi épaissie en totalité de 3 centimètres à 4 centimètres suivant les points. La muqueuse épaissie, congestionnée et tomenteuse, a l'aspect de l'endoémétrite fibromateuse. Sa longueur est de 16 centimètres.

2° La tumeur de l'ovaire est de consistance solide. Dans des géodes à parois très épaisses sont tassées des masses encéphaloïdes marbrées de sang, avec deux ou trois kystes du volume d'un abricot, remplis de sang et de végétations papillomateuses.

L'examen microscopique de cette tumeur, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. Paviot, montre qu'il s'agit bien d'un *cancer épithélial* de l'ovaire, avec infiltration abondante de formations épithéliales tubulées dans un stroma fibreux, suivant une disposition qui rappelle celle des tubes de Pflüger dans l'ovaire en voie de développement.

VII

Diagnostic. — Dans le *diagnostic*, on ne recherchera pas des finesses, qui importent peu pour les indications du traitement. Si le chirurgien a suivi la malade avant les accidents de torsion, s'il sait d'après son passé génital qu'elle est atteinte d'un fibrome pédiculé, d'un kyste ovarique, ou d'une collection tubaire, il peut affirmer l'identité de l'organe tordu. Trop souvent il voit la malade pour la première fois; et à moins qu'il ne s'agisse de tumeurs énormes, fluctuantes, telles que seul l'ovaire parmi les organes pelviens peut en donner, il se voit réduit à faire surtout le diagnostic de la torsion.

Même pour ces grosses tumeurs le doute est possible. Chandelux, dans une communication à la Société de chirurgie de Lyon en 1898, a exposé ses hésitations entre un de ces gros kystes de l'ovaire tordus et l'*hydronéphrose sacciforme* avec étranglement : l'oligurie par compression de l'uretère, le siège élevé de la tumeur dans le flanc gauche où elle ballottait comme un gros rein, les crises antérieures à la torsion définitive étaient autant d'éléments de confusion entre ces deux affections.

Le diagnostic est à discuter avec tous les *symptômes de l'étranglement abdominal*, étranglement vrai avec occlusion, ou faux étranglement par péritonisme et par péritonite.

Tout à fait au début des accidents, la *colique hépatique* et la *colique néphrétique* seront à éliminer ; cette dernière surtout avec son retentissement douloureux et parétique sur les points déclives de l'abdomen : névralgies pelviennes d'irradiation, oligurie et ténesme, météorisme généralisé ou localisé. La connaissance des antécédents, l'examen des urines et surtout le toucher vaginal lèveront les doutes, même quand le palper abdominal sera rendu illusoire par la distension de l'intestin et par la rétraction de la paroi. On a bien signalé, dans la colique néphrétique, la sensation de cordon douloureux que donne l'uretère au toucher vaginal; mais il n'y a jamais en même temps distension des culs-de-sac comme par une tumeur étranglée; et dans cette dernière hypothèse, en outre, quand le pédicule tordu est accessible, c'est beaucoup plus en arrière et en bas que l'uretère.

L'idée d'une *hernie étranglée* sera éliminée par l'examen négatif des anneaux, et surtout par l'absence des signes physiques d'étranglement herniaire, s'il y a coexistence de hernie : L. Tait a commis cette erreur. Il fit la kélotomie sur une hernie simplement irréductible, et sa malade succomba au sphacèle de la tumeur pelvienne méconnue.

La même distinction est à faire avec l'*occlusion intestinale* aiguë et subaiguë. Les signes fonctionnels peuvent être identiques; suppression absolue des matières et des gaz, météorisme, vomissements incoercibles.....

Un examen minutieux s'imposera et des antécédents, et principalement des signes physiques. La tumeur tordue donne une déformation de l'abdomen plus latéralisée ; seule une tuberculose fibreuse avec occlusions des anses agglutinées pourrait fournir à la palpation cette sensation de masse rénitente dans une des fosses iliaques. Et alors le toucher serait indispensable pour faire constater, en cas de tumeur kystique, la collection pelvienne dont la fluctuation ou le ballottement sont transmis à la masse perceptible par l'abdomen. Ces données de l'exploration bimanuelle ne sont bien nettes qu'au bout de quelques heures, et même de deux ou trois jours, quand le repos au lit et les applications de glace ont déjà diminué le ballonnement du ventre. On a conseillé aussi, pour faciliter cet examen en même temps que pour calmer les douleurs angoissantes du début, d'anesthésier les malades « à la reine ». Evidemment les écueils du diagnostic sont presque inévitables quand il y a à la fois torsion de tumeur et occlusion intestinale : Bénard (1), dans sa thèse consacrée à cet accident heureusement très rare, montre comment, dans les cinq observations qu'il a réunies, on a dû se borner à constater la coexistence de la tumeur et de l'occlusion, sans préciser entre les deux affections les relations de cause à effet.

Depuis dix ans, l'*appendicite*, surtout dans sa forme aiguë dite à type d'occlusion, est venue compliquer cette question

(1) Bénard. *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. De l'occlusion intestinale consécutive*, Th. de Paris, 1897-1898.

du diagnostic. Tout récemment encore, les relations entre entre l'appendicite et les collections pelviennes ont fait l'objet de nombreuses controverses (1). Personnellement, nous avons relevé au moins 10 cas dans lesquels le chirurgien ne voulut pas se prononcer entre une appendicite, une salpingite kystique avec poussée aiguë, un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, et où la nature exacte des lésions ne fut reconnue, comme chez notre seconde malade, qu'après l'incision iliaque au lieu d'élection. Tout prête à la confusion : les poussées douloureuses antérieures, le début fréquent des accidents au moment des règles, la réaction péritonéale intense, l'oligurie réflexe, la localisation de l'empâtement dans un des côtés du bassin, l'élévation parfois persistante de la température alors que les douleurs ont cédé et que le ventre s'assouplit, enfin l'état douloureux et la distension des culs-de-sac vaginaux du côté correspondant. Plus que jamais, il faut ici une analyse délicate des symptômes et une minutie de distinctions que nous allons retrouver à propos des diverses affections pelviennes pouvant simuler l'étranglement d'une tumeur du bassin.

Ces affections sont : la *salpingite kystique*, la *grossesse extra-utérine*, le *fibrome pédiculé*, *enclavés dans le Douglas*, la *pelvi-péritonite* et l'*hématocèle*.

La *salpingite kystique*, à contenu séro-sanguin ou purulent, évolue parfois par crises successives, chaque retour des douleurs correspondant à la production d'adhérences nouvelles ou à la formation d'une collection pelvi-péritonéale. La tumeur primitive augmente ainsi de volume, change de consistance ; et si une poussée plus aiguë que les autres fait éclater l'orage péritonéal, tous les accidents de la torsion du pédicule se succèdent devant les yeux du chirurgien embarrassé. Et pourtant il importe ici de préciser le diagnostic, car si la torsion commande une intervention immédiate, les poussées aiguës sur d'anciennes annexites réclament, au contraire, des soins médicaux et l'expectation armée, jusqu'à ce qu'une opération à froid, beaucoup plus simple, soit devenue possible. D'ordinaire, la confusion avec le kyste ovarique ou le fibrome tordus est évitée sans peine, car il est rare que ces lésions aient créé chez les malades, avant les accidents brusques de la torsion, une longue série d'incidents douloureux et la réelle infirmité que causent les annexites chroniques : en outre, ces dernières, d'ordinaire bilatérales, amènent dans le pelvis des désordres plus étendus; elles ont un retentissement beaucoup plus fâcheux sur les sécrétions de l'utérus et sur la menstruation. Au contraire, entre salpingite réchauffée et cystosalpinx tordu, les nuances d'évolution sont si délicates parfois que l'observation prolongée pendant quelques jours est souvent nécessaire, pour distinguer la crise beaucoup plus violente, mais beaucoup plus courte d'ordinaire, qui suit la torsion, de la poussée de péritonite aiguë ou subaiguë greffée sur la salpingite. En outre, de l'avis de tous les chirurgiens qui en ont opéré, les salpinx tordus sont atteints de lésions torpides, qui avaient évolué sournoisement, souvent d'un seul côté, et sans même contracter d'adhérences avec les organes voisins : aussi, après leur étranglement, l'élévation de température et le shock abdominal ne persistent pas au delà de quelques jours.

Les données du toucher ne servent au diagnostic différentiel que si le pédicule est accessible, et s'il est plus spécialement douloureux que le reste de la collection : mais à combien d'erreurs d'interprétation cette localisation de la douleur n'expose-t-elle pas!

(1) Dormoy. *Appendicite pelvienne*, Th. de Lyon, 1897. — Barnsby. *Appendicite et annexites, coexistence, pathogénie*, Th. de Paris, 1897-98. — Voir aussi discussion à la Soc. de chir. de Lyon, 1900. — Azy. *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire à forme d'appendicite aiguë et à répétition*, Th. de Lyon, 1900.— Voir la dernière discussion de la Société de gynécologie de Paris, 22 avril 1901.

L'*avortement tubaire* et l'*hématocèle* par grossesse extra-utérine sont précédés d'une phase que l'on doit toujours rechercher, où la malade a présenté un arrêt des règles et les signes réflexes de la grossesse : modifications des seins, vomissements au lever, etc. Et si l'utérus peut être délimité par le palper combiné au toucher, il apparaît globuleux, avec un col ramolli et entr'ouvert par le passage de la fausse caduque qui vient d'être expulsée. Aussitôt après l'hémorragie, le pouls devient rapide et moins tendu. Enfin, s'il y a déjà un épanchement sanguin dans le Douglas, les culs-de-sac sont déplissés en totalité et l'utérus est enfoncé dans la collection sanguine, sans qu'on arrive à délimiter les contours d'une tumeur en arrière ou sur les côtés du col. La même remarque s'impose à l'examen vaginal d'une pelvi-péritonite, qu'elle soit primitive ou plutôt secondaire à une annexite.

Quant aux *tumeurs* ou aux *collections enclavées* dans le Douglas, elles donnent, elles aussi, des douleurs et de l'occlusion. Mais ces phénomènes apparaissent progressivement; ils sont plus localisés sur la vessie, le rectum et le plexus sacré. Au lieu du syndrome péritonisme de la torsion, on observe seulement de la constipation opiniâtre avec état nauséeux, de la dyspnée avec ténesme ou avec fausse incontinence, des crises névralgiques, de la sciatique. Tout au plus pourrait-on songer à une torsion lente, à répétition si ces crises se reproduisaient périodiquement.

Enfin Laurence a montré, d'après 5 observations personnelles, comment, chez les accouchées qui présentent du péritonisme et de violentes douleurs pelviennes quelques jours après la délivrance, il faut toujours s'assurer par le toucher qu'il n'y a pas de tumeur étranglée dans le bassin, voire dans le grand péritoine, avant de conclure à de l'infection puerpérale, phlegmon du ligament large, ou péritonite.

Quand la torsion amène la *rupture* de la tumeur kystique, on le reconnaît à la brusque disparition de celle-ci, en même temps que se produit une recrudescence des signes de péritonite.

VIII

Pronostic et traitement. — Il est inutile de faire de longues distinctions entre les diverses évolutions des tumeurs pelviennes étranglées; qu'on admette la plus grande fréquence de l'étranglement brusque, en un temps, ce qui est l'opinion courante, ou que l'on croie à la torsion progressive, plusieurs fois détordue avant de se fixer définitivement, comme le dit Boursier, le résultat est le même. La détorsion spontanée est exceptionnelle ; on en connaît peut-être dix ou douze cas; et fort probablement si l'on avait pu suivre assez longtemps ces malades, on aurait constaté l'étranglement définitif de ces tumeurs, dont le pédicule est constamment orienté vers un nouvel enroulement. Et qui nous prouve même que la détorsion s'est faite? N'a-t-on pas opéré plusieurs fois de ces tumeurs tordues qui, à aucun moment, n'avaient présenté de signes d'étranglement? La guérison spontanée après la torsion et par la torsion est réelle; mais elle est également si rare qu'une telle exception ne peut pas entrer en ligne de compte dans les indications du traitement.

D'ordinaire, la torsion est un accident sérieux pour le présent et pour l'avenir : ses conséquences immédiates, que nous avons déjà envisagées dans notre étude anatomo-pathologique et clinique, sont : la douleur, l'infection du péritoine possible à tous ses degrés, la rupture ou le sphacèle de la tumeur si souvent infectée elle-même, l'occlusion intestinale parétique ou par torsion et coudure. Pour plus tard, ce sont les adhérences avec toute leur suite de coliques, d'obstruction de l'intestin, de déviations utérines, et de compressions urétérales; et surtout, ce sont des difficultés réelles pour une intervention ultérieure sur la

tumeur. Or que donne l'opération immédiate, dès que l'on a constaté les phénomènes de torsion? Sur ce point, Terrillon, Boursier, Finaz, Baron et Bénard, etc., pour les kystes ovariques tordus; Macé et Planque pour les fibromes, Delbet, Legueu, Maillard, Hartmann, Pozzi et Bouilly pour les cystosalpinx, sont unanimes. L'*opération hâtive* n'est pas plus grave que si elle portait sur la tumeur avant sa torsion. Lorsqu'on intervient avant cinq, six ou huit jours, les adhérences n'ont pas encore eu le temps de se constituer, la libération de la tumeur est simple, son pédicule, rendu à peu près exsangue, est même plus facile à traiter que dans les tumeurs non tordues; c'est à peine, parfois, s'il saigne à la section.

Des chiffres seraient superflus. Disons seulement que si en 1887 Terrillon accusait pour 69 observations 50 guérisons, 12 morts et 7 résultats inconnus, dans des observations prises en bloc, avant et après la période antiseptique, opérées précocement ou tardivement, par contre sur les 40 ovariotomies des thèses de Finaz et de Baron, nous ne relevons pas un décès. De même, toutes les malades de la thèse de Maillard ont guéri après l'ablation de leur salpingite tordue. Et pourtant il ne semble pas qu'on ait trié les cas, qui se sont présentés sous les aspects cliniques les plus divers, et qui ont été observés par une dizaine de chirurgiens : mais l'opération a été pratiquée hâtivement.

Tout différents sont les résultats de l'intervention quand le kyste en se tordant s'est sphacélé ou rompu, et que son contenu septique a ensemencé le grand péritoine. Pourtant là encore, le chirurgien peut beaucoup. Lawson Tait, cité par Terrillon, aurait sauvé 8 opérées sur 10, en enlevant hâtivement la tumeur sphacélée ou rompue et en drainant largement par l'abdomen ou par le vagin. Cette série de L. Tait est peut-être exceptionnellement heureuse. La proportion serait probablement moins brillante s'il était intervenu, une fois la péritonite suppurée bien confirmée.

Les cas les plus sombres sont ceux où la tumeur a entraîné dans sa torsion un segment de l'intestin et l'a étranglé; Bénard relève 3 morts sur 5 cas d'occlusion aiguë ou subaiguë. Le pronostic doit être aussi grave quand la compression prolongée des uretères a produit une double pyélonéphrite suppurée : c'est à cette complication qu'a succombé notre première malade.

Quant à la grossesse ou à la puerpéralité concomitantes, dont Terrillon faisait un élément de gravité (3 morts sur 9 opérations pour kystes de l'ovaire tordus), elles ne doivent plus être aujourd'hui qu'une raison de plus pour intervenir au plus tôt : le chirurgien peut à peu près répondre de la vie de la mère; et le fœtus n'est pas pour cela sacrifié, car la grossesse continue souvent son évolution normale si la torsion elle-même n'a pas déterminé des contractions réflexes suffisantes pour produire l'avortement. Pinard et Segond conseillent seulement de maintenir sons la morphine les opérées enceintes dans la semaine qui suit l'intervention.

L'évacuation, par la ponction seule, n'est autorisée que si la torsion se produit, au cours du travail, sur une tumeur enclavée, et si l'on peut ainsi livrer rapidement passage à la tête fœtale.

En résumé, l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule *commande, au même titre que l'étranglement herniaire, et avec les mêmes réserves exceptionnelles, l'intervention sanglante*. La voie abdominale sera préférée à la voie vaginale; car elle seule permet d'observer les lésions à ciel ouvert et d'instituer le traitement complet qu'elles exigent. L'intensité des douleurs pourra commander la laparotomie d'urgence (cas de Delbet, de Condamin); mais on arrive encore assez tôt d'ordinaire, au troisième ou au quatrième jour, pour que la péritonite ne soit pas à redouter, à condition que la torsion ne se soit pas accompagnée de rupture d'une poche infectée. Suivant l'état de la séreuse au voisinage de la tumeur étranglée, on fermera l'abdomen à trois plans, ou l'on terminera l'opération par un drainage au point déclive (Mickulicz, drainage vaginal, ou abdomino-vaginal).

Si, à côté de la tumeur tordue, se trouve une autre tumeur développée dans les organes voisins (fibrome, kyste, cancer), on commencera par l'ablation de la masse qui est le siège des accidents de torsion. L'ablation de la seconde tumeur terminera l'opération (notre troisième cas), ou au contraire sera remise à une intervention ultérieure; le chirurgien se décidera, à propos de chaque cas, pour l'une ou l'autre alternative, suivant l'importance des troubles causés par la présence de cette seconde tumeur, et suivant les conditions générales de résistance de l'opérée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 7 mai 1901, M. Déjerine, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Banquet de M. Kirmisson. — Les élèves et amis de M. Kirmisson, à l'occasion de sa nomination de professeur à la Faculté, lui offriront un banquet le mardi 21 mai prochain à l'hôtel d'Orsay, à sept heures et demie.

Adresser les adhésions à M. Guénot, interne à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 18e semaine, 1076 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1060), mais supérieur à la moyenne ordinaine de semaines de mai (960). La différence est due tout entière à la phtisie et aux autres maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (la moyenne est 8).

La variole, dont nous avions noté la fréquence, n'a causé que 5 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 72.

La rougeole (17 décès au lieu de la moyenne 30) continue à être rare pour la saison. La scarlatine (2) et la coqueluche (10) conservent une fréquence moyenne. La diphtérie a causé 15 décès (la moyenne est 7).

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an (chiffre identique à la moyenne).

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 194 décès, au lieu de 181 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 13); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 50 (au lieu de la moyenne 43); autres maladies de l'appareil respiratoire, 111 (au lieu de la moyenne 79), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 69 à la bronchopneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 247 décès (au lieu de la moyenne 198); cette maladie dépasse considérablement la moyenne depuis douze semaines. Peut-être y verra-t-on une conséquence de l'épidémie de grippe, très bénigne pourtant, que nous avons traversée à la fin de l'hiver; la méningite tuberculeuse a causé 32 décès; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50 décès; les maladies organiques du cœur, 75; le cancer a fait périr 46 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 5, la néphrite 31; enfin, 45 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — DU DÉCOLLEMENT DU « MIKULICZ » ET DES PANSEMENTS ADHÉRENTS PAR L'ARROSAGE DES PLAIES AVEC L'EAU OXYGÉNÉE, par M. le professeur Antonin PONCET. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Les principaux apéritifs et la manière de les administrer; — Traitement de la tuberculose pulmonaire des enfants par la zomothérapie; — L'acide osmique dans le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables; — Traitement des escares par la levure de bière. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — VARIÉTÉS. La médecine aux Salons, par M. R. LE CHOLLEUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 13 mai 1901.

Au cours des réformes qu'il a entreprises M. le ministre de la Guerre a été amené à préciser la façon dont les étudiants en médecine doivent être employés pendant la durée de leur service actif.

Cela est fort bien, mais il semble que la situation militaire des étudiants, au moment où ils sont versés dans la disponibilité ou la réserve, mérite aussi d'attirer son attention.

On sait que les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions sont admis à passer l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire de réserve. Cette disposition, prise sous l'ancien régime des études médicales, continue à être en vigueur. Or depuis l'institution du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, du fameux P. C. N. qui nécessite une année d'études correspondant presque exactement à l'ancienne première année, les étudiants en médecine à huit inscriptions possèdent une instruction médicale semblable à celle de leurs aînés après la douzième.

Il se trouve donc que ces jeunes gens, n'ayant pas atteint le chiffre fatidique de douze, ne sont pas admis à passer l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire de réserve et sont obligés d'accomplir leur première période d'instruction en qualité de simples infirmiers de deuxième classe. Comme tels les services qu'ils sont appelés à rendre sont évidemment bien modestes.

M. le ministre de la Guerre serait certes bien inspiré en décidant que l'examen d'aptitude se passera désormais après la huitième inscription (nouveau régime).

Il ferait ainsi une réforme bien simple et qui serait bien accueillie de tous, non seulement des étudiants, mais aussi des médecins des hôpitaux militaires, qui verraient avec plaisir un plus grand nombre de médecins auxiliaires de réserve venir à tour de rôle les seconder pour le service de garde et les multiples obligations du service de santé dans les places.

DU DÉCOLLEMENT DU « MIKULICZ »

ET DES PANSEMENTS ADHÉRENTS PAR L'ARROSAGE DES PLAIES AVEC L'EAU OXYGÉNÉE

Par M. le professeur Antonin PONCET.

Je ne viens pas discuter la valeur du tamponnement de la cavité abdominale, suivant le procédé de Mikulicz.

Ce merveilleux mode de pansement me paraît jugé depuis longtemps (1). Il fait partie, du reste, de cet ensemble de moyens précieux, qui constituent la chirurgie à ciel ouvert, et dont les indications, dans les plaies infectées ou susceptibles de l'être, se rencontrent journellement.

Mon but, en écrivant ces quelques lignes, est uniquement de signaler un moyen simple, efficace, en même temps innocent, de détacher, quand on le juge utile, le parapluie intra-péritonéal du tamponnement à la Mikulicz, et aussi toute espèce de pansements, cavitaires et autres, plus ou moins intimement adhérents aux tissus voisins. *Ce moyen réside dans l'emploi de l'eau oxygénée, versée à la surface de la plaie, pendant que les doigts décollent et exercent de légères tractions sur les pièces adhérentes du pansement.*

Il m'a été indiqué récemment par le professeur Mikulicz dans une visite à ma clinique.

En causant du tamponnement intra-péritonéal, je lui signalais les ennuis, les dangers parfois : douleurs très vives, hémorragies, chances d'infection, déchirures possibles de l'intestin, des viscères, etc., de son ablation, surtout lorsqu'on avait dû le laisser en place pendant plusieurs jours (dix à douze jours, comme cela me paraissait être la règle. Thèse Vergne. *Loc. cit.*).

C'est alors qu'il me fit part des curieux effets de l'eau oxygénée qui permet, avec une facilité étonnante, le décollement des compresses, des chiffons, des lanières de gaze faisant corps intime avec les tissus qu'elles recouvrent, avec les organes, au milieu desquels elles se trouvent placées.

J'avais précisément à ce moment, dans mon service, une

(1) Ed. VERGNE. *De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mikulicz. — Modes d'action, indications, conduite à tenir, et en particulier des dangers d'une ablation précoce*, Th. de Lyon, 1898.

pauvre femme de quarante-cinq ans que j'avais opérée, quatre semaines auparavant, d'un énorme épithélioma mucoïde des deux ovaires et qui devait la vie à un double Mikulicz. Malgré, en effet, toutes les précautions prises, malgré une très longue incision faite d'emblée pour enlever le kyste comme une tumeur solide, il y eut une inondation intra-péritonéale de cette masse visqueuse, ressemblant à de la vaseline légèrement chauffée. Nous recueillîmes 20 kilogrammes de liquide gélatineux qui s'était diffusé dans tous les coins et les arrière-coins de la cavité péritonéale. Il formait une colle épaisse, comparable, par sa viscosité, à la colle de poisson. Malgré un assèchement méthodique avec des compresses stérilisées, cette colle s'étalait comme un vernis à la surface de l'intestin et des autres viscères, elle laissait, en outre, un résidu plus ou moins abondant entre les anses intestinales et dans les parties déclives. L'expérience m'avait appris que dans des cas de ce genre, le pronostic était particulièrement grave, et que l'indication d'un vaste drainage, en surface, par un tamponnement intra-péritonéal, était formelle.

Je plaçai une double bourse à la Mikulicz, l'une plongeant dans le petit bassin, l'autre s'engageant sous la face inférieure du foie. La plaie abdominale fut, en même temps, laissée largement ouverte, sans aucun point de suture. Pendant les quarante-huit premières heures, il y eut un écoulement considérable de liquide. Les suites opératoires furent, du reste, simples; mais je dus renvoyer au quatorzième jour, après l'opération, l'ablation du tamponnement. La malade était auparavant trop faible. Il fallait craindre, d'autre part, en intervenant plus tôt, des chances d'infection qui, après un certain temps du pansement laissé en place, sont beaucoup moins grandes que pendant les premiers jours. La malade étant éthérisée, j'eus les plus grandes difficultés à extraire le parapluie intra-pelvien : la gaze étalée se confondait absolument avec le péritoine et avec les tuniques intestinales; à chaque instant, je pouvais craindre de les déchirer. Cette décortication fut si laborieuse que je n'essayai pas d'extraire la bourse supérieure. En raison de l'état précaire de l'opérée, des dangers que je lui faisais courir, je ne crus pas devoir prolonger ces essais d'une ablation complète que je renvoyai.

La malade supporta bien ce genre d'exérèse, mais, fait qui témoigne de la résistance des adhérences et du danger des manœuvres, elle présenta quelques jours après une petite fistule intestinale, donnant passage à des gaz et à des matières. Sur ces entrefaites, je reçus, ainsi que je l'ai dit, la visite du professeur Mikulicz. Mon opérée avait encore son tamponnement supérieur, auquel je n'avais plus osé toucher. Comme elle mangeait, comme ses forces se relevaient, j'attendais un moment propice pour faire, sous l'anesthésie générale, de nouvelles tentatives.

L'occasion était donc des plus favorables pour recourir à l'eau oxygénée et pour juger de son utilité.

Ce fut le trente-quatrième jour après l'opération que, chez la malade de nouveau complètement anesthésiée, j'essayai de détacher la bourse de gaze profondément enclavée dans la région sus-ombilicale. Dès la première traction, avec rupture douce, méthodique des adhérences, je me rendis compte de l'insuccès et des dangers de ces manœuvres. Je fis alors arroser les bords de la plaie avec l'eau oxygénée. Il se produisit immédiatement un véritable bouillonnement de bulles gazeuses très fines, donnant naissance à une mousse abondante; en même temps, les pièces de pansement, si intimement fixées quelques instants auparavant, se détachaient, en quelque sorte, d'elles-mêmes.

Il suffit de tractions légères, pratiquées suivant les règles habituelles du décollement des adhérences, pour en rendre l'extraction facile.

J'ai eu, depuis lors, plusieurs fois recours à l'eau oxygénée, pour enlever des pansements cavitaires, pour extraire des mèches profondes, etc., le résultat a toujours été le même, c'est ainsi, par exemple, qu'après l'ablation d'un énorme cancer du lobe droit et de l'isthme de la thyroïde, un tamponnement de la vaste plaie qui avait succédé à cette opération fut enlevé très aisément cinq jours après.

Ces propriétés libératrices de l'eau oxygénée s'étendent naturellement à toute espèce de pansement adhérent, quels qu'en soient la nature, le siège, les dimensions, l'épaisseur. La seule condition nécessaire est l'imbibition des pièces adhérentes.

Quant au *modus faciendi*, il mérite à peine d'être décrit. S'agit-il de l'ablation d'un tamponnement intra-abdominal, un aide, muni d'un flacon d'eau oxygénée, en verse lentement et en petite quantité au niveau des bords de la plaie, là où le chirurgien exerce des tractions avec une main, sur la gaze à détacher, en même temps qu'avec les doigts de l'autre main, il la sépare des tissus vivants. La mousse gazeuse, comparable à la mousse du lait chaud agité avec un moussoir, est parfois si abondante, qu'elle masque le champ opératoire, et peut ainsi gêner les manœuvres : il faut alors l'essuyer et l'enlever avec des compresses de gaze stérilisée.

Dans le cas de pansements adhérents au pourtour, dans la profondeur, à la surface d'une plaie quelconque, l'eau oxygénée donne, avons-nous dit, les mêmes résultats.

Comment expliquer son action? Voici sur ce point l'opinion de M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui m'écrit : « Le décollement facile, après arrosage avec de l'eau oxygénée, des pansements adhérents, est dû à la formation, en présence des matières organiques, de très fines bulles d'oxygène qui agissent mécaniquement, en créant aux points de contact une très mince couche gazeuse.

Le même phénomène ou un phénomène analogue se produit lorsqu'on plonge dans l'eau oxygénée une plaque photographique : la pellicule de gélatine, ordinairement très adhérente au verre, est soulevée par le dégagement d'oxygène et vient nager dans le liquide. »

On serait ainsi en présence d'une action purement mécanique. Actuellement, l'explication chimique ou mécanique n'a pour nous qu'un intérêt secondaire (un de nos élèves en poursuit la solution dans sa thèse).

Dans la rédaction de cette note, je n'ai eu qu'un désir : *révéler à ceux qui les ignorent les propriétés si pratiques de l'eau oxygénée pour la libération des pansements adhérents*, *et*, *en particulier*, *du tamponnement intra-abdominal*, *suivant le procédé de Mikulicz*.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(10 MAI 1901)

A propos d'un malade qu'il présente, et qui est atteint **d'ictère chronique dyspeptique avec chlorurie minime et intermittente**, M. Chauffard fait une fort longue communication dont nous ne pouvons, malheureusement, extraire que les passages principaux. Voici en deux mots l'histoire du malade :

Quand il vint à l'hôpital, il présentait trois symptômes très nets : un ictère spécial, des troubles dyspeptiques et de la neurasthénie. L'ictère était léger, à peine visible aux conjonctives, sur le ventre et les flancs, beaucoup plus net au niveau des pieds et des mains. Les plis naso-géniens présentaient une coloration jaune soufre pâle très nette. Les troubles dyspeptiques étaient constitués par de la lenteur des digestions, du ballonnement de l'estomac, des éructations, du pyrosis, quelques douleurs gastralgiques après l'ingestion des graisses; enfin, par une constipation rebelle. La neurasthénie se caractérisait par la sensation de bien-être le soir, la fatigue le matin au réveil, par la céphalée temporo-occipitale, par la rachialgie, par un mélange d'excitabilité et d'asthénie psychique et musculaire.

L'examen des organes ne dénotait rien de spécial. L'analyse globale des urines des vingt-quatre heures donnait, pour 1010 centimètres cubes d'urine, 20gr37 d'urée, 0,86 d'acide urique, 2,02 de phosphates, 12,16 de chlorure; ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires (par la réaction de Gmelin et le spectroscope). Cette analyse globale parut insuffisante à M. Chauffard qui estime que, chez les hépatiques, il faut fractionner l'urine du nycthémère, la recueillir à intervalles aussi fréquents que possible, au moins toutes les deux heures. Grâce à ce procédé, on peut mettre en évidence ce grand fait de l'*intermittence des éliminations urinaires chez les hépatiques*. Il faut, en un mot, chercher l'état des fonctions chimiques du foie, comparer l'état du sérum et des urines recueillies fractionnellement.

La recherche des facteurs chimiques amena le résultat suivant : glycosurie alimentaire, positive mais intermittente; pas d'urobilinurie.

L'examen des urines par les procédés de Gmelin et de Pettenkofer donna des résultats négatifs; par contre, par les procédés de Salkowski et la réaction de Haycraft, on peut mettre en évidence une *chlorurie* manifeste; très faible cependant et *discontinue*.

L'examen du sérum montra un sérum jaune orange clair, donnant par le streptoscope et la réaction de Gmelin, la preuve évidente qu'il contient des pigments biliaires normaux.

L'épreuve du bleu de méthylène donna un tracé polycyclique, avec une intermittence absolue à la quatorzième heure, et une intermittence totale à la vingt-deuxième heure. Ce tracé est celui de la petite insuffisance hépatique.

Il s'agit donc d'un cas typique, complet, de ces ictères chroniques singuliers, survenant chez les dyspeptiques et les névropathes, et dans lesquels l'examen clinique des urines paraît démontrer une élimination urinaire du pigment biliaire. Et cependant, l'ictère n'est pas acholurique et l'urine contient en réalité du pigment biliaire, mais elle en contient en très petites quantités, décelables seulement par les procédés délicats de Salkowski et de Haycraft. La chlorurie est minime, comme l'ictère, et lui est proportionnée.

L'étude des réactions plus sensibles que celles de Gmelin et de Pettenkofer modifiera sans aucun doute nos idées en matière de chlorurie, et l'avenir démontrera, pense M. Chauffard, que les chloruries sans ictère sont des plus communes, et bien plus fréquentes, à coup sûr, que les ictères sans chlorurie.

MM. Faisans et Audistère présentent une malade chez laquelle ont évolué des accidents variés : une double infection syphilitique et gonococcique; puis une affection caractérisée par une tuméfaction et une induration progressives de tout le tissu cellulaire sous-cutané dans toutes les régions du corps, surtout aux membres inférieurs et aux avant-bras. On pensa d'abord au myxœdème : cependant, la distribution irrégulière des tuméfactions, la présence de bourrelets très saillants au dehors des poignets et des chevilles, la coloration rosée ou violacée de la peau, la sensibilité douloureuse déterminée par les pressions des parties malades, enfin, et par-dessus tout, l'absence de troubles nerveux et psychiques, empêchent d'affirmer ce diagnostic. Peut-être s'agit-il d'**adipose douloureuse**. C'est encore là une hypothèse que beaucoup de points dans l'observation viennent infirmer. Ce qu'il y a de certain, puisque le diagnostic doit rester hésitant, c'est que le traitement thyroïdien administré régulièrement a amené une décroissance évidente du syndrome. Peut-être s'agit-il, non pas de myxœdème, mais d'accidents voisins, dus à un trouble de la fonction thyroïdienne?

M. Merklen résume une observation de **tachycardie paroxystique essentielle chez une enfant de treize ans**. Cette crise, qu'avaient précédée deux accès sans doute de même nature, s'est accompagnée de dilatation aiguë du cœur. La tachycardie atteignait 220 battements par minute, les battements cardiaques étaient énergiques, le pouls était petit, misérable, la dyspnée était notable, toute la partie gauche du thorax et de l'épigastre étaient fort douloureux. Tous les accidents cessèrent — c'est sans doute simple coïncidence heureuse — à la suite d'application de sangsues. Il faut noter que la tachycardie paroxystique essentielle est rare chez l'enfant, quelle revêt chez lui, comme chez l'adulte, la forme d'accès courts et longs, ces derniers s'accompagnant de dilatation du cœur.

MM. Barth et Rist communiquent une observation de **pleurésie putride d'origine biliaire à microbes anaérobies**. L'examen bactériologique du liquide pleural pratiqué pendant la vie a donné les résultats suivants :

Dans le pus hépatique, présence de deux microbes strictement anaérobies, le *bacillus fragilis*, signalé par MM. Veillon et Zuber dans la presque totalité des cas d'appendicites, par Guillemot dans la gangrène pulmonaire, et par Cottet dans les suppurations péri-urétrales; et le *staphylococcus parvulus*, signalé par les mêmes auteurs dans les mêmes affections, par M. Rist dans les suppurations d'origine otique et dans un cas de pleurésie putride précédemment publié. En outre, il y avait de rares coli-bacilles. Dans le pus de la pleurésie, on retrouvait les mêmes organismes associés au pneumocoque, ce dernier microbe représentant évidemment la contribution pulmonaire au processus pathologique. Le rôle du coli-bacille doit être tenu pour tout à fait insignifiant, et l'observation actuelle est de nature à montrer que l'importance attribuée jusqu'ici à ce micro-organisme dans les suppurations abdominales doit s'effacer devant celle beaucoup plus grande des microbes anaérobies.

M. Widal rappelle les heureux résultats que l'on peut obtenir dans certaines affections douloureuses par les **injections de cocaïne pratiquées dans l'espace épidural, en dehors des méninges.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(8 mai 1901)

La discussion continue sur la **rachicocaïnisation**, car telle est actuellement la dénomination par laquelle on désigne ce nouveau mode d'analgésie. Plus nous avançons dans cette discussion et plus nous avons cette impression que cette méthode est parfois infidèle, donne lieu à des accidents très fréquents, très pénibles, plus ou moins durables, et qu'enfin elle est loin d'être exempte de dangers. Elle a aussi pour nous le grand inconvénient de laisser à l'opéré sa conscience. Alors, quels avantages sur l'éther et le chloroforme ou la cocaïnisation localisée? Ses plus grands partisans, tout en nous vantant les bons résultats qu'ils en ont obtenus, nous signalent tous et toujours des accidents. Tel, par exemple, M. Nélaton, qui se déclare très satisfait de la parfaite analgésie qu'il a obtenue et qui semble bien décidé à y recourir, surtout pour les opérations réglées, mais qui, par contre, a eu des accidents dont quelques-uns sont assez troublants.

M. Schwartz a consciencieusement essayé la méthode; il insiste également sur les nausées, les vomissements, le tremblement, souvent fort gênants au cours de l'opération, durant parfois plusieurs jours; sur la céphalalgie si pénible, si tenace parfois; sur la rétention d'urine, plus fréquente après la cocaïnisation qu'après les autres modes d'anesthésie; sur les graves inconvénients de la persistance de la conscience des opérés au cours des opérations, sur les difficultés relatives de la technique opératoire, pas toujours aussi simple que l'a dit M. Tuffier; si bien que M. Schwartz conclut qu'il ne faut recourir à la rachicocaïnisation que lorsque l'éther et le choroforme sont tout à fait contre-indiqués.

M. Ricard l'a employée une cinquantaine de fois. Il n'a pas trouvé de difficultés dans la technique; les doses qu'il a employées ont varié entre 1 centigramme, 1 centigramme et demi et, exceptionnellement, 2 centigrammes; il a obtenu une analgésie indiscutable, même pour une amputation de cuisse, des sutures osseuses, etc. Mais il n'en a pas moins abandonné la méthode, toujours à cause des vomissements, de la céphalalgie, de certains accidents véritablement troublants, tels qu'une certaine pâleur de la face, de l'anxiété respiratoire, le refroidissement des extrémités, le tremblement. Chez un malade, qui paraissait très bien avoir supporté la rachicocaïnisation, ces accidents ne sont survenus qu'après quatre jours. En somme, M. Ricard n'a pas conservé une très bonne impression de l'emploi de cette méthode. Il y renonce jusqu'à plus ample informé. Cette impression est telle chez M. Ricard, comme chez beaucoup d'autres, qu'il semble que, si l'on inventait aujourd'hui l'anesthésie chloroformique, cela constituerait un progrès considérable sur la rachicocaïnisation.

Avec M. Reclus, nous reprenons, dans un discours magistral, la question *ab ovo*. Il déclare tout d'abord qu'il n'est pas un adversaire intransigeant de la rachicocaïnisation. Il est pour cela trop l'ami, on pourrait dire trop le père, de l'analgésie cocaïnique localisée. Mais il a cru devoir signaler à l'Académie des accidents qui ne lui ont pas paru suffisamment indiqués dans le travail, pourtant si complet, de M. Tuffier sur la question. Un premier point sur lequel M. Reclus est en désaccord avec M. Tuffier, est la question de savoir la part qui revient à Corning et à Bier dans l'invention de la méthode. Pour M. Tuffier, c'est Corning; pour M. Reclus, c'est Bier qui est le véritable père de la rachicocaïnisation. C'est donc le nom de Bier qu'il faut donner à la méthode.

M. Reclus revient sur la technique et de la ponction et de l'injection. Tout en reconnaissant que la ponction n'est pas difficile, il estime cependant qu'il faut apprendre à la faire, et les plus habitués peuvent encore échouer. Dans deux cas, il n'a pu pénétrer dans le canal rachidien. M. Tuffier s'est donc montré un peu sévère pour ses collègues en déclarant qu'en cas d'échec, on n'avait qu'à renoncer à la chirurgie. Pour l'injection, M. Reclus emploie une solution à 2 ou mieux encore à 1 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne, stérilisée à l'autoclave. La quantité à injecter doit être environ de 2 à 3 centigrammes, exceptionnellement de 4 centigrammes.

La technique actuelle à laquelle s'est arrêté M. Reclus est le fruit d'un très heureux éclectisme; il a emprunté quelque chose à chacun des promoteurs de la méthode, beaucoup à M. Tuffier lui-même qui est arrivé bon troisième et qui a été le véritable vulgarisateur, en France, de la rachicocaïnisation.

A l'exemple de M. Chaput, M. Reclus a eu recours à un référendum auprès des malades et il a surtout interrogé ceux qui ont reçu une injection intra-arachnoïdienne et qui ont également été analgésiés par les injections localisées, aucun d'eux n'a hésité à donner amplement la préférence aux injections localisées.

En résumé, M. Reclus reconnaît que la rachicocaïnisation est capable de donner une parfaite analgésie; ce serait une excellente méthode, si elle était toujours égale à elle-même; mais ici le coefficient individuel, l'idiosyncrasie jouent un grand rôle; la durée et la limite de l'analgésie, quand elle se produit, sont très variables suivant les individus. Il est incontestable, d'autre part, que les accidents, si souvent notés dans cette discussion, sont extrêmement fréquents. Enfin, il y a, non moins incontestablement, une mortalité et M. Reclus revient sur cette mortalité, reprend un à un les faits au sujet desquels il est en discussion avec M. Tuffier et s'applique à démontrer que les cas de mort reconnus par M. Tuffier, mais attribués par lui à d'autres causes, semblent bien réellement dus pour la plupart à l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne. Toutefois, pour être un peu moins sévère pour la méthode cette fois que dans sa première communication à l'Académie, M. Reclus reconnaît qu'elle donne des résultats remarquables et qu'elle peut être appelée à un certain avenir. Souvenons-nous seulement qu'elle a ses inconvénients et même ses dangers.

M. Lagrange fait connaître deux faits de **tumeur maligne de la paupière.**

Le premier cas concerne une femme de soixante-quinze ans, qui portait dans la paupière inférieure de l'œil gauche une tumeur grosse comme une volumineuse noix. Cette tumeur était recouverte par la conjonctive palpébrale qui lui était adhérente, mais qui n'était pas ulcérée à son niveau, sauf dans un étroit espace, au fond d'un sillon s'enfonçant dans le néoplasme. Il y avait un petit ganglion sous-maxillaire peu volumineux. Cet engorgement ganglionnaire était le seul signe qui pût faire penser à une tumeur épithéliale; le volume du néoplasme, sa dureté, son indolence, son enkystement dans l'épaisseur de la paupière, le défaut d'adhérence de la peau pouvaient faire croire à un sarcome. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un vérita-

ble squirrhe de la paupière ayant pris son origine dans l'épithélium conjonctival.

Le deuxième cas concerne un sarcome mélanique de la paupière supérieure et de la conjonctive bulbaire; il s'agissait d'un angiosarcome avec hémorragies interstitielles. Dans ce cas le pigment avait deux origines, une origine hématique, une origine autochtone. Cette observation tire son principal intérêt de la coexistence de ces deux processus de pigmentation.

Restent les présentations qui ont été faites dans cette séance. Nous voudrions bien en parler, mais nous en sommes absolument incapable, n'en ayant pas entendu un seul mot. Cela tient à ce que MM. les présentateurs ont pris la fâcheuse habitude de ne plus s'adresser qu'à M. le président et de lui parler en tournant le dos au public, *quorum pars fui*. Nous ne doutons pas du vif intérêt que M. le président peut prendre à entendre ses collègues, mais nous le prions de se rappeler que l'acoustique de la salle est très défectueuse et que, pour peu qu'il y ait quelques conversations particulières, le public n'entend plus rien du tout!

MÉDECINE PRATIQUE

Les principaux apéritifs et la manière de les administrer.

Le praticien ne se trouve jamais actuellement pris au dépourvu quand il s'agit de stimuler l'appétit des malades. Il se trouve à la tête d'apéritifs nombreux et si les résultats obtenus ne sont pas toujours parfaits, « c'est qu'il faut, avant tout, savoir les donner; en thérapeutique, la façon de donner vaut autant, sinon plus, que ce que l'on donne. »

Voici, d'après M. A. Robin, la façon dont il faut donner les principaux apéritifs (1) :

« 1° Le persulfate de soude en solution étendue à la dose de 0,20 centigrammes en deux fois, une demi-heure avant les repas.

2° Les sels de vanadium, et surtout le métavanadate de soude; comme le précédent, il a été préconisé dans la tuberculose à titre de médicament spécifique, antibacillaire. Or, il n'a rien de spécifique; son rôle se borne à celui d'apéritif, remontant l'estomac si souvent délabré, lui permettant de tenir son rang si important dans la lutte contre les bacilles. Vous en donnerez 1 à 2 milligrammes par jour; formulez ainsi :

Métavanadate de soude......	0g03 centigr.
Eau distillée..................	450 grammes.

Une cuillerée à soupe trois quarts d'heure avant le déjeuner de midi et le dîner.

Là encore ne dépassez jamais huit jours; cessez même le médicament au bout de cinq à six jours s'il a déjà produit son effet.

Méfiez-vous des doses trop fortes, trop longtemps prolongées, qui irritent, fatiguent l'estomac et ramènent l'état d'inappétence qu'elles étaient justement destinées à combattre.

Si au bout de huit jours l'effet est nul, changez le médicament; essayez un autre apéritif qui pourra souvent réussir là où le premier a échoué;

3° L'orexine, introduite dans la thérapeutique par Penzoldt en 1895, employée surtout sous forme de tannate d'orexine.

4° Une série de plantes indigènes ou exotiques, telles que le trèfle d'eau ou ményanthe, la gentiane, le colombo, le quassia amara.

5° La série des strychnines; sulfate de strychnine, en solution, à la dose de 1 ou 2 milligrammes par jour; teinture de noix vomique, IV ou V gouttes avant les repas; teinture de fèves de Saint-Ignace, moins riche en strychnine, plus riche en brucine, contenant en plus de l'igasurine; teinture de fausse angusture, très employée, et souvent très efficace.

A côté de ces apéritifs directs, vous avez encore à votre disposition d'autres moyens de réveiller l'appétit, en stimulant la sécrétion gastrique.

Ces stimulants possèdent des modes d'activité différents; leur action peut être :

Dynamique, tel l'ipéca donné à petite doses : 0, 02 à 0,03 centigrammes dans un peu d'eau avant le repas;

Osmotique, comme les sels neutres, sulfate, azotate de potasse, à la dose de 0,05 à 0,06 centigrammes en un cachet;

Physiologique, et c'est le cas du bicarbonate de soude. C'est, en effet, un excitant de la sécrétion acide, surtout lorsqu'il est donné en petites quantités. Il ne faut pas dépasser 0,30 ou 0,40 centigrammes en un cachet, une demi-heure avant le repas. C'est à lui, d'ailleurs, que l'eau de Vichy doit ses propriétés stimulantes.

Pour avoir une action plus énergique, plus complète, j'associe volontiers ces différents stimulants dans la formule suivante :

Sulfate de potasse........	} *ââ*	0g05 centigr.
Azotate de potasse.......	}	
Poudre d'ipéca		0g01 —
Bicarbonate de soude.........		0g25 —

en un cachet à prendre une demi-heure avant le repas.

Je vous recommande aussi l'élixir de Gendrin qui est une solution de carbonate de potasse dans un mélange d'extraits aqueux aromatiques et qui agit à titre d'alcalin.

Laissez-moi vous citer, pour clore la série des apéritifs, un vin de composition assez complexe, que vous me verrez employer dans des cas très rebelles. Je lui dois un certain nombre de succès, mais il ne faut l'employer que chez les carcinomateux, les bacillaires avancés; l'hyperchlorhydrie et l'hypersthénie constituent une contre-indication formelle.

Voici sa composition :

Prendre 5 grammes d'écorce de condurango blanc, 5 grammes de trèfle d'eau, 5 grammes de thériaque; jeter dessus le mélange suivant :

Vin de quassia	125 grammes.
Vin de colombo...............	125 —

Porter à l'ébullition, laisser infuser vingt-quatre heures et filtrer.

Au liquide filtré, ajouter XX gouttes de teinture de noix vomique, vous obtenez ainsi un vin très mauvais, terriblement amer, mais qui agit en raison même de cette amertume.

Vous donnerez une cuillerée à soupe trente minutes avant le déjeuner ou le dîner. »

Cet apéritif donne les meilleurs résultats dans les gastrites chroniques, et dans les carcinomes de l'estomac où il est si important de relever les forces avant toute intervention chirurgicale.

Notons cependant que l'usage des amers a été critiqué dans ces derniers temps.

Depuis longtemps M. Huchard (1) a remarqué que les amers donnent surtout l'illusion de la faim. De petites quantités d'alcalins donnés avant le repas paraissent au contraire augmenter la sécrétion gastrique. Un médecin allemand n'a-t-il pas démontré que l'eau ingérée avant les repas augmente l'acide chlorhydrique dans les sécrétions gastriques plus que les amers?

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 30 avril 1901.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1901.

M. Huchard prescrit donc :

Phosphate neutre de soude.... 12 grammes.
Bicarbonate de soude......... 6 —

pour 60 cachets dont on prendra deux ou trois par jour.

De plus on peut donner à la fin des repas un verre à madère de :

Eau distillée................ 500 grammes.
Acide chlorhydrique......... 0g50 centig.

L'acide chlorhydrique ainsi administré à petites doses donne, d'après M. Huchard, des résultats bien supérieurs à ceux fournis par les amers. G. A.

Traitement de la tuberculose pulmonaire des enfants par la zomothérapie.

M. Josias a essayé le traitement zomothérapique chez plusieurs enfants de son service atteints de tuberculose pulmonaire.

Ces enfants, dit-il (1), ont tous pris facilement le sérum musculaire sans qu'il ait été nécessaire d'en masquer le goût. La dose minimum de viande crue, pour obtenir un résultat, est, d'après MM. Richet et Héricourt, de 15 grammes de viande par kilogramme de malade. Les petits tuberculeux de M. Josias pesant en moyenne de 20 à 25 kilogrammes, on leur a donné le suc extrait de 500 grammes de viande crue de bœuf, dose qui dépasse notablement le minimum actif.

Le traitement a porté sur une malade au premier degré, chez laquelle il n'est pas téméraire d'escompter une guérison complète ; chez trois malades au deuxième degré, qui ont été un peu améliorés ; enfin, chez trois malades au troisième degré, où l'action semble avoir été nulle.

M. Josias se croit autorisé à dire que le suc de viande crue semble constituer dans les stades de début de la tuberculose pulmonaire un remède peut être spécifique.

Dans la méningite tuberculeuse les résultats qu'il a obtenus ont été sensiblement nuls. F. R.

L'acide osmique dans le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables.

A côté des sérums encore à l'étude, différents médicaments ont été préconisés récemment pour le traitement du cancer. Tels sont la quinine suivant la méthode de Jaboulay (voir *Gaz. des hopit.*, n° 27, 1901), le bleu de méthylène, etc.

A la dernière séance de la Société de thérapeutique (8 mai 1901), M. Soupault a lu, au nom de M. Hérard (de Bessé), une note dans laquelle notre confrère propose de traiter les néoplasies malignes par l'acide osmique employé sous forme de liqueur de Flemming. On en injecte 8 à 30 centimètres cubes dans l'épaisseur des tissus morbides et on applique sur la tumeur des compresses imbibées de cette même solution. Par ce procédé les douleurs, les sécrétions, la fétidité diminueraient manifestement. Cette méthode semble donc devoir donner des résultats encourageants dans les cancers inopérables. F. R.

Traitement des escares par la levure de bière.

M. le professeur Pitres vient de relater à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux les heureux résultats qu'il a obtenus par l'administration de la levure de bière chez un hémiplégique atteint d'escare sacrée très étendue (2). Il s'agissait non pas d'une de ces escares purement trophiques qui apparaissent brusquement quelques heures après l'ictus en formant un soulèvement bulleux rempli d'un liquide stérile qui s'infecte dans la suite, mais d'une de ces escares qui succèdent à des lésions ecthymateuses, surtout occasionnées par le contact de l'urine et des matières fécales. La guérison s'est faite en quelques jours. C'est avec raison que M. Pitres a insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à rechercher la valeur exacte de ce traitement dans les lésions de cette nature. F. R.

(1) *Revue des mal. de l'enf.*, mai 1901.
(2) Cf. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 19, 1901.

Le docteur A. Tausig (de Vienne) aurait obtenu de brillants résultats avec l'aspirine dans le carcinome utérin, le rhumatisme articulaire et musculaire et divers cas de névralgie, à la dose de 1 gramme, deux ou trois fois par jour.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La médication alcaline et la méthode de Joulie.

Faut-il donner des alcalins dans les maladies que Bouchard a rangées dans la classe des *maladies de la nutrition*, maladies où l'on rencontre l'hyperacidité urinaire ? A cette question on répondait jusqu'ici par l'affirmative. Or, M. Joulie, dans une série de mémoires, en employant un nouveau mode d'analyse de l'urine, a trouvé, dans la majorité des cas, non pas l'*hyperacidité*, mais l'*hypo-acidité*, et il en conclut que ces malades sont justiciables, non d'un traitement alcalin, mais d'un traitement acide.

M. Gautrelet, le savant chimiste, dans un article très documenté du *Bulletin des sciences pharmacologiques*, a fait à la méthode de M. Joulie plusieurs reproches qui l'attaquent dans ses principes : A. inconstance et difficulté de conservation de la solution de sucrate de chaux employée par M. Joulie ; B. non-saturation de la totalité des acides urinaires, au moment où apparaît le précipité de phosphate tricalcique qui marque, pour M. Joulie, la fin de la réaction, c'est ce qui explique que M. Joulie ait trouvé seulement 7 p. 100 d'hyperacides dans les maladies de la nutrition, alors que par les autres méthodes on en trouvait jusqu'à 84 p. 100. Bien d'autres objections, d'ordre purement chimique, faites par M. Gautrelet à cette méthode, permettent de conclure avec lui qu'il n'y a pas lieu de rejeter les anciens procédés, dont les résultats sont constants, et en rapport avec les données chimiques, et par suite il faut s'en tenir à la médication alcaline, et ne pas craindre d'envoyer ces malades faire une cure aux eaux thermales bicarbonatées (Vichy Grande-Grille), dont l'efficacité, dans ces cas, est consacrée par l'expérience de tous les praticiens.

(Consulter : Joulie : *Dosage de l'hypo-acidité urinaire, et thérapeutique de l'hyper et de l'hypo-acidité; — Urologie pratique et thérapeutique nouvelle.* — Cantin. *Du rôle de l'acidité urinaire en pathologis; — Traitement de l'hypo-acidité par l'urine phosphorique.*)

VARIÉTÉS

La médecine aux Salons.

Par M. R. Le Cholleux.

C'est le résultat de mes investigations, aussi scrupuleuses que fatigantes, parmi les 6772 numéros exposés dans les deux Salons, que j'apporte aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Je dois dire tout de suite que, si mes recherches ont été laborieuses, mon butin a été maigre.

Devant un tel amas de documents, il faut nécessairement « sérier les questions » ; nous parcourrons donc ensemble d'abord le Salon de la Société des artistes français : peinture, sculpture, architecture ; après quoi nous ferons une rapide visite au Salon de la Société nationale des beaux-arts.

Parmi les portraits nous retrouvons celui de M. Dujardin-Beaumetz ; le médecin-inspecteur général est représenté en grand uniforme ; sa belle tête ressort pleine de vigueur, et M. Boisselier a bien su exprimer la finesse de la physionomie. Mme Maximilienne Guyon a peint le docteur Benoît

causant tout en prenant une observation au microscope; il a vu sans doute quelque chose de bien drôle dans son instrument, pour que son hilarité en soit ainsi excitée! Mais que voilà une singulière idée pour un médecin : se faire peindre en élégante tenue de salle d'arme, tout en velours noir avec de vastes initiales E. B. au plastron, et le sabre d'assaut en main; en tout cas c'est prétexte à un bien joli morceau de peinture de M. Galliac. Voici la tête puissante, ouverte et bienveillante du docteur Hamy, de l'Institut, mise en bonne lumière par M. Barthalot. Haut perché, le portrait du docteur Lévinçon, sérieux et franc d'allure, par M. Pierre Gansky. M. Arpad de Migl a donné, dans le portrait du docteur Émile D..., toute la valeur à la figure, très vivante; l'œil est profond; c'est un morceau fort réussi. Le docteur P... a été croqué, par M. Jules Rameaux, écrivant une ordonnance, gaîment ma foi!

Plus sérieux est le portrait quasi officiel de M. Ribemont-Dessaignes en robe, par M. Aviat; la figure est belle, pensive, le fond de vieille tapisserie nuit peut-être au relief, mais c'est une œuvre très honorable.

La *Malade*, de M. Amiard, pourrait tout aussi bien être une morte, elle a les yeux clos, le teint cadavérique; dans un intérieur de paysans, la vieille qui la garde égrène son chapelet : scène très sobre et intéressante. M. Albert Boufflet intitule son tableau : *Petite malade*; au milieu d'une toile très sombre on voit une tache de lumière, une porte ouverte donnant sur un cabinet de toilette très éclairé; on finit par distinguer dans l'ombre près de la porte un lit en fer, sur ce lit une tasse entourée de cheveux : la « petite malade » est en train de boire sa tisane; une chemise de soie rose sur une chaise semble indiquer que cette petite malade est déjà en âge de coquetterie. *Dans la mansarde* de M. Bisson, nous voyons une femme étendue sur un modeste lit, une fillette apporte un bol de tisane (toujours) tandis que sa jumelle est à genoux au chevet de la malade; celle-ci ne semble ni très anémiée ni fiévreuse; allons! ce ne sera rien! Une scène des plus poignantes a été joliment rendue par M. Defonte : sous ce titre *Ames d'enfants*, il nous montre une première communiante venant, au moment d'aller accomplir le grand acte de son enfance, embrasser son jeune frère cloué sur son fauteuil; une grave maladie a douloureusement ravagé son pauvre petit corps dont toute la vie semble s'être concentrée dans la figure rayonnante d'affection et d'espoir; debout, un peu en arrière, la mère regarde cette scène d'un air navré : pourquoi l'artiste a-t-il gâté notre émotion en faisant voltiger dans le fond de la chambre l'apparition de quelque ange gardien? Croit-il qu'on n'aurait pas compris sans cela? Mlle Young a cru devoir, elle aussi, mêler le réalisme et la fantasmagorie : une mère, une tante épient autour d'un berceau le résultat de la *Crise* dans laquelle le bébé peut s'éteindre, et un ange aux ailes étranges semble prêt à l'emporter; méchant ange, va!

Voici qui est plus gai : *Au dispensaire*, le jour du dentiste, sont réunis des enfants qui font de bien drôles de mines : l'un, très brave, montre lui-même où « il a bobo », un autre, anxieux de ce qui va se passer, regarde en dessous les terribles engins, cependant qu'une fillette — elle porte son petit frère dans ses bras, et n'est pas là pour elle, ça se voit — s'amuse fort des grimaces des patients; M. Geoffroy a fait preuve d'esprit et d'observation dans cette toile. Un grand hall dont les fenêtres ogivales tamisent un pâle reflet lunaire; la porte gothique s'entr'ouvre; un homme noir muni d'une lanterne pénètre dans l'obscurité, suivi d'un autre homme noir muni, lui, d'un chapeau haut-de-forme : c'est l'*Arrivée du médecin*, par M. Lorieux; cela pourrait tout aussi bien s'appeler *Cambriolage*, n'était le tuyau-de-poêle... et encore! Mlle Beaury-Saurel a peint une Eve qui cherche à guérir ses coliques en frottant son ventre nu sur des ronces : à soumettre à la commission des remèdes nouveaux (Acad. de méd.). Bon! voici un pauvre modèle, qui, dans un *Repos*, s'aperçoit avec horreur que la gangrène se met sur un de ses seins; elle a beau le retourner dans tous les sens, ça y est! Après tout, c'est peut-être seulement une tache d'encre que M. Giusto a laissé tomber sur sa toile. Un amusant tableautin, très bien peint et qui vaut certes de grandes machines souvent fort ennuyeuses, c'est l'*Hygiène* de M. Weber : un brave curé prend son bain dans une buanderie éclairée par une petite lucarne sur le rebord de laquelle, bien à portée de la main, repose la tabatière; pour le moment, M. le curé « se trempe » et lit son bréviaire; tout à l'heure, il va procéder au « récurage » si j'en crois la brosse de chiendent toute préparée; est-ce que cette sorte d'hygiène ne serait pas dans ses habitudes? C'est de la bonne anecdote et dans les dimensions voulues.

Quelques convalescents des deux sexes : dans cet ordre d'idées c'est la toile de M. Jacques Hast que je préfère, pour la sobriété du détail, la franchise de la couleur et l'émotion vraie; un jeune homme de vingt à vingt-cinq ans a pu se mettre sur son fauteuil, il a été terriblement secoué par le mal, mais enfin il est hors de danger et sa bonne femme de mère l'embrasse au front avec un attendrissement dont toute crainte n'est pas encore bannie. M. Perrey a peint sèchement une jeune femme en jaune, étendue dans un rocking-chair et prenant le bon air au balcon; si l'artiste ne nous le disait pas, nous ne devinerions pas que cette belle indolente relève de maladie! Ce n'est pas au balcon, c'est dans les dunes d'Équihen, sur le sable planté d'oyats, que M. Leclercq a couché sa *Convalescente*; on voit la mer toute proche, cette malheureuse va avoir froid, d'autant plus que c'est sa garde-malade qui a mis la couverture sur son propre dos! C'est pâle comme ton et bizarre comme composition.

Le docteur Chicotot a idéalisé une exquise religieuse qui, de ses mains aristocratiques, récure une bassine, ô *Humilité!*

M. de Schryver avait envoyé une toile à sensation et, avant l'ouverture du Salon, les critiques s'en étaient ou divertis ou scandalisés, si bien que la commission supérieure fit enlever la peinture avant le vernissage; on ne voyait que les têtes et un peu de buste de deux « inverties », mais l'expression passionnée de la brune et celle passivement estatique de la blonde n'avaient pas besoin du commentaire donné par le catalogue avec le titre : *Lesbiennes*. Et M. de Schryver n'est pas un tout jeune homme!

A la sculpture, les bustes des docteurs Godon, par M. Hébert, et D..., sévère, avec sa barbe en W, par M. Blanconnier; celui en marbre de M. Ollier est digne du maître qui l'a signé, M. Alfred Boucher : le regretté chirurgien lyonnais apparaît en robe, la cravate de commandeur au col, très digne sans rien d'officiel, énergique sans dureté. Le médaillon en étain du docteur de B..., par M. Franoz, est une œuvre forte et consciencieuse : la figure imberbe, volontaire, aux lèvres serrées, est celle d'un penseur et d'un travailleur. Les médaillons de toute la famille des docteurs Terrien, par M. Damon, sont à voir.

Deux statues assises de Pasteur : une par M. Hugues, en pierre, lourde, représentant le savant regardant une cornue, ce qui devient fatigant à la longue; ce monument est destiné à la nouvelle Sorbonne; l'autre, par M. Daillion, en bronze, très simple et très digne; les habitants d'Arbois sont favorisés. M. Tournoux a été chargé du monument élevé au cimetière de Saint-Cloud, à la mémoire du docteur Ch. Desfossez : le buste à l'œil vague domine un bas-relief où le docteur est représenté auscultant une jeune femme sous le regard inquiet d'une sœur de charité; ce n'est pas très heureux.

Le docteur Paul Richer, le statuaire bien connu, membre

de l'Académie de médecine, expose deux remarquables statuettes : *Lancement du poids* et *Un bûcheron*.

Le sauvage de M. Bergé qui, sous prétexte de *Scalp*, vient d'enlever une mêche de cheveu à un Auvergnat — ni homme ni femme — pour le tonsurer, ne rentre pas dans les sujets médicaux, et je ne vois à citer que la jolie statuette : *Feuilles d'automne*, par M. Colle ; une jeune phtisique, abîmée dans un fauteuil, laisse échapper de ses doigts décharnés les feuilles fanées,

> La dernière feuille qui tombe
> A signalé son dernier jour.

Passons à l'architecture. Le projet d'établissement thermal au bord d'un lac, par M. Lemaresquer, avec ses colonnades et sa décoration de haut luxe, ressemble plutôt à un vaste casino. Deux sanatoriums : l'un, pour tuberculeux indigents, par M. Murcier, se dresse dans le voisinage des glaciers et des neiges éternelles, endroit peu propice, vous m'avouerez, pour dormir fenêtres ouvertes ; l'autre, pour les lépreux, par M. Mougenot, est beaucoup plus aéré et si le pays est accidenté, il est au moins verdoyant et tempéré. Mais est-il bien nécessaire de faire les frais de tels palais pour quelques malheureux, et ne vaudrait-il pas mieux en soigner un plus grand nombre dans des locaux plus modestes? Ce n'est probablement pas l'avis de MM. les architectes. M. Lesquendieu a fait le relevé de l'ancien Hôtel-Dieu de Compiègne : un toit immense avec en dessous une vague colonnade écrasée. Enfin, M. Perronne expose le plan et le modèle en plâtre du pavillon de chirurgie à l'asile clinique ; tout d'abord, pourquoi est-il enterré sur la façade de derrière ? Le saut de loup creusé là ne suffira pas à éclairer tous les services, d'inoculation (!), de radiographie, etc., voire le musée et la bibliothèque, qu'on a relégués au sous-sol ; et puis, c'est toujours la même chose : trop de pierre et de corniches et de fleurons pour quelques malades.

Et maintenant, passons à la partie du Grand-Palais réservée à la Société nationale des beaux-arts. Le portrait de M. C. Miot a été solidement peint par M. Georges-Bertrand ; la barbe grise ressort bien sur le fond vieil or, la tête est belle et sérieuse. M. Bellery-Desfontaine nous donne un docteur Jayle, tout de blanc vêtu, debout dans une salle dont les murs sont peints en bleu et tenant sous la main un bocal rouge ; le drapeau national, quoi ! ici, la tête est sacrifiée à l'accessoire : une étiquette sur le bocal nous dit que ces murs bleus appartiennent à l'hôpital Broca.

Impossible de rattacher à la médecine la *Mort de la petite courtisane*, de M. Callot, ni l'image que nous donne M. Carl von Stetten de l'*Amour qui tue*, son éphèbe au carquois et à l'arc nous prouve qu'il a pris son titre au sens propre. Le tableau de M. Métivet nous concerne davantage, quoique indirectement : un génie conduisant une barque vient de déposer au rivage ses passagers *Retour de Cythère ;* ah ! les malheureux ! seules quelques amuseuses ont l'air de s'en trouver bien ; mais, les pauvres hommes ! pas un qui rapporte un agréable souvenir de son excursion : celui-ci se brûle la cervelle ; cet autre assomme d'un litre vide sa compagne de route ; un vieux monsieur « respectable » est tout à fait gâteux ; un beau garçon est attaché par un câble énorme à une goule rousse qui le tient à la gorge, etc., etc. ; j'oubliais une fille étranglant le fruit de sa faute, et une autre portant les stigmates de la syphilis ; sapristi ! de pareils spectacles ne sont pas faits pour encourager la repopulation !

M. Pierre Carrier-Belleuse est, on le sait, le maître du pastel ; on connaît la fougue et la grâce avec lesquelles il présente ses exquises danseuses en tutu ; son talent de portraitiste est aussi remarquable, nous en avons pour preuve le portrait de M. Just Championnière, absolument frappant de ressemblance, avec l'expression familière de bon accueil du chirurgien ; on peut dire que tout est « juste » dans cette œuvre.

M Besnard étale d'extraordinaires cartons destinés à l'ornementation (!!) de la chapelle de l'hôpital Cazin-Perrochaud, à Berck. Le spectacle de tous ces estropiats agonisants n'est guère réconfortant pour les hospitalisés, et ce calvaire qui se balade partout sur son pied unique dans un équilibre instable est du plus hilarant effet.

Le médaillon-souvenir de la retraite du regretté professeur Potain, par M. Charpentier, voit enfin le jour.

M. P. Granet expose deux bustes de docteurs : M. Cuvelier, en bronze, qui a l'air féroce d'un capitaine en retraite, avec des yeux enfoncés d'un pouce ; et M. Peyrot, en marbre, vêtu d'un habit invraisemblable et qui, avec sa chevelure également invraisemblable, semble vouloir s'envoler. Parlez-moi de la tête du professeur Pozzi, par M. de Saint-Marceaux, l'expression en est frappante ; il n'est pas jusqu'au bronze noir employé qui n'augmente la vigueur du rendu ; ce n'est pas une image officielle, cela, mais c'est une véritable œuvre d'art. Et ce m'est un plaisir de rester sur cette vision artistique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques (1), par M. Lucien Pron.

Cet ouvrage se divise en deux parties.

Dans la première, l'auteur — après avoir fait un historique complet de la question et avoir exposé les rapports anatomiques, physiologiques, et pathologiques qui existent entre le cerveau et l'estomac — étudie l'influence du régime alimentaire sur le caractère des individus et des peuples. D'autre part, il montre les effets que produisent sur l'état mental la faim, le jeûne et l'inanition.

Dans la seconde partie, il étudie les retentissements psychiques de la dyspepsie, dans le domaine de l'âme affective (hypochondrie — modifications du caractère — angoisse — phobies — suicide) et dans le domaine de l'âme intellectuelle et volontaire (cauchemars — terreurs nocturnes — obnubilation intellectuelle — troubles de la volonté, de la mémoire et de la parole — aphasie transitoire — hallucinations — idées fixes délire — passager et folie).

L'auteur aborde ensuite la pathogénie de ces troubles ; il se rattache complètement à la théorie réflexe, rejetant la théorie de l'auto-intoxication, qui lui paraît insuffisante.

Pour terminer, il indique un traitement général de la dyspepsie, basé sur cette pathogénie.

Écrit d'une façon très simple, ce livre qui renferme un grand nombre d'observations intéressantes et inédites, s'adresse à tous : médecins, psychologues et gens du monde, qui y trouveront des choses nouvelles et non classiques.

Précis élémentaire des maladies vénériennes (2), par le docteur Ch. Audry, professeur de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le *Précis élémentaire des maladies vénériennes*, du professeur Audry, a été spécialement écrit pour les étudiants qui veulent aborder l'étude de la vénéréologie.

Il étudie successivement les trois grandes affections vénériennes : le chancre simple, la blennorragie et la syphilis.

La première, le chancre simple, représente un modèle d'infection locale, dont les complications s'effectuent par propagation et n'utilisent jamais la voie sanguine.

M. Audry étudie ses diverses complications.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Rousset.
(2) In-16, 342 p., cart. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La blennorragie est aussi une infection locale, mais apte à engendrer à distance des accidents métastatiques, en envahissant au besoin le torrent circulatoire : M. Audry passe successivement en revue la blennorragie uro-génitale de l'homme adulte, les prostatites blennorragiques, les complications péniennes, la blennorragie de la femme, la blennorragie infantile, les localisations gonococciques communes aux deux sexes, enfin les infections blennorragiques.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à la syphilis : étiologie, période d'incubation, chancre syphilitique.

Un chapitre est consacré aux accidents généraux de la syphilis. Puis vient l'étude de la syphilis des divers systèmes : peau, œil, appareil génital, rein, tube digestif et foie, etc.

On trouvera ensuite l'étude de la marche de la syphilis, ses variétés, ses formes, des lésions et troubles parasyphilitiques, puis du pronostic. Le traitement est longuement étudié, puis la syphilis héréditaire et la prophylaxie des maladies vénériennes.

Une quatrième partie est consacrée à l'exposé d'un certain nombre d'affections plus ou moins localisées aux organes génitaux, et dont l'étude se fait surtout dans les cliniques de vénéréologie : telles sont l'herpès, les végétations et les balanites.

Ce précis, débarrassé de tout appareil d'érudition, est un excellent résumé d'affections si intéressantes à étudier, en raison de leur fréquence, de leur complexité et de leur importance au point de vue de l'individu, de la société et de l'espèce.

Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par M. Champeaux.

Les *Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes* sont un livre nouveau par l'idée qu'a eue l'auteur de réunir synthétiquement tous les procédés et toutes les méthodes actuellement employés pour l'exploration superficielle ou profonde des organes, dans un but de diagnostic. L'ouvrage se divise en deux parties :

Dans la première, l'auteur traite des différents modes d'exploration des organes envisagés d'une manière générale, c'est-à-dire des méthodes ou des procédés d'investigation applicables indistinctement à tous les organes.

Dans la deuxième partie, il étudie plus spécialement les méthodes et les procédés d'exploration employés pour chacun des organes en particulier et il étudie d'abord les résultats que donne la méthode d'observation, c'est-à-dire les renseignements fournis par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, toutes sensations qui nous sont directement fournies par nos sens; il étudie ensuite les résultats que donne la méthode d'expérimentation ou méthode appliquée, c'est-à-dire les manœuvres exigeant des appareils plus ou moins compliqués, le plus souvent simples et cliniques, dont il décrit le mécanisme et la technique.

On trouvera, en outre, à la fin de cet ouvrage, un long tableau des opérations pratiquées sur le vivant, avec le nom de l'inventeur et leurs indications, semblable à celui qui se trouve à la fin des *Tableaux synoptiques de diagnostic différentiel et sémiologique*.

Ce livre est essentiellement pratique et, par sa nouveauté, il répondra aux désiderata des étudiants et des jeunes médecins.

L'idée de mettre la médecine en tableaux synoptiques a obtenu un grand succès auprès des étudiants comme auprès des praticiens.

(1) Gr. in-8°, 176 p., cart. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien, tel a été le but poursuivi par M. Villeroy, en publiant ces tableaux synoptiques où tous les sujets de la science médicale se trouvent exposés sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit.

La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de pathologie interne*, de *pathologie externe*, de *thérapeutique*, de *pathologie générale*, de *diagnostic*, de *symptomatologie*, d'*hygiène*, d'*anatomie* (3 volumes), de *médecine opératoire* et d'*obstétrique*.

La lutte contre la tuberculose (1), par M. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

« Il meurt chaque année en France plus de 150000 tuberculeux. Or, cette maladie est évitable, de plus elle est curable. Le corps médical de tous les pays accepte ces deux propositions.

Depuis quelques années les nations qui nous entourent ont engagé la lutte contre la tuberculose, elles ont obtenu des résultats favorables. L'expérience montre, en effet, que l'application de mesures bien coordonnées, la persévérance dans l'effort, permettent de diminuer le nombre de ceux qui sont atteints et de guérir beaucoup de ceux qui sont déjà frappés.

Comme président de l'Association polytechnique, j'ai tenu à mettre à exécution le vœu formulé par la Commission de la tuberculose. J'ai réuni les professeurs d'hygiène et les délégués des diverses sections. Je leur ai exposé la question et les ai priés de porter à la connaissance de leurs 12000 élèves les principes sur lesquels peut se fonder la lutte contre la tuberculose.

C'est le résumé de ces conférences que je livre aujourd'hui au public. J'ai tâché de ne mettre dans ce travail de vulgarisation que les faits absolument démontrés, ceux qui semblent dès maintenant en dehors de toute discussion. Voici l'exposé des matières traitées dans la *Lutte contre la tuberculose* :

I. Contagion de la tuberculose : *Bacille et prédispositions individuelles*. Modes de propagation ; réceptivité de l'organisme ; innée; acquise; logements insalubres. — II. *Répartition de la tuberculose en France* : 1° Suivant la population des villes; 2° Sur l'étendue du territoire. — III. *Contagion par les animaux tuberculeux*. Cohabitation; viandes tuberculeuses ; lait. — IV. *La tuberculose dans les milieux collectifs*. Ateliers; bureaux; employés des postes et télégraphes; gardiens de la paix; écoles; asiles d'aliénés; armée; marine; chemins de fer; influence des milieux collectifs sur la dissémination de la tuberculose dans les campagnes.

II. Prophylaxie de la tuberculose : Éducation anti-tuberculeuse; désinfection.

III. Curabilité de la tuberculose : *Traitement à domicile*. Discipline; repos physique et moral; alimentation; aération; contrôle. — II. *Traitement dans les sanatoriums*. Le sanatorium; conditions à remplir; choix de l'emplacement; exposition; ornementation; altitude; quels malades doivent être traités; caisse de secours; sanatoriums marins pour enfants scrofuleux. — III. *Traitement dans les hôpitaux*. Le tuberculeux est un danger; le tuberculeux doit être isolé; modes d'isolement; à la campagne; à l'hôpital; protection du personnel hospitalier. — IV. *Dispensaires pour tuberculeux*.

IV. Moyens d'exécution : I. *Système anglais*. — II. *Système allemand*. — Assurance contre la maladie ; fonctionnement; objet. — III. *Régime à adopter en France*. Assainissement des habitations; création des établissements de cure; assurance mutuelle contre la maladie; compagnies d'assurances contre la tuberculose avec traitement au sanatorium.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

V. Conclusions générales.

J'ai voulu prouver que, si la tuberculose est contagieuse, elle est évitable, que de plus elle est curable.

Si j'ai réussi, il faut que ceux qui sont convaincus deviennent eux-mêmes des agents actifs dans cette croisade. Le succès dépend d'eux, de leur activité, il faut qu'ils soient persuadés que leur préservation personnelle, celle de leur famille, de leurs amis est entre leurs mains! Il s'agit d'une œuvre nationale; inactifs, c'est accepter la défaite. Les peuples voisins ont entrepris la lutte avec un succès qui assure le nôtre, si nous ne nous abandonnons pas nous-mêmes.

P. Brouardel. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Actes du 20 au 25 mai 1901)

Examens de doctorat.

Lundi 20 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Varnier; — (2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Teissier et Méry; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Gilles de la Tourette; — M. Delbet, suppléant.

Mardi 21 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Bouilly, Thiéry et Faure.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Gilbert et Thoinot; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Dupré; — (2e série, nouveau régime) : MM. Joffroy, Hallopeau et Ménétrier; — M. Brun, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Quénu et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Thiroloix; — (2e série) : MM. Grancher, Achard et Marfan; — M. Richelot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

Mercredi 22 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Reclus, Reynier et Lepage.

4e (ancien régime) : MM. Fournier, André et Wurtz; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Legueu, Jalaguier et Delbet; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Widal et Méry; — M. Walther, suppléant.

Jeudi 23 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Ricard, Bar Albarran; — MM. Schwartz, Campenon et Bonnaire; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Troisier, Charrin et Roger; — MM. Achard, Ménétrier et Teissier.

4e (nouveau régime) : MM. Grancher, André et Langlois; — M. Retterer, suppléant.

Vendredi 24 mai, à une heure. — 4e (nouveau régime) : MM. Gley, Widal et Desgrez; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Kirmisson, Reynier et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Grancher, Wurtz et Thoinot; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Legueu, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Delbet; — (2e partie) : MM. Landouzy, Teissier et Méry; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

Samedi 25 mai, à une heure. — 2e (officier de santé, définitif) : MM. Hallopeau, Gilbert et Faure.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Achard, Troisier et Widal; — (oral, nouveau régime) : MM. Cornil, Hutinel et Dupré; — MM. Joffroy, Chantemesse et Thiroloix; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Quénu, Brun et Ricard; — (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Marfan; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (médecine). — Sont déclarés admissibles :

MM. Dufour, Enriquez, Philippe, Belin, de Grandmaison, Papillon (Henri), Bergé, Fournier (Louis), Claude, Pissavy, Garnier, Lafitte.

Ex æquo : MM. Sergent, Auclair, Labbé, de Massary, Brouardel et Ramont.

La première séance orale aura lieu le 14 mai, à quatre heures, à l'Administration centrale; la deuxième, le 16, à neuf heures du matin.

Écoles de médecine. — *Reims.* — Un concours a été ouvert le 6 mai dernier devant la Faculté de Nancy pour une place de professeur supplémentaire de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Reims.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Henry Lardennois, déjà chirurgien des hôpitaux de Reims.

Marine. — Par décret en date du 10 mai, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Michel, médecin de première classe, en remplacement de M. Cousyn, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lafaurie, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Michel, promu.

— Par décret du même jour, M. Cousyn, médecin principal de la marine, en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Cherbourg.

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 8 mai 1901, MM. les médecins de première classe Allain et Huot ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

La liqueur de Van Swieten peut-elle être vendue par les pharmaciens sans ordonnance? — La dixième chambre correctionnelle vient de répondre non à cette question. Et un pharmacien qui avait délivré sans ordonnance à un client un litre de cette liqueur a été condamné à 500 francs d'amende.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Laret-Lamalignie (d'Audenge); Marcenac, conseiller général du Lot

Manuel de thérapeutique médicale, publié sous la direction de MM. G.-M. Debove et Ch. Achard. Deux vol. in-8° avec fig. — Prix : 32 francs. — Paris, Rueff.

Diagnostic et traitement des maladies du nez (rhinoscopie), par le docteur Garel (de Lyon). Un vol. in-16, avec fig.; cart. — Prix : 5 francs. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les accidents nerveux de la blennorragie, par M. Gabriel DELAMARE, interne des hôpitaux de Paris. — MÉDECINE PRATIQUE. L'arrêt des métrorragies par des mouvements gymnastiques; — La cure de raisins en urothérapie. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les accidents nerveux de la blennorragie.

Par Gabriel DELAMARE,
Interne des hôpitaux de Paris.

La blennorragie, comme les autres toxi-infections, se complique parfois d'accidents nerveux qui nous apparaissent très différents et dans leurs manifestations anatomo-cliniques et dans leur déterminisme pathogénique. Il semble que, pour les engendrer, la maladie gonococcique intervienne parfois à titre de cause occasionnelle et parfois à titre de cause efficiente. Mais, si elle paraît bien la cause occasionnelle des névroses et des délires qui se montrent chez les prédisposés, il est plus difficile de savoir comment elle est la cause efficiente des déterminations spéciales névritiques et trophiques. Et, maintenant que le temps a fait justice des théories réflexes ou vasomotrices, l'analogie commande de rechercher quel est, du gonocoque, de ses toxines ou des microbes d'infection secondaire, l'agent vraiment pathogène. La rareté des observations bactériologiques précises laisse encore indécise la solution de ce problème. La rareté des constatations anatomiques ne permet pas de se prononcer avec certitude sur la question controversée des amyotrophies primitives, des arthropathies dites myélopathiques et sur celle des troubles trophiques.

Dans ces conditions, on ne peut que tenter une classification provisoire et les limites mêmes de cette étude doivent garder quelques indécisions. Nous étudierons les *névroses*, les *accidents cérébro-méningés*, les *accidents spinaux*, les *névrites* (1).

I

Névroses. — Lewin (2) et Litten (3) ont décrit des symptômes choréiques dans le cours de la blennorragie. La rareté de ces faits ne permet pas d'établir un rapport de cause à effet entre les deux processus morbides. Les cas de Dechambre et de L. Raynaud (1) ne prouvent pas davantage que la chaudepisse compte parmi les agents provocateurs de l'hystérie. Et du reste, dans l'observation de Raynaud comme dans celles de Rochet, Chavier et Février, la nature hystérique des symptômes décrits est loin d'être évidente. Par contre, s'il faut peut-être regarder comme hystérique l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire décrite par Jacquet (2) chez un blennorragien alcoolique, paludéen, la complexité de ce cas ne permet guère d'apprécier le rôle étiologique de la chaudepisse.

Elevant au rang de maladie les signes de l'urétrite ou de la neurasthénie, Ultzmann (3) et Jullien (4) ont créé ces singulières névroses locales sécrétoires, motrices, sensitives, dont l'existence est insoutenable. En fait de névroses, le rôle de la blennorragie se réduit à provoquer des états neurasthéniques; c'est là son seul méfait, il n'est pas sans gravité. Parfois, elle engendre chez des sujets sans tare nerveuse une neurasthénie purement épisodique et curable. Plus souvent elle sert de prétexte chez les héréditaires à l'éclosion d'une neurasthénie tenace qui emprunte son cachet clinique spécial à son point de départ génital et surtout au terrain dystrophié sur lequel elle évolue.

A tare nerveuse égale, cette neurasthénie des héréditaires paraît plus fréquente chez l'homme que chez la femme. C'est que la chaudepisse de celui-ci, en général plus bruyante, se prête mieux à la localisation des préoccupations morbides qui toujours dominent la scène clinique. C'est cette préoccupation qui, dès les premiers jours de l'urétrite, conduit ces malades à étudier leur affection, à craindre toujours les complications les plus graves et à essayer héroïquement les traitements les plus divers. C'est toujours elle qui peu à peu les conduit à s'hypnotiser sur leur méat. Guéris, ils continuent à fréquenter les consultations spéciales et ne veulent pas croire à la guérison de l'urétrite fantôme qui les désole et qui est devenue l'unique objet de leur activité. Plus tard, après quelques mois d'abstinence, surviennent des pollutions nocturnes qui augmentent leurs craintes. Ils exagèrent leur importance au point de leur imputer tous les stigmates de la série neurasthénique : asthénie, algies périnéales, céphalée, insomnies. Ils se voient impuissants et s'auto-suggestionnent l'anaphrodisie. Les causes abondent qui expliquent l'anaphrodisie et l'impuissance toutes relati-

(1) Lire, en outre des articles de THIBIERGE, AUSCHER, BALZER (Traités classiques) : BRETON. Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorragie, *Journ. des mal. cut. et syphilit.*, 1894, p. 723; — DURDUFI. Soc. neurol. et psych., Moscou, 9 fév. 1893; — EULENBURG. *Deuts. med. Wochens.*, 25 oct. 1900; — FINGER, 1896; — GUIARD. *Les complications locales et générales de la blennorragie*, 1898; — LUSTGARTEN. Th. de Paris, 1898; — MACALESTER. *Med. Rec.*, déc. 1895; — PETER, PIDOUX, RICORD. Soc. méd. des hôpit., 1866; — P. RAYMOND. Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1891; — SOUPLET. Th. de Paris, 1893; — WERTHEIM. Cong. de Francfort, 1896-97.

(2) LEWIN. Péliose et chorée gonorrhéique, Soc. de méd. interne, 17 déc. 1894.

(3) LITTEN. *Berl. klin. Wochens.*, 8 avril 1896.

(1) RAYNAUD. *Journ. des mal. cut. et syphilit.*, 1891.

(2) JACQUET. Soc. méd. des hôpit., 15 juillet 1898.

(3) ULTZMANN. *Névroses des organes génito-urinaires*, 1883.

(4) JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes.*

Voir encore à ce sujet : CASARINI. Neurasthénie urinaire, *Riforma med.*, 1er déc. 1895. — BEARD, MATHIEU et GILLES DE LA TOURETTE. *Les états neurasthéniques.*

ves de ces névropathes. Physiquement, c'est la continence exagérée qui entraîne les pertes séminales, exagère la rapidité de l'éjaculation, c'est l'asthénie qui leur rend trop pénible l'effort physiologique du coït normal. Psychiquement, c'est leur timidité, leur émotivité qui les prive de tous leurs moyens et les conduit parfois à l'onanisme.

Sans doute, la psychopathie neurasthénique est loin d'avoir toujours cette intensité et cette durée; elle ne parcourt pas toujours au grand complet ce cycle évolutif. Et là, comme ailleurs, il est des temps d'arrêt définitif dans le calvaire neurasthénique.

Cependant, comme pour toute neurasthénie héréditaire, le pronostic est grave et le traitement inefficace.

L'existence de cette forme ne justifie-t-elle pas mieux que toutes les soi-disant folies blennorragiques récemment décrites, l'aphorisme de Ricord : « Si jamais je deviens nosologiste, je classerai la blennorragie parmi les maladies mentales. »

II

Accidents cérébro-méningés. — Le groupe des accidents cérébro-méningés de la blennorragie est aussi disparate que possible. L'absence presque absolue de constatations anatomiques crée de sérieuses difficultés à l'établissement d'une classification rationnelle de ces accidents polymorphes, dont les seuls liens de parenté sont le *siège* vraisemblablement méningo-cérébral et la *nature* peut-être blennorragique.

On ne saurait toutefois, même à titre provisoire, conserver la classification de Bonnet adoptée par Lustgarten. Ces auteurs admettent quatre formes d'accidents cérébraux blennorragiques.

Dans ce groupe très polymorphe, Bonnet (1) puis Lustgarten ont cru pouvoir distinguer : 1° une *forme délirante*; 2° une *forme de folie*; 3° une forme *méningitique*; 4° une forme *apoplectique*. Cette classification a l'inconvénient de supposer démontrée l'existence de la folie blennorragique et de comporter une forme apoplectique dans laquelle ces auteurs n'hésitent pas à ranger le cas de Vidart (2), c'est-à-dire un fait d'arthrite blennorragique hyperthermique avec purpura.

Or, en tenant compte de l'ensemble des faits publiés jusqu'à ce jour, il paraît vraisemblable d'admettre que les uns ressortissent à un trouble cérébro-méningé *éphémère*, *dynamique*, et que les autres évoquent l'idée d'une lésion cérébrale ou méningée durable. Nous étudierons donc successivement : 1° les *délires fugaces*; 2° les *méningites* et les *ramollissements cérébraux*.

Délires fugaces. — En 1866, Tixier (3) a vu survenir des phénomènes délirants dans le cours d'une polyarthrite blennorragique fébrile. Après de la céphalée et de l'excitation cérébrale, le malade tint « des propos incohérents », et présenta une agitation telle qu'il dut être attaché. Ses pupilles étaient dilatées, ses membres supérieurs raides et tremblants. Il eut de l'incontinence d'urine. Trois jours plus tard, la guérison était complète.

En 1868, Bourdon et Meuriot (4) observe un nouveau cas de délire apparu pendant une arthrite blennorragique fébrile compliquée d'hémoptysies, de purpura, d'escares et d'œdème des membres inférieurs. Ce délire débute la nuit; Très violent, il se caractérise d'abord par une loquacité extrême et par une grande agitation. Le malade veut sortir de son lit. Puis, il accuse une certaine tendance érotique et porte constamment sa main à ses parties génitales. Les pupilles sont dilatées. Et, au début, on peut encore fixer l'attention. Mort un mois après.

En 1875, Vidart rapporte deux observations de délire ayant accompagné l'évolution de la polyarthrite blennorragique. La première a trait à un accès de *manie aiguë* qui guérit complètement au bout de quelques jours; la seconde se rapporte à un accès de *manie extatique* qui disparut au bout de deux jours.

En 1877, Bonnet mentionne un délire d'action à début nocturne, avec dilatation pupillaire. Ce délire, apparu au douzième jour d'une chaudepisse compliquée de mono-arthrite du genou droit, guérit en quatre jours.

En 1891, Erasmon d'Amaral (1) publie un fait de délire de parole et d'action suivi d'état semi-comateux et guéri en trois jours et cela pendant une polyarthrite fébrile.

En 1894 et 1895, Venturi fait connaître de nombreusses observations de délires coïncidant avec la blennorragie purement urétrale. Quelques-uns de ces délires sont fugaces comme ceux dont nous nous occupons en ce moment. C'est ainsi qu'un tailleur de vingt ans tombe, au troisième mois de sa chaudepisse, dans un état de stupeur bientôt suivi d'accès de manie suicide; il se jette daus une baignoire d'eau bouillante. Puis, il se prend à pleurer et à rire sans motif. Quinze jours après, amélioration progressive.

Un vagabond de vingt ans fait une attaque de folie furieuse à la fin du premier mois de l'urétrite gonococcique et la guérison est complète cinq jours plus tard.

Un alcoolique de quarante-trois ans présente au sixième jour de l'urétrite de l'excitation mentale avec loquacité, insomnie, et guérit très vite. En 1894, Cullerre (2) observe, chez une femme de quarante-trois ans atteinte de vaginite gonococcique, de la stupeur panophobique avec embarras de la parole, idées vagues de richesse, de négation, tremblement des membres, dilatation pupillaire. Et, trois semaines après, l'amélioration est considérable.

Tels sont les faits publiés autrefois sous les noms de *délires* ou de *folies blenno-rhumatismales* et plus récemment sous ceux de *folie* ou *psychose blennorragique*. Leur polymorphisme symptomatique interdit toute description d'ensemble. Et l'on peut, sans grande exagération, dire que le seul caractère commun, c'est la brièveté de leur évolution. Ils durent à peine quelques jours. Leur pronostic est bénin puisque 9 fois sur 10 ils guérissent. Dans le seul cas mortel, Bourdon et Meuriot n'ont trouvé qu'une anémie cérébrale assez prononcée. Nous sommes donc, quant à leur substratum anatomique, réduits à faire des hypothèses : s'agit-il d'anémie ou de congestion ou d'arachnoïdite, comme le veut Venturi? Notre ignorance est aussi grande touchant leur nature réelle, L'ancienne hypothèse du rhumatisme cérébral blennorragique tombe par ce fait qu'il est possible de voir ces délires en dehors de toute souffrance articulaire. Leur rareté, leurs variantes symptomatiques, le fait qu'ils se montrent parfois chez des héréditaires alcooliques semblent bien prouver qu'il ne s'agit pas là de *folies blennorragiques* mais bien de délires accidentellement provoqués chez des dégénérés. La blennorragie fait ici ce qu'aurait fait une angine, une pneumonie.

Méningites. — On a décrit chez les blennorragiques des méningites ou mieux des accidents méningés qui, les uns sont *aigus*; les autres *chroniques*.

Méningites aiguës et subaiguës. — Parmi les rares observations parues jusqu'à ce jour, il en est deux, celles de Tixier et de Jullien, qui doivent être éliminées.

La malade de Jullien et Sibut (3) n'a présenté aucun sym-

(1) Bonnet. *Des complications cérébrales du rhumatisme blennorragique*, Th. de Paris, 1877.
(2) Vidart. Th. de Paris, 1875.
(3) Tixier. Th. de Paris, 1866.
(4) Boudon et Meuriot. *Gaz. des hôpit.*, 1868.

(1) Erasmon d'Amaral. Th. de Paris, 1890-1891.
(2) Cullere. *Ann. méd.-psych.*, 1894, t. XX, p. 277.
(3) Jullien et Sibut. II[e] session de l'Assoc. franç. d'urol., 1897.

ptôme qui légitime le diagnostic de méningite. Si fruste qu'on veuille supposer les méningites de l'adulte, on ne peut accepter ce diagnostic pour caractériser un état morbide dans lequel il n'y eut que de la fièvre, des taches rosées. Du reste, on ne trouva de gonocoques ni dans le vagin, ni dans le sang.

Le malade de Tixier éprouva, dans le cours d'une polyarthrite blennorragique fébrile, une céphalée violente avec délire d'action et incontinence d'urines sans troubles pupillaires, sans vomissements. Il guérit complètement en cinq jours. Il paraît s'agir plutôt de méningisme que de méningite.

Signalons encore le fait très spécial de Vidart; il s'agit d'un homme qui mourut dans le coma au troisième jour d'une polyarthrite blennorragique compliquée de purpura. L'autopsie démontra la congestion générale de la pie-mère cérébrale et, sur la convexité des deux hémisphères, l'existence d'un début de pachyméningite.

Dans les cas de méningites véritables, tantôt il s'agit de la forme *cérébrale* et tantôt de la forme *cérébro-spinale*.

A la *forme cérébro-spinale* se rattachent les cas de Stiénon (1), Reimers, Furbringer (2) et Boinet (3).

Le malade de Stiénon, à la quatrième semaine d'une urétrite aiguë, est pris de vomissements, de rachialgie et de céphalée. Trois jours après, il tombe dans un état subcomateux et présente de la raideur de la nuque, de l'inégalité pupillaire, de l'incontinence d'urine. Chaque nuit, il délire. Dix jours après, tous ces phénomènes ont complètement disparu et il ne persiste qu'une paraplégie flasque des membres inférieurs qui guérit elle-même deux mois plus tard.

Celui de Reimers présente, à quelques détails près, une histoire très analogue. Il guérit presque aussi rapidement, en trois semaines environ. Notons que, dans ces deux cas, il n'y eut pas d'arthropathies. Par contre, le malade de Furbringer et celle de Boinet moururent. La malade de Boinet exactement trois mois et vingt et un jours après le début de sa chaudepisse. Cette fille eu outre du délire et de la paraplégie des membres inférieurs présenta une escare sacrée et une arthrite coxofémorale.

A la forme *cérébrale*, se rapportent les cas de Guntz (4), Wooten (5) et Danlos (6). Guntz se borne à signaler une méningite cérébrale rapide qui emporte un jeune soldat atteint de polyarthrite gonococcique aiguë.

Wooten rapporte l'histoire d'un homme de trente-six ans qui, dès les premiers jours d'une chaudepisse aiguë, fit une arthrite du coude et du genou, puis après quelques frissons eut de la céphalée, des vomissements, de la raideur de la nuque, du délire et mourut dans le coma, après avoir présenté du trismus, des convulsions oculaires et du hoquet.

La très curieuse observation de Danlos diffère, à maints égards, des précédentes. Il s'agit ici d'une forme partielle, de marche bien plus lente, dont l'évolution fut interrompue par une accalmie trompeuse. Un débardeur de trente ans, alcoolique et fils d'alcoolique, fait une rétention aiguë au douzième jour d'une chaudepisse. Il se produit une rupture de l'urètre, un sphacèle de la verge et des abcès multiples. Le malade, pâle et amaigri, se prend à vomir et accuse une céphalée occipitale intense. Pendant huit jours, ces symptômes disparaissent, et survient la scène terminale; le malade tombe dans le coma. La mort survient au troisième mois de l'urétrite. A l'autopsie : épendymite suppurée du ventricule latéral gauche. Le pus ne contient pas de gonocoques, mais des diplocoques et des staphylocoques dorés. Dans son cas, Boinet mentionne aussi l'absence du gonocoque et la présence de cocci vulgaires de pyocyanique.

Il semble donc que les infections secondaires ont ici le rôle fondamental. L'avenir dira s'il en est toujours ainsi.

Méningites chroniques. — Nous venons de voir (délires fugaces) quelques cas de psychoses dites blennorragiques. C'est maintenant que nous allons étudier le plus grand nombre de ces faits. Venturi (1), nous le savons, les a expliqués par une arachnoïdite avec épanchement. Quelle que soit la valeur de cette hypothèse encore invérifiée, il n'en reste pas moins que la plupart d'entre eux évoquent l'idée d'une lésion cortico-méningée chronique.

Il s'agit à peu près aussi souvent d'excitation maniaque que de stupeur. L'agitation s'accompagne de mouvements choréiformes, d'impulsions suicides, de dégoût alimentaire ou de perversions sexuelles. La stupeur coïncide avec de l'hyperesthésie ou de l'analgésie cutanée, des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe; on a même mentionné le paramyoclonus de la tête.

Sur les 14 cas de Venturi, Cullerre et Cascella, on ne trouve que 3 fois l'existence d'un passé nerveux héréditaire ou acquis; 11 cas guérissent en trois ou huit mois; 3 fois la psychose persiste définitive.

Il est curieux de voir que Venturi et Cullerre considèrent comme psychoses blennorragiques ces faits demeurés inguéris alors que, pour les autres cas, ils veulent démontrer leur nature blennorragique par les circonstances mêmes de la guérison, qui coïncide avec celle de l'urétrite. Sans doute, le cas de Cascella est assez suggestif, qui nous montre l'apparition de troubles mentaux lors des trois chaudepisses présentées par un dégénéré. Mais, loin de prouver l'existence d'une folie blennorragique, il permet d'admettre que, chez les prédisposés, la chaudepisse peut être l'occasion d'accès délirants. Il semble même que la gonococcie joue plus rarement ce rôle accessoire que la pneumonie, la typhoïde. En somme pas plus qu'il n'y a de folie pneumococcique, typhique, il n'y a de folie blennorragique.

En 1886, Ricord disait à la Société des hôpitaux : « J'ai vu survenir pendant le cours d'une blennorragie urétrale et concurremment avec l'arthropathie, des accidents du côté de la moelle et du cerveau donnant lieu à des symptômes de paralysie (paraplégie et hémiplégie), qui semblaient suivre la marche des épanchements articulaires, se faire par le même mécanisme, sans qu'on pût les rattacher par leur symptomatologie soit à l'apoplexie soit à des méningites ordinaires. »

Ramollissement cérébral. — En 1894, Tamburer (2) rapporte à la Société neurologique de Moscou l'histoire d'un alcoolique de vingt-cinq ans qui, dans la troisième année de sa chaudepisse, après une double phlébite et dans le décours d'une polyarthrite, présenta brusquement des convulsions, une paralysie de la moitié droite puis de la moitié gauche du corps et mourut au bout de trois jours passés dans le coma. Et, sans examen bactériologique, sans contrôle anatomique, l'auteur conclut à la nature gonococcique de la phlébite et de l'embolie.

Avec plus de réserves touchant leur nature vraie, le professeur Pitres (3) a publié quelques mois plus tard deux observations assez analogues mais plus complètes.

La première a trait à un jeune homme de vingt-quatre ans, qui fait une hémiplégie gauche au quinzième jour d'une chaudepisse purement urétrale.

(1) Stiénon. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1892.
(2) Furbringer. *Deuts. med. Wochens.*, 1896.
(3) Boinet. Cong. neurol. et alién., Marseille, avril 1899.
(4) Guntz. *Ann. Schmidt*, 1867.
(5) Wooten. *Journ. Amer. of med. Assoc.*, 28 janv. 1899.
(6) Danlos. Soc. méd. des hôpit., fév. 1900.

(1) Venturi. *Riforma med.*, 24 avril 1891; — *Ann. méd.-psych.*, 1895, t. II, p. 205.
(2) Tamburer. Soc. neurol., Moscou, 21 janvier 1894.
(3) Pitres. *Revue neurol.*, 1894, p. 441.

Cette hémiplégie succède à un ictus léger et s'améliore vite ; cependant, elle laisse sept mois plus tard une légère asymétrie faciale, une certaine maladresse de la main, une exagération notable du réflexe rotulien gauche, du clonus sans aucun trouble sensitivo-trophique. Le cœur et les artères paraissent intacts.

La deuxième concerne un homme de cinquante-neuf ans qui, pendant une polyarthrite gonococcique aiguë, tomba subitement dans le coma. Le lendemain, la perte de sentiment disparait, mais persistait une hémiplégie droite complète avec aphasie. Deux mois plus tard, il mourut ayant eu dix attaques subintrantes d'épilepsie jacksonienne. Et l'autopsie démontra l'existence d'un grand foyer de ramollissement sylvien, sans cardiopathie ni angio-sclérose.

L'avenir dira s'il y a là coïncidences singulières ou si vraiment on peut accepter l'interprétation, à coup sûr prématurée, de Tamburer. Remarquons toutefois que, depuis six ans, il n'a été publié, à notre connaissance, aucun fait semblable !

III

Accidents spinaux. — Bien qu'on ait, à diverses reprises et tout dernièrement encore, reproché à ce terme d'être trop vague, c'est le seul qu'il soit possible d'employer pour caractériser l'ensemble des manifestations médullaires très polymorphes décrites chez les blennorragiques.

Les unes ressortissent aux méningo-myélites aiguës ou chroniques, leur connaissance est ancienne déjà, puisqu'on en peut trouver mention dans les livres d'Everard Home, de Stanley et de Gull. Les autres, par la légèreté de leurs symptômes, la bénignité de leur pronostic, évoquent l'idée d'une altération purement dynamique. De connaissance plus récente, elles semblent d'une fréquence plus grande. Nous étudierons successivement ces deux modes de souffrance de la moelle.

[Il est encore quelques observations, notamment celles de Chavier et Février (*Revue méd.*, 1888), celle de Renault, sur la nature desquelles on ne peut guère se prononcer avec certitude.

Le malade de Chavier, jeune soldat sans passé héréditaire ou personnel, fait une paralysie spasmodique accompagnée de mouvements involontaires incessants d'élévation et de projection en avant de l'épaule droite avec inclinaison et flexion de la tête du même côté. De plus, il présente des mouvements de flexion rythmée du membre supérieur droit ainsi que du tremblement de la main droite ; une projection en avant du tronc avec saccades inspiratoires. Il eut des convulsions nocturnes, s'agissait-il d'hystérie mono-symptomatique ?

Le malade de Renault, cyphotique par arthrite vertébrale chronique, avait une thermo-anesthésie très nette.]

Méningo-myélites. — Elles se présentent sous les deux formes aiguë ou chronique.

C'est surtout dans leurs formes aiguës qu'elles méritent ce nom de méningo-myélite ; la participation méningée est moindre ou nulle dans les formes chroniques qui, remarquons-le dès maintenant, sont d'emblée chroniques et ne semblent pas être, en règle générale, séquelles des variétés aiguës.

a. *Méningo-myélites aiguës* (1). — Nous devons tout d'abord éliminer l'observation de Rochet dans laquelle le seul symptôme médullaire observé fut la rétention d'urine.

Comme exemples de méningo-myélites aiguës, nous avons les observations de Stanley, Gull, Tixier, Dufour, Pombrack (1), Trapeznikov (2), Raynaud, de Stefanini (3), Barié (4), Boinet.

A quelques détails près, la scène clinique est partout identique : un blennorragique éprouve brusquement une rachialgie intense, parfois dorsale, plus souvent lombaire, bientôt suivie d'une paralysie des membres inférieurs qui ne tarde pas à devenir absolue, atteignant vite son acmé.

Tel est le type clinique le plus habituel. Plus rarement [cas de Raynaud, Dufour (5)] la myélite affecte l'allure ascendante et l'on voit apparaître une paraplégie cervicale qui gagne le bulbe, comme dans le cas de Dufour, où le malade mourut par troubles cardio-respiratoires.

La paraplégie, parfois flaccide, est en général spasmodique, avec exagération des réflexes tendineux, clonus du pied.

Toujours à prédominance motrice, elle peut devenir complète, sensitivo-motrice.

Les troubles sphinctériens y sont d'une absolue constance, c'est d'abord de la rétention, puis de l'incontinence d'urine, voire de l'incontinence fécale.

L'escare sacrée se montre dans tous les cas mortels.

L'amyotrophie généralisée ne prend une importance capitale que dans le fait rapporté par Raynaud.

L'évolution, souvent fébrile, se fait en un temps toujours bref, qui varie entre huit jours et deux mois.

8 fois sur 11, elle est mortelle.

Cette grande mortalité ne nous vaut du reste pas un nombre bien considérable de documents anatomiques.

Les uns, comme Raynaud, ne voyant aucune lésion macroscopique, négligèrent l'examen histologique.

Les autres, comme Stanley (6), Gull (7), Dufour, Barié, Boinet, se bornent à décrire très sommairement la lésion méningo-médullaire.

Stanley signale la congestion de la moelle et des méninges, Gull le ramollissement de la moelle dorsale inférieure et lombaire ; Dufour constate que le ramollissement médullaire s'étend de la région lombaire à la région cervicale. Il trouve en outre de la désintégration granulo-graisseuse et l'existence d'une fausse membrane arachnoïdienne, de la congestion et de la sclérose interstitielle des faisceaux pyramidaux latéraux.

Barié constate également de l'inflammation méningée et du ramollissement de la moelle lombaire.

10 fois sur 11, cette méningo-myélite évolue chez l'homme et, presque toujours, chez l'homme jeune de seize à vingt-quatre ans ; 1 fois seulement, on la trouve chez un sujet de cinquante-deux ans.

Les professions sont variables (employé de bureau, cordonnier, bijoutier, concierge). On remarquera qu'il ne s'agit pas de métiers pénibles, nécessitant une station debout prolongée.

La plupart des observations sont trop succinctes pour qu'il soit permis d'en inférer avec Guiard que l'hérédité nerveuse ne joue pas le rôle de cause prédisposante habituelle.

Chez trois malades nous trouvons dans le complexus morbide initial des facteurs d'aggravation : chez l'un, c'est le choléra, chez les autres c'est le paludisme d'une part, l'alcoolisme et une pneumonie d'autre part.

Pour la chaudepisse, il s'agit 6 fois d'urétrite aiguë, 2 fois d'urétrite subaiguë et 2 fois seulement d'urétrite chronique. Et, fait digne d'attirer l'attention, 4 fois seulement, cette urétrite est compliquée de manifestations articulaires.

3 fois, ces manifestations articulaires sont antérieures aux

(1) Voir encore sur les myélites : Cipriani. *Rev. clin. et thérap.*, mars 1896 ; — Kalindero. *Roumanie méd.*, janv. 1899 ; — Leyden. *Zeits. f. klin. Med.*, 1882, t. IV ; 1893, t. XXI.

(1) Pombrack. *Vratch*, 1893, n° 4.
(2) Trapeznikov. *Vratch*, 1891.
(3) De Stefanini. *Giorn. ital. delle mal. venere*, 1881.
(4) Barié. Th. de Paris, 1894.
(5) Dufour. Th. de Paris, 1889.
(6) Stanley. *Med.-chir. Transact.*, 1833, XVII.
(7) Gull. *Med.-chir. Transact.*, 1856.

symptômes médullaires; 1 fois, leur apparition presque contemporaine de celle de la myélite. Dans ce dernier cas, leur disparition complète se fit bien avant celle de la myélite.

Enfin, 3 fois sur 4, il s'agit de mono-arthrites (1 fois du genou, 2 fois de la hanche); 1 seule fois on trouve une polyarthrite.

Ajoutons que c'est précisément dans l'un des cas de mono-arthrite que fut observée une quadruplégie.

Il faut en conclure que les arthrites ne jouent aucun rôle dans la genèse de ces méningo-myélites aiguës.

C'est pour cette raison que leur existence est niée par Bouvier, qui pense que *toutes* les manifestations spinales des blennorragiques relèvent toujours d'une arthro-synovite.

Cet auteur a rejeté l'expression de méningites blennorragiques employé par Leyden pour désigner ces faits, en disant que leur étiologie clinique est trop lacunaire et leur histoire bactériologique trop insuffisante.

Il est hors de doute qu'on ne saurait employer l'expression de myélite blennorragique sans faire une hypothèse exactement comme lorsqu'on parle des synovites blennorragiques. On n'a pas plus constaté la présence des gonocoques dans la moelle que dans les séreuses du pied.

S'ensuit-il que la blennorragie ne joue aucun rôle pathogène? Nullement. Ainsi que semble le prouver l'histoire clinique, elle ouvre la porte aux infections secondaires banales et celles-ci engendrent les myélites (Dufour, Barié, Boinet).

Ce sont moins des myélites blennorragiques que des myélites para-blennorragiques.

A la *forme subaiguë*, transition naturelle entre les formes aiguës et chroniques, se rattachent la première observation d'Hayem et Parmentier (1), les deux cas de Spillmann et Haushalter (2), une observation de Polozoff (3) et une autre de Duval (4). C'est la même évolution symptomatique mais plus lente.

Bornons-nous à remarquer que, 4 fois sur 5, on enregistre la guérison et qu'un cas, suivi de guérison, a comporté une escare.

La première observation de Spillmann et Haushalter est assez peu probante, puisque le gonocoque n'a pas été trouvé dans les sécrétions vaginales.

Myélites chroniques et myélopathies probablement dynamiques. — Si l'on prend des cas extrêmes, la distinction est facile entre ces deux modes de souffrance médullaire.

Le malade d'Alex. Renault (5) impose l'idée d'une myélite chronique, tel sujet de Millet ou de Bouvier (6) suggère avec une grande vraisemblance la notion de myélopathie purement dynamique.

Le malade de Renault s'affaisse brusquement et reste pendant quelques jours atteint d'une paralysie absolue des membres inférieurs. Il éprouve de violentes douleurs lombaires. Puis la douleur s'atténue et le malade peut faire quelques pas. Mais la marche est pénible, le malade traîne les pieds, accroche et bute aux moindres aspérités du sol. La paraplégie spasmodique avec rétention puis incontinence d'urine évolue lentement sans escare, sans trouble sensitif objectif, sans grande amyotrophie. On note bien quelque apparence d'amélioration, mais elle persiste encore, trois ans plus tard.

Dans les cas de Millet et de Bouvier, tout se réduit à l'exagération des réflexes rotuliens, à la trépidation spinale et à quelques douleurs des membres inférieurs, sans paralysie véritable, sans troubles sphinctériens. Et ces symptômes disparaissent vite et complètement.

Mais, entre ces cas extrêmes, il existe une série de formes intermédiaires, transitions apparentes ou réelles qu'il est impossible, sans arbitraire, de répartir dans l'un ou l'autre de ces groupes. Il faut donc se résoudre à conserver pour l'instant ce défectueux groupement d'attente.

A un autre point de vue, au sujet des troubles trophiques musculaires, articulaires ou cutanés, de nouvelles difficultés surgissent. De ce que ces myélites chroniques ou ces myélopathies dynamiques comportent des amyotrophies, on a cru pouvoir, toujours en tenant compte des transitions, leur rattacher des amyotrophies, des arthropathies, des dermopathies, toutes réunies sous le terme de trophonévroses. Nous verrons ce que valent ces généralisations, peut-être aussi prématurées que séduisantes. Auparavant, il nous faut étudier la série des cas publiés jusqu'à ce jour.

Dès 1888, le professeur Charcot présentait aux élèves de la Salpêtrière un photographe hongrois de vingt-six ans qui, après de nombreuses chaudepisses compliquées de polyarthrites, eut une paraplégie spasmodique amyotrophique; ses jambes étaient froides, violacées, les muscles présentaient la réaction de dégénérescence. Il n'y avait aucun trouble sensitif ou sphinctérien.

La même année, Hayem et Parmentier analysent dans la *Revue de médecine* le cas d'un cocher de vingt-six ans, atteint de paralysie spasmodique peu atrophique, survenue après une polyarthrite blennorragique sans troubles sphinctériens.

En 1889, Rendu rapporte dans ses *Cliniques* l'histoire d'un homme de trente-deux ans, qui eut une arthrite du genou droit, puis des douleurs lombaires et une paraplégie atrophique incomplète sans troubles sensitifs, suivie d'atrophie musculaire généralisée.

En 1895, Jeanselme décrit, après Vidal, une éruption de cornes cutanées symétriques, accompagnées d'exagération des réflexes rotuliens.

En 1899, Milian publie un nouveau cas de paraplégie spasmodique atrophique, accompagnée d'arthralgie et de déformations des pieds.

Nous connaissons déjà l'observation de Renault parue la même année. Signalons l'observation de Launois, dans laquelle il s'agit d'une atrophie musculaire généralisée, consécutive à une polyarthrite déformante; cette atrophie musculaire s'accompagne d'exagération des réflexes rotuliens, d'escare sacrée, de cornes cutanées.

En 1900, Linasset expose encore un cas de paraplégie spasmodique douloureuse, suivie d'atrophie des quatre membres, et cela, sans aucune manifestation articulaire.

Toujours en 1900, Bouvier signale trois observations de Millet et publie trois observations personnelles qui toutes semblent se rattacher aux myélopathies dynamiques : les réflexes rotuliens sont forts, l'atrophie musculaire est inconstante, les douleurs dans la continuité des membres sont la règle. Les troubles mentionnés par cet auteur coïncident toujours, suivant lui, avec des manifestations arthro-synoviales.

Si je m'en rapporte aux faits qu'il m'a été donné d'observer, il y a là quelque exagération : ayant examiné systématiquement à ce point de vue un grand nombre de blennorragiques, j'ai trouvé 4 fois des états rapprochables de ceux décrits par Bouvier; mais 1 fois, il n'y avait aucune détermination articulaire ou synoviale. De plus dans les 3 autres cas, il y avait coïncidence de symptômes spinaux bilatéraux avec des manifestations articulaires unilatérales.

Tous ces cas étant calqués sur le même modèle, je me borne à résumer l'une de ces observations :

L..., trente-trois ans, infirmier, est sans antécédents héréditaires nerveux appréciables. Lui-même paraît indemne

(1) Hayem et Parmentier. *Revue de méd.*, 1888, p. 433.
(2) Spillmann et Haushalter. *Revue de méd.*, 1891, p. 651.
(3) Polozoff. *Rouss. medyk.*, n° 17, p. 264.
(4) Duval. Th. de Paris, 1899.
(5) Alex. Renault. Soc. de dermat., 13 juillet 1899.
(6) Bouvier. Th. de Paris, 1899.

de toute tare nerveuse ; il nie l'alcoolisme et l'on n'en trouve pas chez lui les stigmates psycho-physiques ordinaires. A vingt-deux ans, influenza légère.

A vingt-sept ans et à vingt-neuf ans, attaque de rhumatisme articulaire franc généralisé, guéri par le salicylate et disparu sans séquelles cardiaques.

Le 6 août 1900, première blennorragie, du reste très légère.

Le 10, il ressent quelques douleurs dans la fesse et la cuisse gauche, sur le trajet du sciatique ; le lendemain, ces douleurs se montrent plus intenses à droite où elles affectent une localisation symétrique. En même temps, le genou et le cou-de-pied droits se tuméfient et deviennent douloureux.

Le 12, on constate une arthrite métatarso-phalangienne du gros orteil droit. La peau est rouge, chaude, tendue, douloureuse.

Le genou droit est globuleux ; les culs-de-sac distendus contiennent du liquide.

Un mois plus tard, toutes les arthropathies ont disparu et le malade se plaint encore de douleurs lombaires irradiant dans la continuité des deux membres inférieurs.

On constate une atrophie très légère de la fesse et de la cuisse droite.

Des deux côtés, on note le signe de Lasègue, une grande exagération des réflexes rotuliens et une ébauche de trépidation épileptoïde. La sensibilité objective est normale, sauf la disparition des réflexes crémastériens et plantaires. Il y a peu de troubles sphinctériens.

Les deux membres inférieurs sont froids et violacés ; cet état s'exagère après la station debout.

La force musculaire est intacte et seule la douleur empêche la marche.

Ces symptômes disparurent complètement au bout de quinze jours.

En somme, tous ces faits de myélites chroniques ou de myélopathies dynamiques ont pour caractères communs de se traduire par une paraplégie légère, spasmodique, plus ou moins atrophique, presque jamais compliquée d'escare et de troubles sphinctériens.

Les quelques caractères différentiels tiennent à la généralisation de l'amyotrophie où à la présence de troubles trophiques spéciaux tels que les cornes cutanées.

Voyons donc maintenant si nous pouvons faire rentrer dans la forme amyotrophique les observations de Vulpian (1), Raymond (2) et Déjerine (3).

Ces 3 cas se ressemblent par la généralisation de l'amyotrophie qui n'épargne guère que la face et par l'absence absolue de symptômes autres traducteurs d'une lésion médullaire.

C'est donc faire une hypothèse peut-être inutile que de vouloir les ranger dans les myélopathies.

Comme chez les malades de Déjerine et de Raymond l'atrophie musculaire succède à une polyarthrite, on peut soutenir qu'il s'agit là d'amyotrophie réflexe aux arthropathies.

Et cependant, on ne peut s'empêcher de penser, surtout à propos du malade de Raymond, que l'amyotrophie, bien plus généralisée que les arthrites, est peut-être sans rapport avec elle.

Cette conviction s'accroît avec le malade de Vulpian. Ici, l'atrophie généralisée est consécutive à une mono-arthrite du genou droit. La disparité est trop flagrante. Il faut admettre une autre pathogénie et il paraît plus rationnel de supposer une lésion primitive du muscle sans qu'il soit possible de dire quel est, du gonocoque ou de ses toxines, l'agent de cette lésion.

(1) Vulpian. *Cliniques*, 1886, t. II, 25e leçon.
(2) Raymond. *Gaz. méd. de Paris*, 1891, nº 1.
(3) Déjerine. *Semaine méd.*, 1893.

Remarquons à ce propos que, non seulement pour les amyotrophies, mais pour les névrites périphériques, on a usé et peut-être abusé de l'intervention possible des poisons encore bien ignorés du gonocoque. Que ces poisons existent et fassent suppurer un urètre animal ou humain, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'ils soient capables de faire des amyotrophies ou des névrites. En tout cas le vraisemblable n'est pas le réel.

Pouvons-nous maintenant rapprocher des myélopathies compliquées de troubles cutanées trophiques [type Jeanselme (1), Launois (2)] les dermopathies de Vidal (3), Chauffard et Jacquet, soit considérer celles-ci comme relevant d'une altération médullaire ? Il va sans dire que ce sont là les seules dermopathies dont on puisse sans trop d'invraisemblance soutenir l'origine nerveuse. Nous éliminerons les éruptions angio-nerveuses qui sortent absolument du cadre de cette étude.

Ces cornes cutanées ne paraissent pas contenir de gonocoque [Sabouraud, Chauffard (4)].

Elles sont symétriques.

Deux fois sur 5, elles s'accompagnent de symptômes médullaires, donc elles relèvent toujours de lésions médullaires. Tel est le raisonnement de ceux qui font de cette kératose une trophonévrose myélopathique.

Dans ces conditions, on se demande pourquoi 3 fois sur 5 il n'y avait aucun trouble nerveux appréciable et surtout pourquoi les autres myélites ou névrites authentiques ne se compliquent pas de ces singuliers accidents cutanés.

Il nous reste à discuter la réalité d'une troisième variété de troubles trophiques, les troubles trophiques articulaires.

Frappés de la coïncidence fréquente des manifestations spinales et articulaires, certains ont transformé en arthropathies quelques-unes des anciennes arthrites. Inversant la formule de Charcot, ils ont soutenu l'origine médullaire de ces arthropathies. Ainsi est née *la forme myélopathique du blenno-rhumatisme.*

Les arguments apportés à l'appui de cette thèse sont nombreux mais d'inégale valeur.

L'absence du gonocoque dans les jointures malades est peu faite pour entraîner la conviction.

Cette absence peut être apparente : on ne nie pas la nature tuberculeuse d'une hydarthrose ou d'un liquide pleural, sous prétexte qu'un frottis n'a pas révélé le bacille de Koch.

Serait-elle réelle, il ne s'ensuivrait pas nécessairement qu'il s'agit d'une arthropathie nerveuse.

L'aspect objectif de ces arthropathies n'est pas plus probant : elles ressemblent souvent au rhumatisme chronique déformant, qui évolue sans lésion appréciable du système nerveux.

Restent donc les lésions nerveuses concomitantes : troubles trophiques cutanés, atrophie musculaire, tremblement fibrillaire, paraplégie spasmodique.

La nature ou du moins l'origine nerveuse des cornes cutanées est trop discutable, pour que leur présence suffise à démontrer l'origine myélopathique des arthropathies.

Etant donné que l'atrophie musculaire peut fort bien résulter de l'arthropathie, il convient d'être très réservé dans l'interprétation de ce signe.

Reste donc la paraplégie spasmodique, presque toujours si légère.

Il est assez surprenant qu'une myélopathie aussi discrète produise des lésions aussi intenses du côté des jointures et des tissus péri-articulaires.

(1) Jeanselme. *Presse méd.*, 1895.
(2) Launois. Soc. méd. des hôpit., 21 juillet 1899.
(3) Vidal. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1893.
(4) Chauffard. Soc. méd. des hôpit., 23 avril 1897.

Mais si vraiment il existe un rapport génétique entre les troubles médullaires et les dystrophies articulaires, il doit être possible de trouver un certain parallélisme dans leur évolution clinique.

Pour si simple que paraisse cette question, elle suscite d'emblée une difficulté assez grande, lorsqu'il s'agit de savoir qui a commencé des symptômes nerveux ou des symptômes articulaires. Cette difficulté tient à l'emploi du mot arthralgies si souvent usité en pareil cas; pour les uns ces arthralgies trahissent une souffrance locale, pour les autres une souffrance locale sans doute, mais déjà d'origine centrale. Ainsi posée, la question, purement verbale, est insoluble.

Si l'on veut ne pas attacher plus d'importance qu'elle n'en mérite à la signification du mot arthralgie, on voit que, dans l'immense majorité des cas, les déterminations articulaires précédent les symptômes spinaux. Dans ces conditions, il paraît assez difficile de soutenir la réalité de blenno-rhumatisme myélopathique.

Il y a plus : dans les quatre observations où les arthrites se sont montrées après les phénomènes de myélite, on constate toujours qu'elles ont guéri avant ces derniers. Une telle disparité évolutive se comprend mal dans l'hypothèse dont nous discutons la réalité.

Dans l'observation de Dufour et dans la mienne, les arthrites, apparues après les symptômes nerveux, guérissent avant eux. Dans l'une des observations de Spillmann et d'Haushalter, les arthrites se montrent et disparaissent après les symptômes nerveux.

Enfin, en lisant l'une des observations d'Hayem et de Parmentier, il est bien difficile de surprendre un parallélisme net entre les poussées d'arthrite et l'évolution de la détermination nerveuse.

Dans ces conditions, il ne faut accepter qu'avec la plus grande réserve la réalité des arthropathies par myélopathie blennorragique, tout en reconnaissant qu'il est possible que, dans ces cas comme dans bien d'autres circonstances pathologiques, le système nerveux intervienne.

Cette limitation faite de la classe des myélites chroniques, nous devons signaler les hypothèses pathogéniques par elles suscitées.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'ancienne théorie des accidents médullaires réflexes à la lésion urétrale.

Et si l'irritation ou la compression des racines rachidiennes, par une polyarthrite vertébrale, peut à la rigueur être invoquée pour l'explication de quelques rares faits, il va sans dire que cette théorie ne saurait supporter la moindre généralisation.

Il nous faut arriver à la théorie articulaire réflexe de Vulpian et Charcot, récemment reprise et généralisée par Bouvier.

Pour ces auteurs, l'arthrite primitive retentit sur la moelle qui, à son tour, dystrophie les tissus voisins.

Cette théorie explique de façon très satisfaisante la genèse des paraplégies amyotrophiques des membres inférieurs et consécutive à l'existence d'arthro-synovites tibio-tarsiennes ou plantaires.

Elle n'explique plus les cas où une mono-arthrite provoque une atrophie musculaire généralisée.

Il va sans dire que, pour l'admettre en thèse générale, il faut nier l'existence des paraplégies spasmodiques ayant évolué sans arthrite.

Or il n'y a pas plus de raisons pour nier l'existence de ces paraplégies que celle des autres.

La théorie de Charcot ne répondant pas à tous les cas, il faut chercher pour ceux-ci une autre explication et se demander, sans trancher la question, si le gonocoque, ses toxines ou les microbes d'infection secondaire ne sont pas capables d'engendrer ces myélites.

IV

Névrites périphériques. — Assez récente, la notion des névrites blennorragiques comporte encore nombre d'obscurités touchant le siège réel et la nature probable des troubles signalés.

S'il existe quelques faits où la névrite paraît authentique, il est un grand nombre de cas d'interprétation plus délicate qui sont tour à tour rangés parmi les névrites ou les myélites.

Ces difficultés d'interprétation tiennent à ce que bien souvent les observations sont assez incomplètes : fréquemment il n'y a pas d'examen électrique; souvent, les malades ne sont pas suivis assez longtemps; presque jamais, il n'y a d'examen anatomique.

C'est ainsi que Lustgarten range parmi les névrites les observations d'Everard Home (1), Peter, Spillmann et Haushalter, Pombrack dans lesquelles il semble bien que la moelle soit intéressée.

Plus récemment, nous voyons Kucharzewski (2) porter le diagnostic de névrite périphérique sur les cas suivants : un malade, qui a la chaudepisse depuis un mois, éprouve des douleurs lombaires, puis des douleurs en ceinture, des fourmillements dans les jambes, un affaiblissement de la force musculaire des membres inférieurs, avec une forte exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation spinale.

Inversement, Bouvier range parmi les myélites certaines observations publiées par Lévy (3) et Lustgarten sous l'étiquette de névrite.

De même encore, on voit Duval publier comme myélites des cas qui sont peut-être des névrites périphériques.

Ces quelques faits suffisent à justifier la plus extrême prudence dans l'interprétation de ces faits purement cliniques.

Suivant leur localisation, on peut diviser ces névrites en trois catégories :

α. *Névrites sensorielles*;
β. *Névrites sensitives*;
γ. *Névrites sensitivo-motrices*.

Névrites sensorielles. — Les faits de Panas, Hilbert, Cross, Fromaget et Fischel semblent prouver que la blennorragie, *sans électivité*, ne localise pas ses méfaits aux nerfs sensitivo-moteurs, mais qu'elle frappe aussi les nerfs crâniens sensoriels, tels que l'optique et l'auditif.

En 1890 et 1895, le professeur Panas (4) a publié deux cas de névrite optique blennorragique.

Chez l'un de ces malades, la névrite optique évolua sans iritis, mais en même temps qu'une sciatique double.

L'œil droit est amblyope, le champ visuel rétréci; il présente un scotome inféro-interne. Les deux yeux sont atteints d'une papillo-rétinite.

Celui de Fromaget (5) fit sa névrite optique après une iritis survenue au premier mois d'une chaudepisse aiguë compliquée d'arthrite du genou droit.

En 1891, Fischel (6) a vu survenir au vingtième jour d'une blennorragie compliquée d'épididymite une surdité bilatérale avec sifflements dans les oreilles et céphalée intense. Ces troubles auditifs durèrent cinq jours.

Fischel les considère comme des troubles trophiques ou vaso-moteurs des branches vestibulaires de la huitième paire, réflexes à l'irritation des nerfs génitaux.

P. Raymond et Lustgarten en font une névrite blennorragique.

(1) Ev. Home. *Pract. obs. on the treatment of strict in the uret.*, 1883.
(2) Kucharzewski. *Progrès méd.*, 27 janv. 1900.
(3) Lévy. Th. de Paris, 1897.
(4) Panas. *Semaine méd.*, 1890, p. 476; *Presse méd*, fév. 1895.
(5) Fromaget. *Ann. polic. Bordeaux*, janv. 1899.
(6) Fischel. *Prag. med. Wochens.*, 1891.

Névrites sensitives. — Dans ce groupe des névrites sensitives, nous devons examiner deux ordres de faits bien distincts : dans l'un, il semble bien y avoir lésion anatomique du nerf, tel le cas de Cross (1), tels les cas de sciatique névrite; dans l'autre il semble exister surtout une altération dynamique, telles les *névralgies*.

Pour ne pas scinder l'histoire de la sciatique, nous étudierons la sciatique-névrite à propos de la sciatique-névralgie.

Voyons tout d'abord l'unique exemple de névrite sensitive observé par Cross dans le cours de la blennorragie et décrit par lui sous le nom de *pseudo-tabes blennorragique*.

Il s'agit d'un homme de quarante et un ans qui la troisième année d'une blennorragie chronique ressentit des fourmillements dans la plante des pieds, éprouva dans les jambes des douleurs lancinantes et paroxystiques.

On constate de l'anesthésie plantaire et de l'hypoesthésie thermiques ; l'abolition des réflexes rotuliens, de la parésie vésicale. La marche était difficile ; il steppait sans présenter d'atrophie musculaire appréciable et sans réactions électriques anormales. Il présentait de plus une atrophie du nerf optique.

Ce malade n'était ni syphilitique, ni alcoolique. Il ne fut suivi que pendant un temps relativement court.

Sans plus insister sur ce fait curieux mais unique et peut-être le produit d'une coïncidence fortuite, passons à l'histoire des névralgies.

Névralgies. — Andry et P. Raymond ont signalé des *névralgies intercostales* ; Mauriac (2) des *névralgies lombo-abdominales* ; Tixier, Coutagne, Hayem et Parmentier, des *névralgies crurales*.

Les névralgies crurales, observées par Coutagne (3), s'étendaient de l'aine à la rotule ; peu intenses, elles s'exagéraient par la station debout ou la marche. Elles s'étaient montrées dans le décours d'urétrites chroniques, précédemment compliquées d'arthropathies.

Tout dernièrement, Eulenburg a signalé des névralgies du nerf *tibial* et des nerfs *médian* et *radial*.

Mais, de toutes les névralgies qui se montrent à l'occasion de la chaudepisse, la plus fréquente, la mieux connue et la plus étudiée est, sans conteste, la sciatique. Dès 1803, Bailly, Everard Home et Barthez en rapportaient les premières observations.

Et depuis, les travaux ont paru nombreux qui se sont efforcés de démontrer la nature blennorragique de cette sciatique et de préciser ses particularités symptomatiques ou évolutives.

Tantôt elle est pure ; tantôt elle s'accompagne de névralgie crurale [Jacquet et Limasset (4)] ou de névralgie trifaciale (Limasset).

Très rarement, il s'agit de *sciatique-névrite*; presque toujours de *sciatique-névralgie*.

La *sciatique-névrite* semble parfois s'accompagner d'une détermination médullaire comme dans les cas d'E. Home et de Peter; parfois encore, elle apparaît comme l'unique détermination nerveuse de la toxi-infection gonococcique [faits récents de Lesser (5) et Bloch (6)].

Il convient de faire quelques réserves quant à la signification de la très ancienne observation d'Everard Home. Il n'en reste pas moins, malgré quelques obscurités, que cette sciatique récidiva et guérit en même temps que la chaudepisse, qu'elle fut bilatérale et s'accompagna de douleurs lombo-costales, de paralysie des extrémités inférieures et cela, pendant plus de quatre mois.

L'observation de Peter est déjà plus explicite : il s'agit encore d'une sciatique double qui s'accompagne d'impotence motrice des membres inférieurs, d'hypoesthésie objective et de paresthésies avec rachialgie, douleurs en ceintures, douleurs provoquées à la pression des épines sacro-lombaires. Cette sciatique, apparue au troisième mois d'une urétrite blennorragique, guérit complètement en quinze jours.

Tout récemment Lesser et Bloch ont publié quelques nouvelles observations de sciatique blennorragique.

Ils ont cru pouvoir en induire que, contrairement aux autres sciatiques, la sciatique de la chaudepisse *n'est pas apyrétique*. Il est en tout cas intéressant de noter la durée et le siège de la sciatique rapportée par Bloch. Outre que l'impotence motrice et l'atrophie dont elle s'accompagne ne peuvent laisser le moindre doute sur sa nature névritique, il est bon de retenir qu'elle ne fut pas uniquement crurale et que la guérison définitive ne se montra qu'au quatrième mois.

Cette durée et ce siège permettent avec l'atrophie et l'impotence motrice de distinguer la *sciatique-névrite* de la *sciatique-névralgie*, plus fréquente et mieux connue. C'est du reste presque uniquement cette variété qui a été décrite par tous ceux qui, depuis le professeur Fournier, se sont occupés de cette question.

De l'imposante série de travaux qu'elle a suscités, il semble résulter que la sciatique de la chaudepisse ne va guère sans un certain cachet clinique assez spécial pour en permettre le diagnostic, en dehors même de l'uréthrite contemporaine.

C'est ainsi que son début, son évolution tout entière seraient *plus rapides* que ceux des autres sciatiques.

A début brusque, souvent nocturne, elle atteindrait vite son acmé pour bientôt décroître et disparaître parfois en quelques jours, au plus tard en six semaines.

Il faut ajouter qu'au dire de certains auteurs, elle serait assez rebelle, affirmation contradictoire qui cadre assez mal avec la rapidité évolutive que lui assigne le professeur Fournier (1).

On a été plus loin et, Brisson (2), par exemple, ne craint pas d'affirmer que, fréquemment, elle est surtout crurale. Elle ne dépasserait pas le creux poplité, ayant davantage tendance à gagner les lombes.

Hormis ces quelques particularités symptomatiques et évolutives, elle présente les signes classiques de toute sciatique.

Les douleurs y sont les mêmes, qu'elles se montrent sous forme d'accès spontanés ou provoqués par la marche, les mouvements. La topographie des *points douloureux* est facile à trouver, le *signe de Lasègue* y est constant.

Le diagnostic est donc sans difficulté. Contrairement à la sciatique-névrite, elle évolue sans atrophie musculaire, sans troubles sensitifs objectifs, sans parésie vraie.

L'hygroma aigu ischiatique, bien que son siège et des irradiations douloureuses puissent dans une certaine mesure prêter à la confusion, sera toujours facile à reconnaître.

Mais, sur quelles données repose la nature blennorragique de cette névralgie?

Il ne semble pas que son allure clinique, pour si spéciale qu'elle puisse paraître, suffise à l'individualiser complètement.

Sans doute, elle paraît assez fréquente dans le cours de la blennorragie, puisque le professeur Fournier a pu l'y rencontrer 6 fois sur 39 cas.

---

(1) Gross. Th. de Montpellier, 1893.

(2) Mauriac. *Névralgies réflexes symptomatiques d'orchite blennorragique*, 1870.

(3) Coutagne. *Ann. de dermat.*, 1870.

(4) Limasset Th. de Paris, 1900.

(5) Lesser. *Deuts. dermat. Gesells. Strasburg*, mai 1898.

(6) Bloch. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1899, t. XLVIII, p. 349.

(1) Fournier. *Union méd.*, 1868; — *Ann. de dermat.*, 1869.

(2) Brisson. Th. de Paris, 1883.

Mais il y a plus ; elle semble guérir et récidiver en même temps que la chaudepisse.

Elle paraît se montrer de préférence dans la deuxième semaine de l'infection et surtout dans les cas à manifestations articulaires. On a même pu la voir alterner avec ces manifestations arthropathiques.

Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Diday est le seul auteur qui ait publié un cas de sciatique blennorragique féminine.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter aux causes prédisposantes signalées par Volker et Madon, la diahtèse rhumatismale, le « tempérament lymphatique ». On a encore invoqué la masturbation sans apporter d'autres preuves plus probantes. Par contre, M. Besnier pense qu'il faut tenir compte de la fatigue. Il n'est pas impossible que le froid soit un facteur prédisposant de quelque importance.

Il va sans dire que nous ignorons tout en ce qui concerne la manière dont la blennorragie affecte le sciatique.

Les hypothèses gratuitement formulées sur la genèse de ces névralgies ne sont plus que des archaïsmes historiques : ainsi la théorie réflexe d'Everard Home et de Mauriac, ainsi la théorie rhumatismale.

Il est possible, mais non démontré, qu'elles relèvent de l'intoxication gonococcique (Lesser, Lustgarten).

Névrites sensitivo-motrices. — Toujours plus ou moins diffuses, ces névrites des blennorragiques se présentent à peu près aussi souvent sous la *forme parcellaire* que sous la *forme généralisée.*

Parcellaires, comme dans certaines observations de Lévy et de Lustgarten, elles affectent de préférence les nerfs des membres inférieurs, surtout ceux des jambes. Parfois même elles se localisent aux nerfs des extenseurs des pieds. De règle, elles sont bilatérales, frappant en même temps ou presque les deux membres.

Généralisées, elles atteignent les quatre membres comme dans les cas de Raynaud, Lévy, Allard et Meige (1).

Dans celui de Welander (2), nous la voyons léser non seulement les nerfs des jambes, mais ceux du tronc, de la vessie, du gros intestin et même les deux faciaux.

Presque toujours, elles débutent par des troubles de la sensibilité subjective : fourmillements, piqûres, brûlures et parfois même sensation de broiement ou douleurs fulgurantes.

Deux fois, elles débutent par des phénomènes moteurs : parésie des jambes ; 1 fois la parésie motrice apparaît en même temps que les troubles sensitifs.

Il est remarquer que ces troubles de la sensibilité subjective occupent toujours la majeure partie de la scène clinique, qu'ils soient continus ou discontinus, sujets à des paroxysmes spontanés ou provoqués par la pression des couvertures, la station debout ou les essais de marche.

Par contre, la sensibilité objective est en général intacte, sauf dans quelques rares cas, où l'hyperesthésie cutanée est mentionnée.

En général, les réflexes tendineux sont abolis. Cependant il est 4 observations qui signalent de l'exagération des réflexes rotuliens.

Il y a plutôt *parésie* que *paralysie* véritable. Et souvent, c'est moins cette parésie que la douleur qui rendent impossibles ou précaires la marche et la station debout. Quelquefois, les malades steppent. L'amyotrophie, souvent considérable, prédomine aux membres inférieurs, même dans les formes généralisées.

Elle ne manque que dans l'observation de Welander.

(1) Allard et Meige. *Revue neurol.*, 1898, n° 14.
(2) Welander. *Nord med. Archiv*, 1897, n° 8.

Comme autre trouble trophique, Allard et Meige signalent la chute des dents (?).

En tout cas, ces névrites évoluent sans grands troubles trophiques cutanés. A peine si quelques auteurs décrivent l'état lisse de la peau et l'hypertrophie des poils.

Il est curieux de comparer ce minimum de troubles phanériens dans les névrites véritables au maximum de lésions cutanées dites nerveuses dans les cas où manquent les signes apparents d'une souffrance nerveuse véritable.

Rarement recherchée, la réaction de dégénérescence *paraît* constante. Elle manquait toutefois dans l'observation de Welander. Et cette observation comporte une constatation anatomique qui semble établir l'intégrité de la moelle, la réalité de la névrite.

Comme troubles vaso-moteurs, il peut y avoir des téguments froids et marbrés de taches violettes.

On a décrit des sueurs localisées.

D'une façon jusqu'à présent absolue, les troubles sphinctériens et psychiques font défaut.

Au point de vue étiologique, remarquons que ces névrites paraissent plus fréquentes dans le cours de l'urétrite aiguë que dans celui de l'urétrite chronique. Hormis un cas, elle se montrent toujours dans des chaudepisses compliquées d'arthrite.

Remarquons qu'il n'y a pas de rapport direct entre la généralisation de l'arthrite et celle de la névrite : le malade de Welander n'eut qu'une mono-arthrite temporo-maxillaire et il fit une polynévrite, un des sujets de Lévy fit une névrite des 4 membres avec une arthrite des doigts de la main. Enfin, il y a quelques variations entre l'époque d'apparition respective des accidents articulaires et névritiques : tantôt les accidents articulaires précèdent les accidents nerveux ; tantôt et plus souvent, c'est l'inverse.

D'une façon constante, ces névrites s'observent chez l'homme dont l'âge varie de vingt à quarante-huit ans.

Il semble que certaines professions interviennent comme cause prédisposante par la station debout prolongée qu'elles nécessitent : sur 9 cas, on trouve 3 garçons de café, 1 terrassier, 1 employé de chemin de fer, 1 comptable, 1 marchand, 1 domestique.

On peut se demander encore s'il n'y avait pas d'alcoolisme au moins chez les trois garçons de café.

L'influence de l'hérédité nerveuse est manifeste puisqu'on la trouve 7 fois sur 9.

En somme, l'étiologie clinique nous montre que chez des prédisposés soit par leur hérédité nerveuse, soit par la fatigue professionnelle, il est possible de voir évoluer des névrites périphériques dont la seule cause immédiate semble être la blennorragie compliquée ou non d'arthrite.

Ces névrites d'un grand polymorphisme symptomatique guérissent presque toujours en un temps variable entre trois et douze mois.

Leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement ne diffèrent en rien de celui des névrites en général.

Nous n'avons point à nous y arrêter.

Les expériences de Molchenoff semblent démontrer leur nature purement toxique (1).

Et maintenant, pour résumer en quelques propositions les principaux résultats de cette étude, il nous faut dire, contrairement à P. Raymond, que le chapitre des manifestations nerveuses de la blennorragie est loin d'être parfaitement établi et délimité.

(1) Publié dans les *Archives russes de pathologie* (1899, t. VIII), le travail de Molchenoff paraît, d'après l'analyse de la *Revue de médecine* (mars 1901), offrir un très grand intérêt, puisque non seulement son auteur a pu reproduire expérimentalement des paralysies blennorragiques, mais encore montrer que chez l'animal le microbe de Neisser ou les toxines sont capables de léser un point quelconque du système nerveux aussi bien au centre qu'à la périphérie.

Il n'est pas certain que la chaudepisse provoque la chorée, l'hystérie et les délires qu'on a bien à tort qualifiés de *folies blennorragiques*. Et la seule folie qu'elle puisse provoquer c'est la neurasthénie psycho-génitale des héréditaires. On peut en dire autant des ramollissements cérébraux.

Les méningites semblent relever plus des infections secondaires que du gonocoque.

Les troubles trophiques articulaires et cutanés demandent de nouvelles recherches,

Il semble que la blennorragie puisse atteindre directement tantôt la moelle, tantôt les nerfs périphériques (névralgies névrites), sans qu'il soit possible de dire comment.

Ces lacunes justifient amplement, croyons-nous, la méthode presque purement analytique employée dans ce travail. On ne saurait, maintenant encore, tenter une synthèse et baser une description d'ensemble sur les documents publiés jusqu'à ce jour.

A peine, si leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement permettent quelques considérations générales.

Pour le diagnostic topographique, il se présente ici avec ses difficultés ou sa facilité habituelles.

Il n'y a pas lieu d'établir le diagnostic schématique entre les myélopathies et les névrites périphériques; facile dans les types dont l'évolution est suivie complètement, il devient impossible pour les cas intermédiaires et incomplètement étudiés.

Du reste, en clinique, c'est affaire surtout au pronostic. Et hormis les méningites et les myélites aiguës, la neurasthénie héréditaire, tous ces accidents paraissent curables. Ils n'assombrissent pas outre mesure le pronostic en général bénin de la chaudepisse.

Au point de vue thérapeutique ils commandent, en outre des indications symptomatiques usuelles, de ne jamais laisser inguérie une chaudepisse si légère soit-elle.

MÉDECINE PRATIQUE

L'arrêt des métrorragies par des mouvements gymnastiques.

Ce moyen hémostatique consisterait à faire agir le groupe musculaire pelvi-trochantérien. Voici d'après M. Stapfer comment il faut procéder (1) :

On place la malade en décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et le siège soulevé au-dessus du plan du lit. Le médecin écarte et rapproche alternativement les deux genoux avec les mains en ordonnant à la malade de lui résister; on doit faire deux séances par jour, chaque séance comportant de 3 à 5 mouvements.

La cure de raisins en urothérapie.

On sait que les causes qui produisent l'acidité de l'urine sont des plus diverses. Quant aux facteurs de cette acidité, ce sont, en général, les phosphates acides et aussi les urates. Pour remédier à l'acidité des urines, on a le plus souvent recours aux alcalins, bicarbonate de soude ou eau de Vichy.

M. Carles, dans une communication de la Société de médecine et chirurgie de Bordeaux (19 avril 1901), vient d'attirer l'attention sur les services que peut rendre dans ce sens le raisin. Il résulte de ses recherches que le type le plus commun des sels acides susceptibles de se transformer dans l'économie en sels alcalins est le bitartrate de potasse ou crême de tartre. A l'état libre et à la dose de plusieurs grammes, il n'est plus absorbé et devient purgatif. En combinaison naturelle avec certaines matières végétales au contraire, il est très bien toléré. Dans tous les raisins mûrs, il est relativement soluble et se trouve associé à des sucres d'allures chimiques et d'action physiologique voisines de celles du sucre de lait, ce qui rend ses propriétés diurétiques. Les raisins frais sont préférables : mais à leur défaut, on peu employer les raisins secs de Malaga. Une dose de 100 grammes prise en deux fois dans l'intervalle des repas, est suffisante.

Dans le même ordre d'idées, la mauvaise réputation des sels de potasse ne doit pas faire rejeter cette médication, d'autant qu'on semble leur accorder une influence moins fâcheuse depuis que l'on sait qu'au centre de l'Afrique de nombreuses peuplades ont, de tout temps, remplacé le sel marin par du chlorure de potassium extrait de certaines cendres végétales.

(1) Soc. obstét. de France, avril 1901. Cf. *Gaz. hebd.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Collet a été nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

Marine. — Par arrêté en date du 11 mai, sont nommés dans le corps de santé des colonies :

A l'emploi de médecin auxiliaire des colonies : MM. les docteurs Fuynel, Sanquirico et Nicolas.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 19e semaine, 1010 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes (1076 pendant la 18e semaine), et qui dépasse de peu la moyenne ordinaine des semaines de mai (957).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (chiffre identique à la moyenne).

La variole a causé 6 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a été de 96; ce chiffre est le plus élevé qui ait été observé depuis le commencement de l'année.

La rougeole, ordinairement fréquente au printemps, n'a causé que 8 décès (la moyenne des semaines de mai est 30).

La scarlatine n'a causé aucun décès. La coqueluche en a causé 12 (au lieu de la moyenne 7); la diphtérie 8 (la moyenne est 7).

La diarrhée infantile a causé 31 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 32).

En outre, 35 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 172 décès, au lieu de 194 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 13); bronchite chronique, 27 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 51 (au lieu de la moyenne 43); autres maladies de l'appareil respiratoire, 87 (au lieu de la moyenne 79), dont 35 sont dûs à la congestion pulmonaire et 37 à la broncho-pneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 239 décès (au lieu de la moyenne 198); la méningite tuberculeuse a causé 34 décès; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 40 décès; les maladies organiques du cœur, 73; le cancer a fait périr 48 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 26; enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mlle Nourrit, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Anatomie gynécologique, par Paul PETIT. Un vol. gr. in-8° cart. — Prix : 16 francs. — Paris, Carré et Naud.

Traité du rachitisme, par le docteur Jules COMBY, avec 37 fig. Un vol. in 12, 2e éd. br. — Prix : 5 francs. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AUTOPLASTIE AUX DÉPENS DE LA MAMELLE (*1 fig.*), par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la blennorrhée du canal lacrymal par les injections d'eau oxygénée, par M. MORISOT (de Tarbes). — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AUTOPLASTIE AUX DÉPENS DE LA MAMELLE

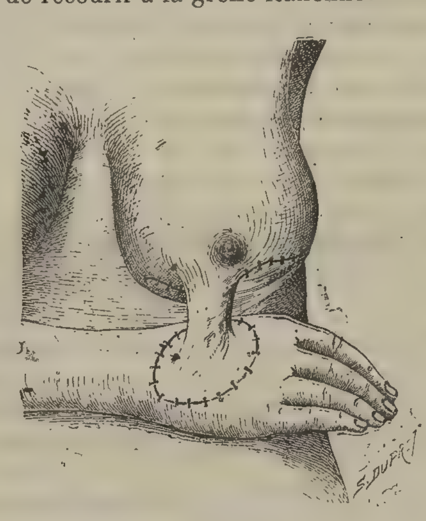
Par M. H. MORESTIN,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Prendre la peau du sein pour une autoplastie semble tout d'abord une profanation. Il est vrai que, de la mamelle juvénile, on tire à l'ordinaire meilleur parti. Aussi pour ne pas réprouver cette pratique, convient-il d'oublier l'aspect de la poitrine pendant les belles années. Ces années passent, la mamelle décline, et, l'âge venant, perd graduellement tout intérêt. Est-il alors excessif de prélever un lambeau sur son enveloppe cutanée devenue ample? Non. La nature a déjà traité plus durement l'organe que ne le fera jamais le chirurgien.

Dans un cas personnel, chez une femme âgée, l'ablation d'une tuberculose du dos de la main ayant laissé une perte de substance fort étendue, je n'ai donc pas hésité pour la couvrir à prendre sur la mamelle pendante et flétrie les téguments nécessaires.

Cette malade, que M. Hallopeau avait bien voulu me confier, Mme Angélique J..., ménagère, est entrée le 15 mai 1900, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 19. Elle avait soixante-cinq ans. Sa santé générale était assez bonne et elle n'avait eu que des maladies insignifiantes avant celle qui l'amenait dans nos salles. Elle portait sur la face dorsale de la main droite uue ulcération à bords irréguliers et décollés, dont le fond, légèrement creusé, était couvert de bourgeons fongueux et atones. Elle s'étendait depuis l'interligne radio-carpien, jusqu'au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes et dans le sens transversal depuis le premier espace interosseux jusqu'au bord cubital. Une bordure rouge sombre de largeur fort inégale entourait l'ulcération, et çà et là dans le voisinage on pouvait noter encore des îlots rougeâtres, dont la surface lisse semblait devoir se dépouiller prochainement de l'épiderme aminci qui la recouvrait pour former d'autres ulcérations qui se réuniraient à l'ulcère principal. La lésion était superficielle, ne paraissait pas dépasser en profondeur l'épaisseur de la peau. Le jeu des tendons ou des articulations sous-jacentes n'était entravé en aucune manière et, d'autre part, on pouvait faire glisser en tous sens les téguments sur les parties sous-jacentes. Il s'agissait d'une tuberculose cutanée ulcéreuse, indépendante, en apparence au moins, de toute lésion osseuse ou articulaire. M. Hallopeau, dont ce fut le diagnostic, pensa qu'une large exérèse, franchement chirurgicale, pouvait seule procurer une guérison complète et stable.

Le 18 mai, je fis donc l'extirpation de toute la lésion, y compris la bordure d'envahissement, c'était toute la peau du dos de la main. Je dus sectionner plusieurs veines. Il y avait dans le tissu cellulaire un noyau tuberculeux distinct, gros comme un petit haricot, entre les tendons du cinquième doigt et de l'annulaire. Son ablation nécessita la mise à nu de ces tendons, la dissection ayant respecté la gaine celluleuse de ceux des autres doigts. Ce premier temps était facile. Combler la perte de substance était le point délicat. La réparation devait être immédiate pour que le jeu des tendons ne fût pas compromis. Prendre des lambeaux dans le voisinage, il n'y fallait pas songer. Les greffes d'Ollier étaient insuffisantes dans le cas particulier. Force était de recourir à la greffe italienne.



Sur la moitié inférieure du sein gauche, je taillai un grand lambeau à pédicule antérieur, dont les dimensions et la forme s'adaptaient à celles de la surface à recouvrir. La plaie mammaire put être comblée immédiatement et sans peine. Il suffit d'enlever de la graisse pour créer un vide et rendre l'affrontement facile. Il ne resta d'autre partie cruentée que la face profonde du lambeau. Celui-ci

fut alors mis en place; il s'appliquait sans tiraillement ni tension et ses proportions répondaient si bien aux dimensions de la perte de substance, que celle-ci fut complètement et très exactement couverte et qu'il n'y eut aucune retouche à faire. Il suffit donc de le fixer par des points de suture, qu'il fallut faire nombreux.

L'avant-bras était à angle droit, la main au-dessous de la mamelle, dans une attitude quasi-naturelle, très facile à supporter. La mamelle étant très mobile sur le thorax et le pédicule se détachant plus près du mamelon que du sillon pectoro-mammaire, la main pouvait être déplacée dans une certaine étendue, sans traction sur le pédicule. Le pansement fut donc très facilement appliqué, et pour tout appareil d'immobilisation, je mis quelques tours de bande pour soutenir l'avant-bras et empêcher l'abduction du bras.

Les suites furent très simples. La réunion s'effectua rapidement et à souhait. Au huitième jour, j'enlevai les fils et sectionnai le pédicule le 9 juin. La malade, guérie, quitta l'hôpital le 22 juin. La peau greffée différait encore naturellement par son aspect des téguments environnants, mais elle demeurait souple, bien vivante, et au-dessous d'elle les tendons avaient gardé leur mobilité. Quelques massages avaient suffi pour assouplir les articulations des doigts légèrement enraidies par ces quelques jours d'inaction forcée. La cicatrice de la plaie mammaire, transversale, n'était ni plus ni moins disgracieuse que celle de toute autre incision pratiquée sur le sein. L'opérée n'eut pas l'air d'y prêter attention et n'en exprima ni regret, ni surprise.

L'autoplastie a donc pu être pratiquée dans des conditions de facilité et de simplicité particulière. Les téguments ont été fournis en abondance par la mamelle, qui aurait pu sans dommage en livrer bien plus encore. La dissection du lambeau s'est faite aisément, sans perte de sang, sans manœuvre délicate, et la plaie d'emprunt a pu être réunie très complètement. Dans quelle région peut-on rapprocher aussi aisément les bords de la perte de substance créée par la taille du lambeau? L'attitude elle-même, à laquelle la malade dut être condamnée pendant quelques jours, n'avait rien de pénible, étant presque physiologique.

Si l'on n'avait chez cette femme emprunté les téguments de la mamelle, il eût été vraiment assez difficile d'employer ici la greffe italienne. Les mamelles, volumineuses et pendantes, tombaient sur le ventre, lui-même fatigué, couturé de vergetures et déformé par une hernie ombilicale. Où prendre un lambeau? pas sur cet abdomen; sur le thorax entre ou au-dessous des mamelles? il n'y avait point de place; aux membres inférieurs, c'eût été condamner cette vieille personne à une immobilité des plus fâcheuses; dans le dos? la position était bien pénible. Tout s'arrangeait au mieux en s'adressant au sein gauche, plaie d'emprunt entièrement fermée, attitude commode, toute facilité pour appliquer sutures, pansement et appareil. Or, on sait combien toutes ces questions secondaires ont d'importance en matière d'autoplastie.

Dans certaines circonstances, exceptionnelles à vrai dire, on a pu utiliser ainsi la peau du sein, en totalité ou en partie. J'ai moi-même relaté (*Gaz. des hôp.*, avril 1901) un cas où le déplacement d'une mamelle avait servi à combler une énorme perte de substance résultant de l'ablation de l'autre. La présente observation contribuera à établir encore que les téguments mammaires constituent une précieuse réserve, dont le chirurgien usera avantageusement à l'occasion.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(14 mai 1901)

La musique n'adoucit pas seulement les mœurs; elle atténue aussi les rêves plus ou moins pénibles provoqués par les agents anesthésiques et remplace les cauchemars les plus atroces par les sensations les plus agréables. Telle est la vérité qui ressort de la communication très intéressante que vient de faire M. Laborde sur **l'intervention des sensations auditives, en particulier les sensations musicales, dans l'anesthésie opératoire.**

Un chirurgien dentiste, M. Drosner, est venu lui demander ce qu'il pensait d'un procédé d'avulsion dentaire, dont il est l'inventeur et qui consiste à pratiquer l'arrachement d'une, deux, trois, quatre, cinq dents et plus... sans douleur et — qui plus est — en musique.

Voici comment procède M. Drosner :

En soumettant ses patients à l'anesthésie par le protoxyde d'azote, il observait constamment, au moment des effets anesthésiques, des manifestations psychiques, de nature habituellement terrifiante, avec des cris et agitation, se poursuivant encore un temps plus ou moins long après l'opération, et comme il pratiquait celle-ci auprès d'une fenêtre donnant sur la rue, il avait remarqué que les rêves terrifiants se rapportaient toujours à des bruits plus ou moins intenses et rapprochés, provenant de l'extérieur, tels, surtout, que le bruit des voitures; en sorte que les patients se sentaient rouler et écraser sous celles-ci, et le vociféraient de façon terrifiante.

Il résultait clairement de cette observation que les troubles psychiques en question étaient d'origine auditive; de là à penser qu'en modifiant la cause occasionnelle de la sensation, on pourrait changer, à l'avenant, la nature du trouble fonctionnel qui en est la conséquence, il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut vite franchi par M. Drosner : il fallait substituer aux bruits accidentels, à effets terrifiants, du dehors, des bruits agréables, tels que des bruits musicaux.

Un phonographe à musique est placé dans une pièce, immédiatement voisine du cabinet d'opération, celle où se trouve, en même temps, disposé le gazogène anesthésique au protoxyde d'azote.

Le phonographe est pourvu de deux conducteurs téléphoniques reliés à deux coquilles auditives, facilement et instantanément adaptables au pavillon des oreilles du patient, lequel, aussitôt qu'il s'assied dans le fauteuil opératoire, et qu'il reçoit le masque facial pour l'anesthésie, est mis en même temps en communication auditive, directe, avec le phonographe qui lui chante un air musical.

Au bout d'une minute, en moyenne, l'anesthésie se produit et, tout aussitôt, l'opérateur procède à l'opération, pendant que continue l'audition musicale.

L'opération terminée, le patient ne se souvient plus de rien... Il a seulement entendu de la musique...

M. Laborde a pu constater, sur le registre de l'opérateur, les attestations écrites de patients qui, à côté de leur témoignage de gratitude, accusent, d'une façon constante, les sensations agréables provoquées par l'audition musicale, sans rêve, sans cauchemar, et l'absence de toute perception douloureuse, pendant l'avulsion dentaire.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que, dans un but thérapeutique, ou d'atténuation de la douleur, on a eu l'idée de faire intervenir la musique, chorale ou instrumentale; on n'a pas oublié la communication du regretté Ferrand sur ce sujet.

C'est à Bicêtre, sous un maître amateur de musique lui-même et aliéniste de premier ordre, Moreau (de Tours), que M. Laborde a été amené à s'occuper de cette question : dans la conviction que l'audition musicale était capable d'exercer une influence salutaire sur l'évolution de certaines affections mentales, en particulier celles qui déterminent de violents

paroxysmes d'excitation cérébrale et qui procèdent, en nosologie mentale, de la manie aiguë, Moreau (de Tours) avait organisé des séances régulières de musique, soit avec chœurs, soit avec orchestre, auxquelles il faisait assister ceux des malades de son service, qui lui paraissaient avoir un besoin plus pressant d'être calmés; il leur administrait en un mot une « douche musicale ».

Si la « douche » en question exerçait, la première fois, un premier effet d'étonnement et d'arrêt sur les auditeurs agités, cet effet n'était pas de longue durée; et en dépit des chants les plus harmonieux, ou des exécutions orchestrales les plus mélodiques, l'excitation prenait le dessus, et des cris et des vociférations incohérents transformaient le concert en la plus horrible des cacophonies.

Toutefois, quelques rares malades semblaient éprouver une heureuse influence de cette intervention harmonique.

Il s'agissait là d'une provocation, à distance, de sensations auditives, musicales. Il y avait à se demander, si, en portant directement, sur le sujet lui-même, à son contact, la source de la sensation en question; en le mettant en situation d'éprouver, directement, les vibrations d'un instrument de musique, comme s'il en jouait lui-même — d'un instrument à cordes, par exemple, prenant contact avec lui — il n'en éprouverait pas, en son état maladif, une influence plus efficace et plus durable.

De cette idée à sa réalisation, il n'y avait qu'un pas pour M. Laborde violoniste.

Il plaça l'instrument en position sous le menton du malade comme sur lui-même, et se tenant derrière lui, il exécuta de son mieux un air des plus vibrants : l'effet fut immédiat et si frappant que le malade redemanda lui-même une nouvelle douche musicale.

Quelque encourageant que fût ce résultat, il n'était pas possible d'en poursuivre, pratiquement, la réalisation.

Mais il était facile d'en conclure que, pour agir efficacement, la source musicale doit être appliquée directement.

Or, nous sommes, aujourd'hui, en possession d'un instrument automatique qui permet cette réalisation. C'est le phonographe, qui trouve là une nouvelle application et substitue, à la provocation du rêve terrifiant, celle du rêve musical harmonieux.

N'est-ce pas là le rêve de l'anesthésie opératoire? Non seulement éviter la douleur — objectif essentiel — mais, en plus, donner à l'opéré des sensations agréables!

M. Laborde se demande s'il n'y aurait pas lieu d'étendre la méthode à l'anesthésie chirurgicale en général. Il appelle, sur ce sujet, l'attention des chirurgiens, avec l'espoir qu'il s'en trouvera au moins un, parmi eux, assez curieux, pour faire l'essai du procédé.

La nature et l'étiologie de la scrofule font l'objet d'une communication de M. Hacks (de Fécamp). Il la considère comme le premier stade des infections superficielles cutanées ou muqueuses, chez l'enfant, l'adulte ou le vieillard. Sa cause unique, dit-il, est la viciation de l'air par l'oxyde de carbone et l'acide carbonique, et par ces deux gaz seulement qui agissent par les toxhémies respiratoires locales cutanées qu'ils provoquent.

M. Chauvel lit un rapport sur les **névrites et thromboses rétiniennes paludéennes.**

M. Raillet lit un rapport sur une note de MM. Lucet (de Courteau) et Costantin au sujet d'un nouveau champignon pathogène de l'homme, le **rhizomucor parasiticus.**

M. Suarez de Mendoza apporte l'intéressante observation **d'un cas de vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison épaissie.**

La malade qui fait l'objet de cette observation était atteinte de vertiges qui atteignaient leur paroxysme et allaient jusqu'à la chute à la moindre irritation de la muqueuse nasale (froid, chaud, coryza); l'audition était intacte, le naso-pharynx ne présentait rien d'anormal.

Cette malade ayant été soumise sans succès à la quinine à haute dose, puis au bromure, vint consulter M. Suarez de Mendoza.

Elle présentait une cloison fortement épaissie des deux côtés, bombant à droite et à gauche de façon à produire l'effet d'un cornet hypertrophié occupant la ligne médiane.

Des attouchements et des pulvérisations avec une solution de cocaïne, suivis de l'emploi de pommade borico-mentholée, soulagèrent rapidement la malade, montrant ainsi que c'était bien l'étroitesse du nez qui devait être incriminée.

C'est alors que notre confrère se décida à intervenir au moyen de la scie tubulaire mue par un moteur électrique.

Après anesthésie suffisante de la muqueuse, il introduisit la gouttière protectrice et enleva à gauche, d'un trait de scie, un long et large copeau; le tube tampon ayant complètement arrêté l'hémorragie de ce côté, il procéda séance tenante à l'ablation d'un deuxième copeau à droite et réséqua avec sa pince coupante les bords supérieurs des gouttières produites dans la cloison par le double trait de scie.

Le soir, enlèvement des deux tubes tampons, pansement à la gaze iodoformée.

La cicatrisation se fit rapidement et depuis les vertiges n'ont pas reparu.

Observation intéressante qui montre bien que dans le vertige nasal, il faut toujours rechercher la cause du vertige du côté de la cloison.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(17 mai 1901)

Voici le texte de la communication faite par le professeur Chantemesse **sur la valeur du sérum antidiphtérique et sur les causes de mortalité des cas de diphtérie hospitalisés au Bastion 29:**

« La question de l'efficacité du sérum antidiphtérique et de l'opportunité de son emploi n'a pas encore cessé d'être discutée.

Quelques-uns ont de la tendance à juger de la valeur curative du sérum, uniquement sur le résultat brut des statistiques, sans se préoccuper ni de la précocité de l'injection ni de la dose injectée.

La statistique indique-t-elle une légère augmentation de la mortalité on en conclut que le sérum a perdu de sa puissance.

Telle n'est pas à mon sens la vraie raison de l'augmentation de la mortalité et, si j'en juge par les faits observés dans mon service hospitalier, la cause essentielle de la mortalité diphtérique est dans le retard que l'on met à pratiquer les injections de sérum. Ce retard n'est pas dû à l'indolence des médecins, mais à la crainte déplorable qui leur a été inspirée au sujet des dangers du sérum. Ces dangers, il faut le répéter bien haut, n'existent pas ou sont absolument insignifiants dans l'immense majorité des cas.

Pour ma part, dans mon service de crèche réservé aux tout jeunes enfants atteints de la diphtérie, je ne les ai jamais observés pendant une période de six ans.

En revanche, j'ai vu que les enfants qu'on amenait étaient souvent, au moment de leur entrée, intoxiqués par la diphtérie depuis plusieurs jours et que le nombre de ceux qui avaient déjà reçu du sérum ne dépassait pas 5 p. 100.

Les chiffres de ma statistique seront tout à fait caractéristiques à ce point de vue.

J'ai fait connaître déjà ceux de 1895 qui donnaient 12 p. 100 de mortalité. C'était l'époque qui suivait de près la communication de M. Roux à Buda-Pesth et pendant laquelle les

médecins pratiquaient volontiers d'assez bonne heure les injections sérothérapiques. Du mois de mars 1896 au mois de mars 1901, j'ai reçu dans mon service 476 petits malades atteints de diphtérie, 70 ont succombé, soit une mortalité totale de 16,80 p. 100.

Cependant en ce qui concerne la date des jours où sont morts les 70 petits malades, on remarque que 15 ont succombé le jour même de leur entrée, 29 le lendemain et 12 le surlendemain, c'est-à-dire que 56 d'entre eux sur 70 ont été amenés à l'hôpital étant déjà profondément intoxiqués par la diphtérie, trop tard par conséquent pour pouvoir bénéficier entièrement des injections de sérum qu'on leur a pratiquées à leur arrivée. On peut dire que bon nombre d'entre eux auraient survécu si l'on avait institué plus tôt le traitement sérothérapique.

L'observation que j'apporte ici n'est pas un cas isolé, beaucoup de nos collègues des hôpitaux d'enfants ont fait la même constatation.

Il faut donc redire aux médecins praticiens qu'il est nécessaire, pour guérir presque à coup sûr la diphtérie, d'intervenir avec le sérum dès le début, dès que s'impose la suspicion de la présence de la diphtérie. Il est dangereux d'attendre toujours, avant de pratiquer une injection de sérum, que le diagnostic soit définitivement confirmé par la clinique ou par la culture bactériologique.

Q'importe que le diagnostic soit encore hésitant! Après le nombre immense des injections pratiquées d'après quelques années, on peut dire qu'elles sont sans danger.

Mon observation personnelle me porte à considérer le sérum antidiphtérique, ayant vieilli dans les flacons et contenant de petits flocons de fibrine précipités, comme parfaitement efficace et provoquant des érythèmes *plus rarement* que le sérum frais. »

MM. Babinski et Charpentier présentent quatre malades atteints de **syphilis**, chez lesquels il y a **abolition complète des réflexes pupillaires**; ils insistent surtout sur les rapports qui peuvent exister entre l'infection syphilitique et cette manifestation. C'est là une question grosse d'intérêt pratique, car le traitement spécifique appliqué très tôt dans les cas de ce genre pourrait peut-être supprimer la possibilité des accidents nerveux ultérieurs. Ce n'est pas la première fois que les auteurs attirent l'attention sur cette question. Déjà, en 1899, ils avaient cherché à établir que l'abolition des réflexes des pupilles, et surtout du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ou du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe de syphilis acquise ou héréditaire, presque, sinon tout à fait pathognomonique. Chez les quatre malades présentés, on trouve des antécédents très nets de syphilis acquise, en même temps que le signe de Robertson existe d'une façon très manifeste. Ce signe n'apportant aucun trouble dans la vision doit être recherché systématiquement chez tout individu suspect; il indique que le système nerveux central est atteint de syphilis, que le sujet est candidat, soit au tabes, soit à la paralysie générale, soit à la syphilis cérébro-spinale.

A la suite de la précédente communication de M. Chauffard, et de son affirmation que **les cholurіes sans ictère sont des plus communes et bien plus fréquentes que les ictères sans cholurie**, MM. Gilbert et Lereboullet reviennent sur leurs travaux antérieurs relatifs à l'ictère acholurique à forme dyspeptique et sur des cholurіes anictériques. Nous ne pouvons suivre la discussion qui s'est élevée à ce propos, chacun restant inébranlable dans ses positions. Le temps dira lequel a raison.

MM. Marie et Guillain présentent un tabétique atteint **d'atrophie du maxillaire inférieur.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(15 mai 1901)

C'est encore de la **rachicocaïnisation** qu'il s'agit : M. Bazy ne l'a expérimentée que dans un seul cas; il n'en a pas obtenu un mauvais résultat, mais il est loin, pour cela, de se montrer un partisan convaincu de la méthode; il lui reproche d'abord les accidents déjà tant de fois signalés, c'est-à-dire les vomissements, la céphalée, l'élévation de température, etc., mais il insiste surtout sur ces deux grands inconvénients : la persistance de la conscience du malade, et l'impossibilité de régler les effets de l'anesthésie, puisqu'une fois la cocaïne introduite dans le canal rachidien, il est impossible d'en atténuer les effets. Enfin, la mort par œdème pulmonaire est à craindre également avec ce mode d'anesthésie. Pour toutes ces raisons, M. Bazy s'en tiendra à son unique expérimentation.

M. Gérard Marchant n'a, lui aussi, qu'un seul fait, mais absolument favorable à la méthode. Voici ce fait : il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'un rétrécissement mitral et portant une grosse tumeur fibreuse abdominale hémorragique, nécessitant l'intervention. Potain avait dit à cette femme : « Si jamais vous vous faites opérer, ne vous laissez pas endormir avec le chloroforme. » Bien que M. Gérard Marchant ne partage pas absolument cette manière de voir, il pensa que c'était bien le cas de recourir à la rachicocaïnisation. M. Tuffier voulut bien se charger lui-même de pratiquer l'anesthésie lombaire. Elle fut parfaitement régulière. M. Tuffier injecta 3 centigrammes de cocaïne. Il fit également pratiquer une injection souscutanée de caféine et fit prendre du café à la malade. M. Marchant pratiqua l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen; l'opération dura vingt-cinq minutes. La malade, qui avait les yeux bandés, ne ressentit aucune douleur; il lui semblait seulement qu'on lui tirait les jambes. Il ne fut constaté chez elle aucune modification, le pouls resta invariable, pas de céphalée, pas de vomissements, c'est un succès complet à l'actif de l'anesthésie lombaire.

M. Routier a eu recours à la rachicocaïnisation pour une périnéorraphie, pour une cure radicale d'hydrocèle, pour une trépanation osseuse dans un cas d'ostéomyélite du tibia, pour une épididymite tuberculeuse. Il obtint une assez bonne anesthésie, sauf pour la périnéorraphie qui sentit les piqûres de l'aiguille. En somme, comme anesthésie, les résultats obtenus furent assez satisfaisants, mais, malgré tout, M. Routier n'aime pas voir ses malades assister aux opérations qu'il leur fait. Nous partageons entièrement sa manière de voir.

M. Guinard cite un fait, intéressant à d'autres points de vue que l'anesthésie, qui semblerait prouver que la cocaïne n'a plus les mêmes effets analgésiants sur les méninges enflammées. L'histoire de cette malade est assez curieuse : elle entre à la maison Dubois pour une angine avec adénopathie phlegmoneuse du cou. Elle est soignée pour ces accidents qui disparaissent; mais elle continue à présenter une élévation de température que rien n'explique. Soupçonnant que les méninges peuvent y être pour quelque chose, M. Guinard fait une ponction lombaire, extrait une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, légèrement purulent. Ce liquide, examiné par M. Widal, contient des streptocoques. M. Guinard, dès lors, était tenté de trépaner la colonne vertébrale. Il en fut détourné. Mais un matin, il trouve la malade dans un demi-coma, avec une hémiparalysie; il n'hésite plus, trépane et draine le cul-de-sac arachnoïdien. Pour cette trépanation, il a recours à la rachicocaïnisation et il n'obtient aucune anesthésie, ce qui sem-

blerait démontrer que les méninges enflammées ne subissent pas l'action de la cocaïne de la même façon que les méninges saines.

M. Broca fait un rapport sur deux observations d'**occlusion intestinale** adressées par M. Fröhlich (de Nancy).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant atteint d'une occlusion intestinale par bride mésentérique. M. Fröhlich fit un anus contre nature, l'enfant succomba. A l'autopsie on trouva une bride formée par le mésentère; un rétrécissement au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse et une torsion de la masse intestinale, telle que l'S iliaque était pressé sous le foie. En pareil cas, il n'y a qu'une chose à faire, l'éviscération complète et le dévidement.

Dans le second cas, il s'agissait d'un volvulus portant sur la région iléo-cæcale avec torsion de la portion moyenne du côlon ascendant. M. Fröhlich fit la laparotomie, la détorsion, et le malade guérit.

Le rapport de M. Broca soulève une petite discussion; M. Guinard a opéré tout récemment une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'une occlusion intestinale datant de sept jours; il fit la laparotomie médiane, trouva un cæcum énorme; il s'agissait d'un volvulus qui portait sur le côlon descendant, qui faisait deux tours de spire sur lui-même. M. Guinard fit la détorsion. Si en pareil cas il avait fait un anus contre nature, celui-ci n'aurait remédié à rien.

MM. Quénu, Delbet, Lucas-Championnière, Tuffier, Schwartz et Routier rapportent des cas analogues, qui aboutissent tous à cette conclusion que l'établissement d'un anus contre nature, dans ces cas, reste le plus souvent inefficace, et que le seul traitement rationnel est la laparotomie et l'éviscération pratiquées le plus tôt possible.

M. Legueu a été élu membre titulaire par 23 voix sur 29 votants.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la blennorrhée du canal lacrymal par les injections d'eau oxygénée.

Par M. Morisot (de Tarbes).

La dacryocystite chronique est une des maladies les plus rebelles aux traitements. Les antiseptiques employés sont nombreux; tous ont quelquefois de bons effets, mais souvent aussi la maladie résiste à leur action. L'eau oxygénée m'a donné de meilleurs résultats à toutes les périodes de la maladie, et mérite à ce titre une place à part dans le traitement de la blennorrhée du canal lacrymal. Voici en quelques mots la technique employée.

Après avoir pratiqué le cathétérisme jusqu'à ce que le numéro 3 de la sonde de Bowmann passe facilement, je fais une injection au moyen de la seringue d'Anel, avec parties égales d'eau oxygénée à 12 volumes, débouchée au moment de l'emploi, et d'eau fraîchement distillée bouillie. L'injection se fait à 30 degrés environ. A peine quelques gouttes ont-elles pénétré dans le sac lacrymal, qu'un flot de pus bouillonne par les points lacrymaux. Ce phénomène est dû au vide produit par la combinaison de l'oxygène avec les matières albuminoïdes, non seulement la partie du canal lacrymal touchée par la solution est ainsi nettoyée, mais le pus remonte des parties inférieures vers la partie supérieure, cela grâce au vide qui se fait et à une sorte d'aspiration dans le canal. (Le même phénomène aurait lieu dans tous les pertuis en suppuration.) Il y a là une action mécanique très curieuse qui, jointe à l'effet antiseptique de l'eau oxygénée, contribue au succès obtenu par ce liquide. Le canal lacrymal est ainsi complètement détergé. Trois jours après, je recommence une injection semblable, avec deux tiers d'eau oxygénée et un tiers d'eau distillée. Il est inutile de se servir de la sonde creuse. Une partie du liquide descend dans la narine, et le pus remonte toujours à la partie supérieure du canal. Après les injections, on peut faire usage de l'eau à 12 volumes pure et pratiquer le lavage trois fois par semaine. Le pus fait place bientôt à de la sérosité qui se tarit en quelques semaines. On peut aider le traitement de la solution astringente :

Tannin...............	0g10 centigrammes.
Glycérine neutre........	4 grammes.
Eau distillée bouillie...	6 —

en injections intercalées avec l'eau oxygénée, mais toujours sans employer la sonde creuse, afin de ne pas dilater outre mesure le canal, et de ne pas lui faire perdre ses propriétés capillaires, condition qui serait très défavorable à l'écoulement des larmes. Les avantages de cette méthode sont donc :

1° Antisepsie complète;

2° Nettoyage mécanique du canal lacrymal;

3° Absence de phénomènes d'irritation qui se produisent souvent avec les solutions de sels minéraux. Une cuisson légère succède au contact de l'eau oxygénée sur la conjonctive; mais elle cède très vite et est très supportable par elle-même, car la cocaïne n'empêche pas la douleur de l'eau oxygénée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 27 mai au 1er juin 1901)

Examens de doctorat.

MARDI 28 MAI, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Thiéry et Langlois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Pozzi, Maygrier et Faure; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Ricard; — (2e série) : MM. Quénu, Richelot et Brun; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Thoinot; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Campenon et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Charrin; — (2e série) : MM. Grancher, Troisier et Ménétrier; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 29 MAI, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Retterer et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Tuffier, Jalaguier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Legueu et Delbet; — (2e série) : MM. Reclus, Lejars et Mauclaire; — M. Reynier, suppléant.

JEUDI 30 MAI, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Retterer et Thiéry.

2e : MM. Gley, Weiss et André.

3e (oral, 1re partie, 1re série, ancien régime) : MM. Bouilly, Bonnaire et Faure; — (2e série) : — MM. Schwartz, Brun et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 31 MAI, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Lejars et Broca (Aug.); — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Reclus, Jalaguier et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Méry; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Reynier et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Grancher, Brissaud et Teissier; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 1er JUIN, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Chantemesse, Thiéry et Langlois; — M. Broca (André), suppléant.

3e (officiat définitif, ancien régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Raymond, Ricard et Wallich.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Joffroy, Roger et Dupré ; — M. Achard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Troisier, Marfan et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Gilbert ; — M. Brun, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bouilly, Maygrier et Bonnaire ; — M. Hanriot, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Le Havre.* — Le concours ouvert le 1er mai pour une place de chirurgien des hôpitaux du Havre vient de se terminer par la nomination de M. Deville.

Écoles de médecine. — *Besançon.* — Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1901 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — Par décret en date du 16 mai 1901, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Nicolas, pour le 160e d'infanterie ; — Marcelin, pour le 149e d'infanterie ; — Kocher, pour le 16e d'infanterie ; — Valissant, pour le 44e d'infanterie ; — Lanel, pour le 106e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bouquet de Jolinière, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Cange, pour l'hôpital militaire de Constantine ; — Daireaux, pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam ; — Marignac, pour le 17e d'infanterie ; — Damas, pour le 40e d'infanterie ; — Levêque, pour le 115e d'infanterie.

— Par décision ministérielle du 16 mai 1901, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Noël, pour le 37e d'infanterie ; — Durand, pour le 21e d'infanterie ; — Lasalle, pour l'hôpital militaire de Belfort ; — Bonnamy, pour le 14e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe David, pour le 156e d'infanterie ; — Gary, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied ; — Dormand, pour le 2e tirailleurs algériens ; — Darricarrère, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied ; — Barisien, pour le 13e dragons ; — Dettling, pour le 4e chasseurs d'Afrique ; — Dumas, pour le 68e d'infanterie ; — Mathieu, pour le 2e de spahis ; — Stéfani, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe Zeller, pour le 146e d'infanterie ; — Perrin, pour la 2e compagnie de tirailleurs sahariens ; — Gauthier, pour le 6e chasseurs d'Afrique ; — Munaret, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. le médecin aide-major de deuxième classe de Fürst, pour le 57e d'infanterie.

Marine. — Par décret du 15 mai 1901, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Rétière.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Barillet.

— Par décret en date du 15 mai 1901, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Coquiard, médecin principal de la marine en retraite, affecté au port de Toulon.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Marcourt, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, affecté au port de Rochefort.

— M. le médecin de première classe Damany, du port de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire-archiviste du conseil de santé au chef-lieu du IIIe arrondissement maritime.

Médecine légale. — Dernièrement, l'opinion publique s'est émue du fait qu'un médecin légiste, commis pour faire une autopsie médico-légale après exhumation, dut renoncer à formuler des conclusions, après avoir constaté à l'ouverture du cadavre qu'une partie des viscères ne s'y trouvait plus.

Une enquête démontra que le sujet avait succombé dans un hôpital où une première autopsie avait été faite avec l'autorisation de la famille et où une partie des viscères avait été conservée comme pièces anatomiques.

La commission nommée par la Société de médecine légale de France afin d'étudier les conditions dans lesquelles les autopsies devraient être faites dans les hôpitaux pour éviter le retour de faits pareils est d'avis, par l'organe de son rapporteur, M. Leredu, avocat à la Cour d'appel de Paris, que l'Administration devrait organiser des salles d'autopsies de façon à empêcher que des erreurs pussent être commises au moment où il est procédé à la mise en place des organes autopsiés. Elle devrait prendre toutes mesures pour que le personnel employé au service des autopsies remplît ses fonctions avec attention et décence. D'autre part, lorsqu'un individu amené dans un hôpital aurait été ou serait pendant son séjour l'objet d'une investigation de la part de l'autorité judiciaire (commissaire de police, juge d'instruction, membre du parquet), la mention en serait portée sur la fiche le concernant par l'administration de l'hôpital, dès que le fait parviendrait à la connaissance de cette dernière, et en cas de décès il ne pourrait pas être procédé à l'autopsie par le service d'hôpital, sans une autorisation de l'autorité judiciaire. (*Gaz. hebd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marange (d'Issorn) ; Gourdon de Fromentel (de Gray) ; Gourcer, médecin de la marine en retraite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le massage, manuel théorique et pratique, 2e éd., par le docteur Georges Berne, 1 vol. in-12 avec 152 fig. relié. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff.

La surdi-mutité, étude médicale, par Etienne Saint-Hilaire. Un vol. gr. in-8o, suivi d'un index bibliographique. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

L'aliénation mentale dans l'armée, par le docteur Catrin, 1 br. in-12. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — MPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE DU RÊVE, par MM. N. VASCHIDE, chef des travaux à l'École des hautes-études (asile de Villejuif), et H. PIÉRON, préparateur à l'École des hautes-études (asile de Villejuif). — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* Cocaïnisation lombaire; absence d'analgésie; intoxication prolongée; — *Physiologie :* Influence des aliments gras sur le travail des glandes gastriques; — *Thérapeutique* : Traitement rationnel de la paralysie générale; — Emploi de l'héroïne dans les affections cardio-vasculaires. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE DU RÊVE

Par MM. N. VASCHIDE,
Chef des travaux à l'Ecole des hautes-études (asile de Villejuif).
et H. PIÉRON,
Préparateur à l'Ecole des hautes-études (asile de Villejuif).

I

Dans plusieurs publications nous avons essayé de faire une mise au point critique de tous les documents relatifs à la valeur et à la signification du rêve (1). Or, entre autres fondements de la croyance superstitieuse que l'on a attribuée aux rêves, il y a des faits de prévisions sensorielles et de troubles morbides qui attribuent au rêve une véritable valeur séméiologique.

Nous apportons cette fois quelques observations et documents, qui nous paraissent avoir de l'importance pour jeter quelque lumière sur le domaine encore obscur et en partie inexploré de la séméiologie du rêve (2).

Quelques mots d'abord sur la méthode avec laquelle les rêves ont été recueillis. Les personnes appartenaient à notre milieu, et pour la plupart nous étions à même d'en suivre l'état mental antérieur et postérieur au rêve, de sorte que l'on pouvait observer l'intervalle qui séparait le rêve du diagnostic qui fut fait de la maladie. Aucun des sujets n'a pu connaître en aucune manière le but et le sens de ces recherches et enfin les médecins qui firent le diagnostic le firent indépendamment d'elles. Les sujets avaient raconté leurs rêves spontanément dans la journée qui suivit le réveil. En moyenne, les premiers symptômes survinrent environ quarante-huit heures après. Nous avons pu recueillir à ce propos treize observations précises et nous les donnons comme telles, grâce à la méthode dont nous avons pu les enregistrer.

II

OBSERVATION I. — Petite fille de trois ans et demi. Couchée dans un lit de cuivre fermé, elle rêve qu'un menuisier, qui a la figure de son médecin, fixe un étau sur le côté de son lit et y enserre sa tête ; elle fait son possible pour se dégager et passe son bras hors de son lit pour desserrer l'étau avec une telle force qu'au réveil elle portait une grande marque à son bras dont elle se plaignit. Elle fut prise peu après d'une forte fièvre et le médecin, appelé en toute hâte, reconnut une méningite (4 mai 1899).

OBS. II. — Petite fille de huit ans. Elle raconte un matin avoir rêvé qu'elle était aux Champs-Élysées avec sa bonne. Un camion passa avec des caisses qui menaçaient de tomber ; le cocher arrêta alors sa voiture, descendit de son siège et s'efforça de la remettre en équilibre. Elle s'approcha avec curiosité. Le cocher l'attrapa aussitôt, la mit sur son camion et lui posa une caisse sur la gorge en lui expliquant que c'était pour la faire tenir en équilibre. Elle crie, on la réveille (21 février 1900).

Quelques heures après elle suffoquait déjà et une angine se déclara, reconnue par le médecin dès son arrivée.

OBS. III. — Jeune fille de quinze ans et demi, assez nerveuse, rêvant beaucoup et se souvenant très bien de ses rêves, qu'elle avait l'habitude de raconter à sa mère. Elle rêve une nuit qu'elle est demandée en mariage par un jeune homme qu'elle déteste; elle refuse naturellement; mais ce dernier, pour la forcer à accepter, la renverse à terre et, lui mettant un genou sur la gorge, lui enfonce des ordures dans la bouche pour l'empêcher de crier.

Quatre jours après une angine se déclare que le médecin reconnaît être une angine à fausses membranes qui dura très longtemps (12 décembre 1900).

OBS. IV. — Dame de quarante et un ans (15 novembre 1900), femme sans instruction, assez superstitieuse. Elle vient raconter un matin un « drôle de rêve ». Elle a rêvé la nuit qu'une de ses voisines vint la voir, ayant autour du cou un serpent qui, aussitôt, saute sur elle, lui entre par la bouche et cherche à sortir par l'oreille. Elle pense à sa petite fille qu'elle aime beaucoup et qui se trouve à côté d'elle ; elle craignit que le serpent, une fois sorti, n'allât la piquer. Elle le retint alors en comprimant son oreille. Mais

(1) N. VASCHIDE and H. PIÉRON. Prophetic Dreams in Greek and Roman antiquity, *The Monist*, January 1901, XI, n° 1, p. 161-195. — N. VASCHIDE et H. PIÉRON. Le rêve prophétique chez les sauvages, communic. à la Soc. d'anthropol., 7 mars 1901.— N. VASCHIDE et H. PIÉRON. La valeur séméiologique du rêve, *Revue scientif.*, 30 mars et 6 avril 1901. — N. VASCHIDE et P. MEUNIER. Projection du rêve et de l'hallucination dans l'état de veille, *Revue de psychiat.*, 1901, IV, n° 2, p. 38-50.

(2) Une communication a été faite de ce travail à la Société d'anthropol. de Paris, séance du 18 avril 1901.

le serpent la mordit, elle souffrit beaucoup et entendit aussi les sifflements de colère de l'animal.

Au réveil, très frappée par ce rêve, elle regarda son oreille et s'aperçut qu'elle l'avait écorchée dans cette lutte. Elle n'était pas très éloignée d'attribuer à ce rêve une valeur symbolique au point de vue de l'avenir. Trois jours après, comme elle n'y pensait déjà plus, elle eut un écoulement purulent dans l'oreille, et, ce qui lui rappela son rêve, elle entendit des sifflements identiques à ceux qu'elle attribuait au serpent.

Obs. V. — Dame âgée de quarante-deux ans (2 septembre 1896), bien portante, habituée dans une certaine mesure à s'analyser elle-même. Son attention était toujours portée du côté de ses rêves et elle avait la bonne habitude d'en écrire un certain nombre, dans un but purement littéraire, à ce qu'elle disait. Un matin elle nous raconte que durant la nuit précédente elle a eu un rêve que nous pouvons ainsi résumer : « J'étais toute nue dans un bain turc, bien qu'un thermomètre placé à côté me montrât qu'il devait faire une température considérable, j'avais froid et je grelottais beaucoup. Je voulais monter les quelques marches qui me séparaient du haut de l'estrade, mais le froid que je sentais en moi-même me figeait sur place. J'ai eu froid toute la nuit et je me suis réveillée plusieurs fois trempée de sueur et, bien qu'ayant une couverture assez épaisse, j'avais réellement froid. »

Ce rêve a été écrit par cette dame dans les « Mille et une nuits », comme elle disait ; mais elle n'a pas voulu le lire, à cause de certains détails trop intimes, qui, disait-elle, accompagnèrent le rêve.

Le lendemain le médecin appelé constata une fièvre assez intense, 39°2. Cette fièvre la tint au lit pendant quinze jours, sans que ce rêve se soit renouvelé dans les nuits suivantes.

Obs. VI. — Dame âgée de trente-trois ans (14 avril 1897), d'instruction moyenne et n'ayant aucunement le loisir et l'habitude de s'analyser elle-même. Selon les habitudes du milieu, au déjeuner du matin, parlant à sa famille d'un enfant qui avait été malade la nuit, elle raconta que, chose bizarre, elle qui se vantait de n'avoir jamais rêvé, elle se vit en rêve toute trempée de sueur et cherchant dans la maison, sans le trouver, un verre d'eau fraîche pour apaiser une soif qui la torturait. La maison lui paraissait un labyrinthe où elle ne pouvait trouver ni une porte ni un buffet.

Le lendemain elle se leva fatiguée comme après une course de plusieurs lieues et garda une soif qu'elle ne put apaiser de la journée. Quinze heures après, elle se plaignait d'avoir froid, et le médecin, appelé seulement le lendemain, constata une fièvre typhoïde au début et qui dura deux mois.

Obs. VII. — Jeune homme âgé de dix-huit ans raconta le rêve suivant à sa famille le lendemain de la nuit où il est bien portant (11 juin 1897) : « J'ai rêvé qu'on m'avait conduit à la foire et après m'être amusé toute la journée, un forain m'habilla de force en hercule, m'amena dans une baraque et me força à soulever des poids en public. Il me mettait des poids sur la poitrine, pendant que je criais, que je me débattais et que je le suppliais de me laisser rentrer à la maison. Mais lui, faisant la sourde oreille, ajoutait toujours de nouveaux poids. Alors je me suis évanoui et je me suis réveillé en criant. »

Une tante, couchant dans la même chambre que lui, affirma qu'un peu après minuit, elle l'entendit pousser un cri.

Deux jours après, il commença à se plaindre de maux de gorge accompagnés de fièvre, et le médecin constata une bronchite aiguë, qui le tint au lit plusieurs jours.

Obs. VIII. — Vieillard âgé de soixante-cinq ans. Intelligence assez vive ; depuis sa jeunesse il se plaisait à des analyses très compliquées de ses états d'âme. Le rêve l'avait toujours préoccupé par sa genèse et sa valeur et surtout à la suite d'une lecture d'Hippocrate qu'il connut vite à fond. Il avait dans sa bibliothèque plusieurs clefs des songes, auxquelles il recourait toujours pour reconnaître que c'était une « bêtise sans portée ». Il affirmait néanmoins que dans sa vie il avait pu constater des coïncidences miraculeuses entre les rêves et les phénomènes consécutifs, pour ce qui concernait sa pensée. Le 3 août 1895, il se réveilla avec un état d'angoisse assez particulier et nous raconta, trois heures après, le rêve suivant : « J'ai rêvé de quelque chose de bizarre dont je ne me rappelle que quelques détails. Il me semble que j'avais rêvé toute une vie, mais les choses passaient si vite dans ma pensée, que je n'ai pu rien retenir. Il m'a semblé que des personnes bizarres faisaient de ma poitrine comme un soufflet et me forçaient à arrêter ou activer ma respiration suivant leur caprice. Ensuite d'autres personnes, dont je ne garde qu'un souvenir très vague, me mettaient du sable dans la bouche, me fermaient les yeux et me donnaient des coups de marteau dans la tête. » Toute la journée il fut fort inquiet de ce rêve. Il faut ajouter qu'il était depuis quelques jours dans un état d'anxiété provoqué par des émotions, que nous avons intimement connues. Dans la journée même, douze heures après le réveil, il eut une syncope qui dura plusieurs minutes et l'obligea à garder le lit pendant plusieurs jours à la suite des troubles circulatoires et respiratoires qu'elle provoqua.

Obs. IX. — Dame âgée de vingt-six ans, femme du peuple ; elle nous raconta, dix heures après son réveil (12 mars 1896), qu'elle avait rêvé d'un monstre qui s'était glissé dans son estomac et qui avec une vrille perforait ses intestins ; il laissa dans son estomac des matières putrides.

C'est tout ce qu'elle put retenir d'un rêve plus long.

Toute la journée elle se plaignit de sentir comme du plomb dans son ventre. Il y avait probablement là une influence suggestive. L'intérêt de cette observation réside en ce que, à partir du lendemain, elle ne put aller à la selle et que malgré une dose très forte d'huile de ricin elle ne put y aller qu'après quarante-huit heures. Elle fut enfin fortement constipée pendant huit jours et pour la première fois selon ses dires.

Obs. X. — Garçonnet, âgé de dix ans, se réveille dans la nuit (13 novembre 1898) tout étonné d'un rêve qu'il raconte à peu près ainsi : Il lui a semblé qu'un géant lui avait serré la main et le cou avec un cordage de navire et qu'il tirait tellement fort que sa langue lui était sortie de la bouche et que ses yeux étaient devenus comme des yeux de grenouille. Il ne sut pas bien comment il avait échappé. Il avait couru sur des bateaux, traversé des forêts, gardant quand même son cou serré, le géant ayant fait un nœud inextricable. Dans la journée il fut tellement influencé par le rêve qu'en le racontant à sa famille, il mettait constamment ses mains à son cou sans le vouloir.

Le lendemain le croup se déclarait et le diagnostic fut ratifié par le médecin.

Obs. XI. — Garçon de douze ans (28 décembre 1898). Raconte à sa mère devant nous que, la nuit, il a rêvé d'un « drôle de monsieur », qui avec des ciseaux en carton lui avait coupé morceau par morceau l'index de la main droite et qu'une autre bonne femme habillée en Espagnole a frotté ses oreilles avec des orties. Dans la journée la mère remarqua que les oreilles de l'enfant et l'annulaire de la main droite (et non l'index) étaient le lieu de troubles circulatoires que le médecin déclara être de la congélation, le

garçon étant alors en vacances s'était amusé dehors pendant un froid de — 18 degrés à se battre, avec des boules de neige, pendant plusieurs jours de suite.

Obs. XII. — Vieille dame âgée de soixante-dix ans, d'habitudes casanières, qui s'était toujours bien portée et qui jamais n'avait remarqué de troubles digestifs; elle rêvait rarement, paraît-il. Elle raconta le rêve suivant, que nous reconstituons d'après les données incomplètes de ses phrases (18 août 1897).

Elle digérait des clous de fer et par sa bouche entr'ouverte des inconnus lui versaient du bitume tellement chaud qu'elle sentait son corps brûler. Dans son ventre elle avait plus de 100 kilogs de poids.

Des rêves analogues se reproduisirent plusieurs jours de suite; elle y remarquait toujours la sensation de poids et des matières difficiles à digérer. En même temps son appétit diminuait et le médecin huit jours après diagnostiqua des troubles dyspeptiques graves; elle fut malade plusieurs mois.

Obs. XIII. — Homme de trente ans, avait été atteint de blennorragie; il rêva une nuit que ses testicules contenaient comme du plomb et que des coups de lancette et des aiguilles rougies au feu les traversaient à intervalles à peu près réguliers. Le lendemain le médecin constata une orchite (11 mai 1898).

III

Les faits que nous avons exposés se rapportent surtout à des états inflammatoires et infectieux touchant principalement la respiration et la circulation. Ce sont là les principaux domaines en dehors des maladies nerveuses et mentales, où l'on puisse tirer du rêve des indications séméiologiques.

Le nombre de nos observations est assez faible, mais le champ de nos investigations fut assez limité. Cependant dans cette mesure même, nous avons vu apparaître des maladies qui ne parurent précédées d'aucun rêve caractéristique, du moins que le sujet se soit rappelé et qu'il ait jugé digne de le noter, ce qui semble le cas pour les rêves de cette nature. D'autre part, il nous est arrivé de constater que les rêves, ayant des caractères véritables de rêves séméiologiques, ne précédèrent aucun trouble morbide appréciable.

Il est d'ailleurs possible qu'il y ait eu un avortement de ces troubles et aussi nous n'avons pas remarqué si le rêve ne répondait pas, non point à un état antérieur, mais à un état de trouble actuel plus ou moins léger de l'organisme.

Il est très possible en effet qu'il n'y ait pas proportionnalité véritable entre la gravité des troubles morbides et l'acuité des symptômes du rêve.

En tout cas nous pouvons constater que si la trame du rêve en quelque sorte est purement individuelle et n'a pas de valeur en soi, on retrouve à peu près les symptômes véritables et principaux, du moins au point de vue de l'appréciation du sujet dans l'interprétation même du rêve, tels que l'étouffement (Obs. II, VII), l'étranglement (Obs. V), la constriction (Obs. I), les ordures dans l'infection (Obs. III-IX, etc.); il y a donc eu là de véritables symptômes anticipés permettant de prévoir la maladie elle-même, du moins la partie de l'organisme qui souffrirait et approximativement la manière dont il serait atteint.

Nous ne parlons bien entendu que dans la limite de notre petit nombre d'exemples qui ne nous permet pas encore de tirer des conclusions très générales et nous nous contentons cette fois-ci de poser ou plutôt de préciser un problème sans toutefois avoir la prétention de l'expliquer. Les psychologues et les médecins ont commencé heureusement depuis quelque temps à faire plus d'attention au subconscient mental et à sa trame délicate et si complexe. Nos quelques observations ne doivent être prises que comme des contributions à l'étude des révélations des modifications pathologiques de ce subconscient, dont la valeur séméiologique nous paraît d'une importance capitale.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(21 mai 1901)

M. Besnier, qu'on entend trop rarement à l'Académie et qu'on écoute toujours avec une respectueuse attention, a lu un rapport important sur la question suivante : on croit généralement que la lèpre est extrêmement rare en France, il n'en est rien, ce qui a donné l'idée à dom Sauton, bénédictin et docteur en médecine, de proposer l'installation d'un sanatorium privé pour lépreux, dans la commune de Ronceau près Neufchâteau.

On sait la terreur qu'inspire encore de nos jours le lépreux au point de vue de la contagion. Aussi la commune de Ronceau, le conseil municipal, le maire, le préfet du département, poussés par la population tout entière de ce pays, ont-ils élevé protestation sur protestation, si bien que le ministre de l'Intérieur, lui-même, a été saisi et qu'il a posé à l'Académie de médecine ces deux questions :

1° Y a-t il utilité à instituer en France une léproserie?

2° Cette léproserie, si elle était instituée, constituerait-elle un danger de contamination pour les populations environnantes?

Le travail de M. Besnier, dont les moindres termes ont été débattus au sein d'une commission spéciale, est mieux qu'une simple réponse à la question posée. C'est, en réalité, un exposé complet et consciencieux de l'état actuel de nos connaissances sur la lèpre, sur sa contagion et les mesures qui s'imposent pour empêcher sa propagation. Contrairement à ce que l'on croit communément, la France n'est pas indemne de cette redoutable maladie. Un exemple entre tous suffira à le prouver.

Dans le seul service de M. Hallopeau, à Saint-Louis, il y a actuellement 14 lépreux en traitement, alors qu'il y a une trentaine d'années encore, on eût peut-être été bien embarrassé pour faire voir dans nos hôpitaux un cas authentique de cette maladie aux étudiants en médecine. La lèpre, sans toutefois être devenue un péril, est incontestablement en augmentation en France. Indépendamment du petit foyer qui existe en Bretagne, il en est un autre sur la frontière des Alpes, et la fréquence de ce mal, qu'on pouvait croire éteint chez nous, ne peut s'expliquer que par l'importation.

En ce qui concerne la question des sanatoriums, le rapporteur, se fondant sur l'exemple de pays analogues au nôtre, où, comme dans la province de Memel, en Prusse, la création d'une léproserie a donné d'excellents résultats, estime que leur utilité ne saurait être contestée; mais il demande que ces asiles soient l'objet d'une surveillance rigoureuse, impossible dans l'état actuel de notre législation, et voudrait qu'il fût bien spécifié que ces sanatoriums fussent réservés au traitement de nos seuls nationaux. Ce n'est en effet que par un isolement sévère, par une protection efficace contre toute nouvelle source d'importation et, partant, de contagion pos-

sible, qu'on arrivera à l'extinction de la lèpre en France. Voici d'ailleurs ses conclusions, dont la discussion, vu l'importance du sujet, a été renvoyée à une prochaine séance :

« 1° Dans la mesure, dans les conditions et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, placé le plus près possible d'une région où il y a encore des lépreux, un sanatorium privé pour lépreux peut avoir une réelle utilité;

2° Dans la mesure et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, convenablement situé et isolé, solidement réglementé dans sa constitution par l'autorité sanitaire et soumis par elle à une surveillance intérieure et extérieure permanente et effective, un sanatorium privé pour lépreux paraît, dans l'état actuel, ne devoir être l'origine d'aucun inconvénient pour la santé publique;

3° L'état actuel de notre législation ne rendant pas cette surveillance possible, une commission nommée par l'Académie étudiera les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à cet égard. »

Un rapport de M. Chatin sur un travail de M. Bureau, relatif à l **étude des plantes qui servent à l'empoisonnement des flèches**, a amené à la tribune M. Laborde, qui a présenté des flèches empoisonnées et a rappelé un certain nombre de recherches faites dans son laboratoire et qui s'y poursuivent encore. Elles ont trait à l'action physiologique des poisons des flèches des régions particulièrement visées dans le travail de M. Bureau. « Ces recherches, dit-il, n'ont pas seulement un intérêt scientifique, mais encore une véritable utilité pratique, humanitaire et, pourrait-on dire, nationale, car nos soldats coloniaux sont exposés parfois à éprouver les effets terribles, souvent même mortels, de ces flèches empoisonnées. » Parmi ces poisons, les uns sont mixtes, c'est-à-dire à la fois végétaux et animaux; les autres exclusivement végétaux.

Leur action physiologique s'exerce en général d'une façon prédominante sur les fonctions encéphalo-bulbaires; avec des phénomènes convulsifs, on voit survenir des troubles cardio-pulmonaires, et conséquemment, comme mécanisme de la mort, un processus asphyxique qui indique l'intervention des meilleurs procédés de respiration artificielle.

A propos des strychnées, dont M. Bureau s'est particulièrement occupé, M. Laborde rappelle le strychnos toxifera, dont il a retiré, avec M. Duquesnel, un extrait qui a tous les caractères du curare, et qui exerce à la fois son action préventive et curative dans le tétanos strychnique.

M. Robin, en son nom et au nom de M. Gautier, fait un rapport sur un travail de M. Gaube (du Gers), relatif à la **reminéralisation appliquée au traitement des rhumatisants chroniques** : « En résumé, dit en terminant M. Robin, il est pour nous manifeste que M. Gaube a fait à la pathologie et à la thérapeutique une application savante et utile de cette science nouvelle, la minéralogie biologique. »

M. Hervieux a fait un court rapport sur une **épidémie de horse-pox** observée par M. Moreau (de Lusignan). Le diagnostic n'a pas été fait au début chez le premier malade observé. L'éruption, limitée à la face dorsale des mains et des doigts, se présentait avec tous les caractères de la vaccine.

M. Moreau apprit alors qu'une jument, appartenant à son malade et récemment saillie, avait présenté à la vulve des boutons pareils à ceux que présentait le malade. Le fils, ayant remplacé le père dans les soins à donner à la jument, présenta sur les mains la même éruption.

Huit autres personnes du village avaient contracté des éruptions semblables en soignant des juments saillies au même haras, où avait régné une épidémie de horse-pox; ces juments avaient présenté des pustules à la vulve, à la partie inférieure des membres, à la face, et sur la peau.

Sur 200 juments, 170 furent atteintes; pas de mortalité. Lavage au lysol des entraves, des organes génitaux des animaux et des mains des palefreniers, tel fut le traitement.

Vingt-deux hommes ont été contagionnés; ils n'ont présenté d'autres complications que des adénites épitrochléennes ou axillaires. L'éruption débutait au quatrième jour, et atteignait son complet développement du huitième au dixième jour.

M. Moreau insiste sur l'intérêt que les revaccinations présentent pour les hommes de la campagne, ne serait-ce que pour leur éviter le chômage par suite d'accidents semblables à ceux observés par lui.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Cocaïnisation lombaire, absence d'analgésie, intoxication prolongée. — MM. G. Carrière et J. Vanverts rapportent une observation qui, sans diminuer la valeur de la rachicocaïnisation, n'en est pas moins intéressante au moment où la question est en discussion devant la Société de chirurgie.

Appelés auprès d'un malade porteur d'un abcès froid au cou-de-pied, les auteurs, en vue de l'incision et du curetage, procédèrent à la rachicocaïnisation, le malade ayant mal supporté le chloroforme dans une précédente intervention.

« Pour obtenir l'anesthésie, on fit une injection intra-rachidienne de 1 centimètre cube d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100, stérilisée par le chauffage discontinu à 60 degrés, pendant trois jours. L'écoulement de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien par l'aiguille nous avait préalablement assuré que nous étions bien sous l'arachnoïde.

Au bout de quatre minutes apparaissent de violents efforts de vomissements qui se calment par l'ingestion du grog. Au bout de sept minutes, nous nous mettons en devoir d'inciser l'abcès; mais la sensibilité persiste complète ou à peu près complète. Il en est de même au bout de quinze minutes et l'opération doit être exécutée sans anesthésie. Elle put heureusement être menée rapidement, car il n'y avait pas de lésion osseuse.

Dans la journée, le malade souffre de la tête, mais mange de bon appétit un œuf vers midi et un œuf le soir. Dans la nuit suivante (nuit du 20 au 21 janvier) vers deux heures, les vomissements réapparaissent avec une céphalalgie intense.

Les mêmes phénomènes persistent les 22, 23 et 24 janvier. Aucun aliment n'est conservé. Dès que le malade met le pied à terre, il éprouve une sensation de vertige très prononcée. Le 24 janvier, la température vespérale est de 38°5.

Les jours suivants, jusqu'au 29 janvier, les vomissements et la céphalalgie sont peu marqués le matin et tant que le malade reste au lit; mais ils se reproduisent dès qu'il se lève.

Enfin, le 29 janvier, tous les troubles disparaissent complètement. Le malade jouit actuellement d'une excellente santé.

Ajoutons comme renseignements complémentaires :

1° Qu'au cours de l'opération et des pansements ultérieurs nous ne nous sommes servis comme antiseptique que d'eau oxygénée ; 2° que la cicatrisation de la plaie se fit rapidement sans aucun phénomène de suppuration ; 3° que

la solution de cocaïne avait été rigoureusement titrée avant l'opération ; qu'elle n'était pas altérée après l'opération et qu'elle permit d'obtenir chez un autre malade, après injection sous-cutanée, une anesthésie, sans accidents d'intoxication. »

Les auteurs font suivre cette observation de peu de commentaires. Ils constatent seulement que, chez leur malade, le chloroforme fut suivi de trois jours de malaises ; après la cocaïnisation, il y eut dix jours de céphalée et de vomissements.

Même en admettant une sensibilité particulière aux anesthésiques, on peut en conclure avec MM. Carrière et Vanverts que, dans ce cas, l'avantage reste sans conteste à la chloroformisation, qui eut en outre la supériorité de déterminer l'anesthésie. (*Echo méd. du Nord*, 19 mai 1901.) F. R.

PHYSIOLOGIE

Influence des aliments gras sur le travail des glandes gastriques. — M. A. Virschoubsky a constaté que les différents aliments gras agissent d'une manière très diverse sur la digestion, selon qu'il s'agit d'un aliment gras albuminoïde ou bien hydrocarboné.

Dans le premier cas, la sécrétion gastrique est d'abord diminuée, puis accélérée ; l'accélération survient d'autant plus vite que l'aliment est plus pauvre en graisse et qu'il passe plus rapidement dans le duodénum. Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'aliments gras albuminoïdes liquides, comme par exemple le lait, les jaunes d'œufs, la période d'accélération de la sécrétion gastrique surviendra plus vite que lorsqu'il s'agit de viande.

Dans l'alimentation grasse hydrocarbonée, la sécrétion gastrique est toujours très faible. Un blanc d'œuf cru provoque une sécrétion gastrique cinq fois moins intense que ne le fait la viande.

Dans l'hyperacidité, le régime le meilleur est constitué par les hydrates de carbone et les graisses. (Th. de Saint-Pétersbourg.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel de la paralysie générale. — M. Albert Robin pense que l'iodure de potassium ne doit pas être donnée au début de la paralysie générale et que le traitement rationnel doit se composer de trois médications.

1° *La médication arsenicale*, comme modératrice du système nerveux et de la nutrition en général ; elle paraît en effet indiquée dans une maladie où l'élément nerveux est en état de méiopragie évidente ; on peut ordonner deux cuillerées à soupe par jour de la solution suivante :

Arséniate de soude	0gr05
Eau distillée	300 grammes.

F. S. A. Solution.

2° *Les laxatifs*, surtout ceux qui congestionnent la partie inférieure de l'intestin, et font ainsi une dérivation utile. Ce sont les drastiques qui répondent le mieux à ce désidératum.

Voici une formule qu'il emploie fréquemment :

Aloès		2 grammes.
Résine de jalap	} *ââ*	1 gramme.
Résine de scammonée		
Turbith végétal		
Extrait de belladone	} *ââ*	0g15
Extrait de jusquiame		
Savon amygdalin		9 s.

3° *La révulsion cutanée* combinée avec la dérivation ; ainsi les pointes de feu sur la nuque, le vésicatoire à distance, au bras par exemple, à condition d'y ajouter un pois qui entretienne une certaine suppuration, enfin le séton trop abandonné aujourd'hui.

M. A. Robin conduit cette médication de la façon suivante :

Pendant vingt jours par mois il donne de l'arséniate de soude ; puis il laisse un repos de dix jours. Tous les jours une ou deux pilules laxatives doivent être administrées, enfin on mettra un séton à la nuque.

Si on ne réussit pas, on aura au moins, dit M. Robin, fait une thérapeutique rationnelle, exempte de danger, et qui compte quelques succès relatifs à son actif. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 avril 1901.) F. R.

Emploi de l'héroïne dans les affections cardio-vasculaires. — MM. Pavinsky et Adelt ont contrôlé l'action favorable de ce médicament sur 50 malades. Ce médicament calmant a surtout l'avantage important de pouvoir être administré à des cardiaques artério-scléreux ou néphrétiques car il ne modifie pas l'état de la pression sanguine.

Chez les hystériques et les neurasthéniques il agit favorablement sur l'innervation cardiaque et fait disparaître les irrégularités du pouls ou sa fréquence.

Il reste sans action sur les fonctions digestives et rénales ; la respiration devient sous son influence moins fréquente et plus profonde.

Dans les cardiopathies l'héroïne a surtout donné de bons résultats dans l'insuffisance aortique ; dans les lésions mitrales tricuspides ou de l'artère pulmonaire elle est moins efficace.

Dans l'artériosclérose, l'asthme cardiaque, la myocardite, la névrose cardiaque, l'héroïne agit bien, tandis que dans l'angine de poitrine elle est sans effet.

On a également noté des résultats satisfaisants dans quelques cas de goitre exophtalmique ; dans diverses affections des voies respiratoires, elle calme la toux et les douleurs thoraciques, mais n'agit pas sur les sueurs des phtisiques. Dans les gastropathies, elle agit très favorablement sur les troubles dus à l'hyperesthésie gastrique. (*Gazeta lekerska*, 9 déc. 1900.) S. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses (1), par A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout le monde est d'accord sur les services que la radiographie rend actuellement aux sciences médicales. Et cependant, combien de médecins savent actuellement tout ce qu'ils sont en droit de demander aux rayons de Röntgen ? De récentes discussions à l'Académie et à la Société de chirurgie n'ont elles pas montré combien il fallait se tenir en garde contre les erreurs d'interprétation des radiographies ?

Il faut donc savoir gré à ceux qui, apôtres de la première heure, comme M. Béclère, nous font part de leur expérience pour nous apprendre à mieux tirer parti de la merveilleuse découverte de Röntgen.

Dans le livre qu'il nous présente aujourd'hui, M. Béclère étudie l'examen thoracique dans les affections non tuberculeuses, complétant ainsi l'œuvre commencée il y a quelque temps par son étude sur les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose.

Les nouveaux procédés d'étude sont successivement passés en revue. C'est ainsi que la radiographie simple se trouve aujourd'hui complétée par la cinémato-radiographie, et la radiographie stéréoscopique. Grâce à ces procédés, le médecin peut aujourd'hui saisir tous les détails de la cavité thoracique, il peut arriver ainsi à compléter les renseignements fournis par l'examen clinique.

Le livre de M. Béclère est écrit avec clarté, avec le souci évident de rester pratique sans se perdre dans un histo-

(1) In-16, 96 p., 10 fig., cart. (Actualités méd.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

rique déjà chargé. Il sera un compagnon utile pour ceux de nos confrères qui se livrent à la radiographie, et sera lu avec intérêt par tous. F. R.

Diagnostic des maladies de l'encéphale (1), par le professeur GRASSET.

Ce volume est le dernier d'une trilogie qui, avec les volumes déjà parus, l'*Anatomie clinique des centres nerveux* et le *Diagnostic des maladies de la moelle*, comprend la physiologie normale et pathologique de l'axe cérébro-spinal et donne au praticien les éléments d'un diagnostic aussi bien de cause et de nature que de siège des lésions. L'auteur décrit sous forme de syndromes les différentes fonctions du cerveau, ainsi fonction sensitivo-motrice, fonction visuelle sensorio-motrice, fonction de l'orientation, fonction de la parole, etc. A dessein très courts, mais non cependant sans idées originales, sont certains chapitres, soit parce qu'ils sont bien connus, telle la fonction sensitivo-motrice, soit parce que nos connaissances sont encore très hypothétiques, telle la fonction intellectuelle. Mais nous signalerons tout particulièrement le chapitre sur le syndrome de l'appareil moteur de la vision, car on y trouve exposée la pathogénie des paralysies associées des globes oculaires sur laquelle est attirée à nouveau l'attention; le chapitre du syndrome de l'appareil d'orientation, car on y trouve finement analysés le sens des attitudes et le sens de l'orientation subjective et objective, clairement exposées les voies si embrouillées de ce sens de l'orientation; le chapitre des aphasies, car il nous a résumé toutes les nouvelles conceptions de l'aphasie et nous montre les relations de l'aphasie et de l'amnésie. D'ailleurs, chacune des parties de l'ouvrage est une mise au point exacte et précise avec l'aide de nos connaissances les plus récentes sur la physiologie cérébrale, enrichie au surplus des nombreuses idées personnelles de l'auteur. Mais vraiment, nous ne saurions trop signaler la précision et la clarté du style, qui permettront au praticien de résoudre sans la moindre hésitation les problèmes si complexe des localisations et des associations cérébrales.

R. CESTAN.

Atlas des maladies du nez, des sinus et du pharynx (2), par M. P. H. GERBER.

Le docteur P. H. Gerber, privat docent à Königsberg, publie un très bel atlas sur les maladies du nez. Les deux premières livraisons de cet important ouvrage, dédié au docteur B. Fränkel, viennent de paraître : la première est consacrée à l'anatomie normale du nez (1 planche), aux éperons et déviations de la cloison, aux synéchies, etc. (5 planches); la seconde à la rhinite atrophique et hypertrophique et aux végétations adénoïdes (5 planches).

Les planches comprennent chacune une dizaine de figures; ce sont des chromo-lithographies. P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement du professeur Potain.

Au premier tour de scrutin, votants 65, majorité 33, M. Laveran obtient 13 voix, MM. Charrin 12, Ch. Richet 12, Lancereaux 8, Hayem 7, Cornil 6, Jaccoud 6, et Fournier 1.

Au deuxième tour de scrutin, les voix se sont ainsi réparties (votants 66, majorité 34) : MM. Laveran 22, Ch. Richet 17, Charrin 13, Lancereaux 8, Jaccoud 5 et Hayem 1.

Au troisième tour de scrutin, votants 66, majorité 34, M. Laveran a été élu par 40 voix contre 26 données à M. Ch. Richet.

Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Charrin et Jaccoud; en deuxième ligne, MM. Cornil, Fournier, Lancereaux, Laveran et Ch. Richet.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinicat.* — Un concours pour les emplois vacants s'ouvrira le lundi 1er juillet 1901 :

Médecine : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Chirurgie : Un chef de clinique titulaire et trois chefs de clinique adjoints.

Maladies cutanées et syphilitiques : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Maladies nerveuses : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Obstétrique : Deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints.

Chirurgie infantile : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Gynécologie : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 22 juin 1901.

Prosectorat. — Le jury est composé de MM. Farabeuf, Richet, Guyon, Tillaux, Le Dentu; MM. Delbet et Lejars, suppléants.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le 7 octobre 1901.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourat, médecin principal de la marine à Toulon; de Laret-Lanialignie (d'Audeuge); Marcenac (de Saint-Vincent, Lot).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic médical, publié sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD, 2 vol. in-8° avec fig. — Prix : 43 francs. — Paris, Rueff.

Thérapeutique des maladies de la peau, de LEISTIKOW, trad. par M. DARIER. In-8° br. — Prix : 10 francs. — Paris, Rueff.

La navigation mise à la portée de tous. Manuel pratique de navigation estimée et observée, par MM. J.-B. CHARCOT et J. CLERC-RAMPAL, 1 vol. in-8° avec fig. cart. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff.

Manuel de thérapeutique clinique (collection Lemoine). Accouchements et maladies des femmes en couches, par M. le docteur GAULARD (de Lille) et M. Bué. Un vol. in-8° écu. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite, par le docteur Ch. TALAMON. Un vol. in-12 br. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Royat : Indications thérapeutiques méthodiquement classées, par le docteur A. BOUCHINET, médecin consultant. Un vol. in-18 jésus, cart. toile. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Comment on défend sa gorge, la lutte contre les angines, par le docteur FAIVRE, professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers, médecin spécialiste consultant à Luchon. Une br. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) In-16, 96 p., 6 fig., cart. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) *Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes*, von Privatdocent Dr. P. H. Gerber, in Königsberg. In-4°, Berlin 1901, Karger. — L'atlas doit comprendre 6 ou 7 livraisons.

N° 60. — SAMEDI 25 MAI 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 25 MAI 1901. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La diazo-réaction d'Ehrlich (*4 tracés*), par MM. M. LŒPER et R. OPPENHEIM, internes des hôpitaux de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

REVUE GÉNÉRALE

La diazo-réaction d'Ehrlich.

Par MM. M. LOEPER et R. OPPENHEIM,
Internes des hôpitaux *.

I

C'est en 1882 qu'Ehrlich (1) eut l'idée d'appliquer à la clinique la propriété bien connue des substances diazoïques de s'unir aux corps de la série aromatique pour donner naissance à des substances azoïques colorées.

Cette affinité des substances diazoïques pour les mono, di et polyphénols avait été bien mise en lumière par Brieger et Baumann, puis étaient venus en 1860 les travaux de Meyer au sujet de l'action de l'acide nitrique sur une solution de métadiamines et d'anilines tertiaires, enfin ceux très importants de Peter Griess sur la transformation d'un corps amido-benzénique, l'acide *sulfanilique*, en une substance diazoïque, le *sulfodiazobenzol*, au contact de cet acide nitrique naissant.

Mis en présence d'un des corps aromatiques, le sulfodiazobenzol donne naissance à une substance colorée ou à un chromogène qui vire sous l'influence des alcalis.

Telle est, en quelques lignes, et sans entrer dans les détails par trop techniques, la base de la découverte d'Ehrlich.

Dans un premier travail Ehrlich utilisait une solution composée d'acide sulfanilique, d'acide nitrique et de nitrite de soude; il insista deux années plus tard sur la nécessité d'employer une quantité toujours égale de ce nitrite pour que la teneur du réactif en sulfodiazobenzol soit constante, Sans cette précaution, en effet, les résultats ne sont pas comparables; mais ce n'est qu'après les travaux contradictoires de Penzoldt (2) et de Petri (3) qu'il engagea les différents expérimentateurs à ne pas dépasser une proportion fixée, 1 centigramme de nitrite par litre de réactif.

Le sulfodiazobenzol, comme d'ailleurs la plupart des composés diazoïques, est très instable; aussi Ehrlich donna-t-il la formule de deux solutions séparées A et B, l'une composée de l'acide sulfanilique, l'autre du nitrite de soude que l'on mélangeait en proportions données au moment même de l'expérience.

Ce n'est qu'en 1884, dans un quatrième mémoire, que l'on put enfin connaître la formule définitive de l'auteur où l'acide nitrique est remplacé par l'acide chorhydrique.

Solution A.

Eau distillée..................	1 000 grammes.
Acide chlorhydrique........	50 —
Acide sulfanilique............	5 —

Solution B.

Eau distillée................	100 grammes.
Nitrite de soude..............	0g50

On mélange 50 centimètres cubes de A et 1 centimètre cube de B et le réactif est constitué.

Dans cette formule, l'acide nitreux formé par l'action de l'acide chlorhydrique sur le nitrite de sodium transforme l'acide sulfanilique en sulfodiazobenzol.

Ce réactif mélangé à parties égales avec l'urine à examiner donne naissance à un chromogène que l'on transforme en substance colorée *rouge* par l'action d'un alcali.

Penzoldt employait indifféremment la potasse ou l'ammoniaque. Ehrlich préfère l'ammoniaque, qui donne une coloration négligeable avec le sulfodiazobenzol.

Voici comment on procède habituellement en clinique : on verse dans un tube gradué 10 centimètres cubes de A, on ajoute II gouttes de B, on agite et on mélange à parties égales l'urine, puis on verse enfin quelques gouttes d'ammoniaque liquide.

Avec toutes les urines, avec l'eau même, la coloration du mélange se modifie légèrement et l'on obtient une teinte jaune topaze très claire. Avec les urines à réaction positive, on fait apparaître une coloration rouge cerise caractéristique.

Ehrlich établit toute une gamme de colorations R^3, R^2, R^1, $R\mu$. Les trois premières sont rouge écarlate, rouge cerise, rouge vermillon, la dernière tire un peu sur l'orangé. Avec l'auteur on peut la négliger et la considérer comme douteuse.

Lorsqu'on verse lentement l'ammoniaque, on voit se former une zone colorée à la surface du liquide; par agitation la teinte se communique en s'atténuant à toute la solution, aussi est-on souvent obligé d'ajouter encore quelques gouttes d'ammoniaque pour obtenir la coloration rouge totale.

Si l'on vient à agiter fortement le tube d'urine, l'écume qui se forme à la surface prend, elle aussi, une coloration rouge rose ou saumon. Dans les urines normales l'écume est blanche ou légèrement jaunâtre. La plupart des auteurs, Rivier entre autres, attachent une grande importance à cette colora-

* Cette étude est à proprement parler un exposé de recherches personnelles précédé d'un historique complet, plutôt qu'une Revue générale au sens rigoureux du mot.

La plupart des examens ont été faits dans les services de nos maîtres MM. Letulle, Achard, Ménétrier et Launois.

tion de l'écume, qui peut être évidemment d'un appoint précieux dans les cas de réaction limite ou douteuse.

Il est fréquent de constater vingt-quatre heures après l'examen, le tube ayant été laissé au repos, un dépôt plus ou moins abondant, dont la coloration, d'après Escherich (4) et Mehlenfeldt (5), d'après Spiethoff (6) est verte dans les cas de réaction positive. Rivier (7), dans sa thèse, distingue quatre degrés :

D³. La coloration verte envahit tout le dépôt.

D². La coloration verte se limite au tiers supérieur du dépôt.

D¹. La coloration verte n'occupe qu'une couche mince à la surface du dépôt.

Dµ. Il n'y a que quelques traces de coloration verte à la surface du dépôt.

« La coloration violette, ajoute-t-il, serait due à des impuretés et principalement à ce que le dépôt, rouge dans les urines normales, se mêle à la substance verte et en altère la nuance. »

Ces distinctions nous paraissent bien subtiles. Le dépôt est le plus souvent vert dans les cas de réaction franche, la teinte verte, étant d'autant moins marquée que la réaction rouge dans les urines avait été moins évidente.

Peut-être, comme le fait justement remarquer Nissen (8), cette teinte verte du dépôt n'est-elle pas uniquement la conséquence de la quantité de substance azoïque contenue dans le mélange et faut-il faire entrer également en ligne de compte la quantité de sels dissous dans l'urine.

En tous cas il ne semble pas que l'on doive attacher au dépôt la même importance qu'à la coloration immédiate de l'urine et de l'écume.

Causes d'erreur. — Elles viennent du réactif ou de l'urine.

Le réactif dans lequel entre une trop grande quantité de nitrite de soude (Ehrlich) ou un acide sulfanilique impur (Rivier), donne naissance à des pseudo-colorations. Ce terme très vague, de pseudo-colorations, désigne une série de teintes, brunâtre, caramel, qui peuvent en imposer pour une réaction positive. Dans les cas douteux l'absence de coloration rouge ou rose de l'écume (Escherich) lèvera tous les doutes.

L'âge du réactif doit également entrer en ligne de compte et l'on ne saurait trop insister sur l'utilité d'avoir toujours une solution fraîche de nitrite de soude, qui s'altère rapidement, et de ne jamais préparer d'avance le mélange A et B.

Nous avons également noté l'influence, dans un certain nombre de cas, de l'ammoniaque du commerce, qui donne parfois naissance à des colorations orangées trompeuses.

Les causes d'erreur inhérentes à l'urine sont plus nombreuses.

Certains auteurs ont attiré l'attention sur l'acidité des urines, sur leur fermentation, toutes causes qui peuvent évidemment modifier la réaction en plus ou en moins.

La coloration plus ou moins foncée de l'urine paraît fort négligeable. Les urines claires donnent souvent une diazo-réaction typique alors que les urines foncées et très concentrées restent négatives.

Au dire d'Ehrlich la composition de l'urine est sans importance : les substances connues ou habituelles, l'urée, l'acide urique, la créatine, la créatinine, la taurine, l'acide glycocholique, l'acide oxalique, les acides gras liquides et leurs sels, le sucre, l'albumine ne donnent aucune coloration avec le réactif.

La tyrosine, l'acide phénique et l'éther sulfurique, l'acide éther sulfurique de Nietzki n'ont aucune tendance à s'unir aux corps diazoïques pour donner la diazo-réaction (Rivier). Il en serait de même d'après ce dernier auteur de l'acide indoxylsulfurique et scatoxysulfurique. Nous-mêmes, comme on le verra plus loin, avons recherché systématiquement la présence de l'indican dans des urines positives et n'avons trouvé aucun rapport entre les deux réactions.

Les pigments biliaires, la bilirubine même ne donnent avec le sulfodiazobenzol que des colorations très distinctes. D'après Ehrlich, l'acide hippurique ne modifie en rien la coloration normale de l'urine ; ce corps est d'ailleurs peu abondant chez l'homme, tout au plus devrait-on s'en préoccuper dans les expériences chez le cobaye et le lapin, dont les urines en sont très chargées, ou encore chez les malades ayant absorbé des quantités considérables de benzoate de soude dont le rein fait, comme on sait, la synthèse en acide hippurique (Bunge et Schmedeberg).

Il semble que l'on doive s'arrêter plus longtemps aux médicaments absorbés par voie digestive ou sous-cutanée et éliminés en plus ou moins grande quantité par le rein. Bien que le fait n'ait pas été indiqué par Ehrlich, il a retenu l'attention de Cnopf (9).

Pour cet auteur, aucune des substances employées chez les typhiques ou les tuberculeux, salol, naphtol, codéine, morphine, ne donnent de coloration comparable à la diazo-réaction. Cette opinion nous semble quelque peu absolue.

Nous avons recherché à plusieurs reprises la réaction d'Ehrlich chez un grand nombre d'individus sains auxquels nous avons fait absorber de la créosote, du gaïacol, de l'antipyrine. Nous avons obtenu dans les trois cas une coloration intense, rouge violet avec les deux premiers médicaments, rose avec le troisième. De même avec le benzonaphtol, fait signalé pour le naphtol par Luzzatti et Rivier, nous avons vu apparaître dans l'urine une teinte assez accentuée.

Aussi croyons-nous que ces différentes causes d'erreur doivent entrer en ligne de compte dans l'examen de l'urine des tuberculeux et typhiques, chez qui ces différents médicaments sont fort en usage.

II

L'un des points les plus intéressants, sans contredit, de la question de la diazo-réaction, est la recherche de sa nature vraie.

Sur ce point nous ne sommes malheureusement pas très avancés et les nombreux expérimentateurs, malgré de très consciencieuses recherches, n'ont encore pu découvrir la nature exacte de la substance mystérieuse qui lui donnait naissance.

Quoi qu'il en soit, nous allons exposer l'état actuel de nos connaissances à ce sujet.

Il nous semble que l'on peut, pour l'intelligence des faits, scinder la question. Nous étudierons d'abord la substance supposée, qui, dans l'urine, donne naissance à la diazo-réaction, puis le composé azoïque coloré qui résulte de son union avec le sulfodiazobenzol et enfin le dépôt.

I. La première tentative faite pour isoler la substance initiale a été celle de Brieger et Ehrlich (10). La méthode employée par les auteurs était la suivante : l'urine était traitée par l'acétate neutre de plomb, séparée du dépôt par filtration, le filtrat additionné d'acétate basique de plomb et le précipité ainsi obtenu lavé à l'eau et traité par un courant d'hydrogène sulfuré. Le liquide subsistant était porté au bain-marie et réduit au plus petit volume possible, puis mélangé à l'acide oxalique dilué dans l'alcool, refiltré, séparé de l'oxalate d'urée, remis au bain-marie et libéré des parties inorganiques qui se déposaient, puis chauffée enfin avec du carbonate de chaux.

Après avoir enlevé le carbonate en excès, il ne reste plus qu'un sel de chaux soluble dans l'alcool d'où il peut être précipité par l'éther. Ce sel de chaux peut être facilement transformé en sel de zinc, lequel donne la réaction de façon exquise.

Ces importantes recherches d'Ehrlich et Brieger devaient être suivies de nouveaux travaux plus décisifs, qui n'ont d'ailleurs point paru.

Clémens (11) est revenu récemment sur la question. Re-

prenant la technique d'Ehrlich, il ajoute que le corps qui produit la diazo-réaction est précipitable par l'acide tannique, mais qu'on ne peut obtenir la substance en question en ajoutant à nouveau au liquide de l'acide chlorhydrique. Il résume ainsi les différentes recherches négatives qu'il a entreprises après Brieger et Ehrlich, Escherich, Munson et Oertel (12), Luzzatti (13) et Oliva (14).

1° La substance qui produit la diazo-réaction est soluble dans l'alcool et dans l'eau, insoluble dans tous les autres milieux employés (éther, éther acitique, chloroforme, benzine xylol). Nous-mêmes avons, à plusieurs reprises, sur les conseils de M. Meillère essayé après dessiccation, de dissoudre le corps en question dans l'alcool amylique, le sulfure de carbone, les mélanges d'éther et de chloroforme et nous n'avons pu jamais obtenir de résultats.

2° Le corps supporte bien le chauffage en solution acide; en solution alcaline il est facilement modifié par la chaleur; à l'état sec, en résidu d'évaporation, il se conserve très longtemps; en diluant le dépôt après plusieurs mois, Clémens a pu obtenir la réaction avec la même intensité.

Nous avons repris cette étude de l'influence du chauffage sur l'urine supposée positive et nous n'avons pu détruire ce corps par l'action de la chaleur à 110 et 120 degrés.

3° On ne peut précipiter d'une solution acide le composé aromatique en question ni par le sucre de saturne, ni par le nitrate d'argent, ni par le chlorure de platine. Ces expériences faites par nous-mêmes à plusieurs reprises nous ont donné des résultats identiques à ceux de Clémens, par conséquent négatifs.

4° Enfin sous l'action du lait de chaux, de l'acétate de plomb, du nitrate acide de mercure, la plus grande partie du composé reste sur le filtre, le liquide filtré ne donne plus de façon aussi intense la diazo-réaction. Nous ajouterons un fait personnel : l'urine déféquée par le noir animal ne donne plus de réaction; la substance se fixe sur les particules de charbon avec une telle énergie que tous les liquides de lavage employés après dessiccation du charbon, eau, éther, alcool, chloroforme, ne l'ont point entraînée. Par sa fixation sur les particules de charbon animal, la substance se comporte donc comme les matières colorantes de l'urine.

Aussi, après Dolgoff (15), avons-nous essayé de déterminer les bandes d'absorption spectrales de l'urine concentrée contenant le corps en question. Nous n'avons rien obtenu de caractéristique; l'urine éteignait légèrement la partie droite du spectre et un peu la partie gauche comme la plupart des urines normales ou pathologiques.

Enfin nous avons pu vérifier l'action, mise en évidence par Rivier, du permanganate de potasse sur des urines de typhiques. Quelques gouttes suffisent pour empêcher la diazo-réaction de se produire, ce qui permet de ranger la substance aromatique supposée dans la classe des corps réducteurs.

II. La substance colorée produite par le mélange du sulfodiazobenzol du réactif et du corps contenu dans l'urine après addition d'ammoniaque a été également l'objet de recherches multiples. Pour Ehrlich, Clémens, cette substance colorante est précipitable par la lessive de soude, elle ne se dissout ni dans l'éther, le chloroforme, l'alcool amylique comme nous l'avons constaté, mais seulement et légèrement dans l'huile d'aniline. Clémens serait arrivé à isoler des formations cristallines en traitant successivement l'urine par l'acide acétique et en dissolvant la substance jaune rougeâtre ainsi obtenue dans un mélange d'éther et d'éther acétique, puis en ajoutant à nouveau de l'ammoniaque à l'abri de la lumière.

Nous pouvons ajouter à ces recherches quelques résultats personnels. Le chromogène formé par la combinaison du sulfodiazobenzol et du corps contenu dans l'urine se détruit par la chaleur à 110 degrés. Nous avions un instant pensé qu'il distillait, mais nous avons dû constater après Escherich que pas plus ce chromogène que la substance initiale n'était entraîné par la distillation ou par la dialyse. La substance initiale comme le chromogène dialysent très légèrement et très incomplètement en milieu acide; ajoutons que, si l'on traite par le charbon le mélange contenant ce chromogène, le liquide filtré ne donne plus aucune coloration par addition d'ammoniaque : il en est de même de la substance colorée, qui se fixe sur les particules de charbon. Nous n'avons pu dissoudre une partie de ce corps que dans un mélange d'alcool amylique et de chloroforme; l'huile d'aniline ne peut donner de résultats qu'après dessiccation préalable, encore n'en dissout-elle qu'une partie.

Le spectre de la diazo-réaction n'a aucune caractéristique il est identique et se confond avec celui de la plupart des substances colorantes de l'urine.

III. Pour ce qui est du dépôt, avec Ehrlich la plupart des auteurs, Petri, Grundies (16) affirment qu'il est un produit d'oxydation spontanée de la coloration rouge. La teinte verte est très résistante à l'action de l'air, aussi bien qu'à celle des substances chimiques très fortes comme la lessive de potasse. Les acides la transforment en couleur jaune rouge qui tire au vert par les alcalis. Il s'agit donc, comme le dit très bien Ehrlich, d'un acide coloré qui à l'état libre est jaune rouge et qui se combine avec les bases en donnant des sels verts. Clémens n'a pu, par aucun procédé, obtenir des quantités suffisantes de ce dépôt en question. Aussi ne peut-il rien ajouter aux conclusions d'Ehrlich.

Puisque chimiquement il est impossible à l'heure actuelle d'isoler les différentes substances qui constituent la diazo-réaction, on peut par analogie tenter de les ranger provisoirement au moins dans certaines catégories chimiques connues.

Les auteurs à ce point de vue se divisent en deux classes. Les uns, les plus nombreux, rangent la substance qui dans l'urine donne naissance à la diazo-réaction, dans la série aromatique, les autres, dans la série grasse.

Les raisons données par Clémens contre la nature aromatique du corps en question se réduisent à peu de chose. Il ne peut s'agir d'un corps de la série aromatique, dit-il, car il est peu de substances aromatiques insolubles dans l'éther.

L'opinion de Clémens est d'ailleurs basée sur des recherches trop peu précisés pour entraîner la conviction.

Par contre, on peut, ce semble, avec Brieger, Ehrlich, Luzzatti, rapprocher la diazo-réaction des réactions obtenues avec un grand nombre de corps de la série aromatique. La créosote, le gaïacol, l'acide phénique, le thymol donnent avec le sulfodiazobenzol de superbes colorations rouge, rouge orange, violet rouge, rouge cerise. Nous en dirons d'ailleurs autant d'un glucoside, la phloridzine.

Tout ce que l'on peu dire, c'est qu'un très grand nombre de substances aromatiques ont, comme l'avaient vu Brieger et Baumann avant Ehrlich, la même propriété de s'unir aux composés diazoïques pour donner des corps azoïques colorés, analogues à la diazo-réaction, que tous ces corps sont en général réducteurs, nous ajouterons encore se comportent vis-à-vis du charbon qui les fixe comme les matières colorantes.

Tel est, en résumé, ce que l'on peut conclure de cet exposé. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'hypothèse de Munson et Œrtel assimilant la diazo-réaction à la réaction de Gerhardt (acide acéto-acétique), de celle de Von Jaksch (17) l'assimilant à la réaction de l'acétone, de celle de Petri l'attribuant aux peptones, etc., de Dolgoff la mettant sur le compte d'un sulfo-conjugué.

Il nous reste à savoir quelle est l'origine du corps en question, d'après l'étude des troubles fonctionnels qui accompagnent son apparition dans l'urine.

Il a semblé à certains auteurs qu'il y avait un rapport entre l'existence de la diazo-réaction et les troubles intesti-

naux ou hépatiques. Benedickt, Sahli (18) l'attribuaient à la résorption des produits putrides du tube digestif. Bien qu'il soit fréquent, dans la tuberculose ou la dothiénentérie par exemple, de trouver parallèlement de l'indicanurie, signe de fermentation digestive, et la diazo-réaction, nous ne croyons pas, contrairement à Dolgoff, qu'il y ait un rapport quelconque entre l'augmentation des sulfo-conjugués de l'urine et la diazo-réaction. Elle manque dans les affections du pancréas, dans beaucoup d'intoxications digestives, dans les embarras gastriques simples, etc., où l'indicanurie est presque constante. Nos recherches sur ce point concernent près de 300 cas, et nous ne pouvons établir de relation de cause à effet entre troubles intestinaux et diazo-réaction.

Nous ferons la même remarque au sujet de l'état du foie. La diazo-réaction manque dans les cas légers ou graves d'insuffisance hépatique où les pigments bruns et l'urobilinurie sont abondants.

Brewing (19), Ehrlich admettent que c'est au niveau des foyers suppurés, caséeux, que se fait au cours de la tuberculose pulmonaire une résorption de produits putrides formés par la destruction des globules de pus. C'est ainsi, ajoutent-ils, que l'on pourrait expliquer l'absence de diazo-réaction dans les cas de grandes cavernes à coque fibreuse épaisse et imperméable. Mais comment expliquer, fait que nous avons constaté maintes fois, l'absence de la réaction d'Ehrlich dans des pleurésies purulentes, des abcès froids, des abcès du poumon, des péritonites suppurées, des ostéomyélites, et, d'autre part, sa présence presque constante dans la tuberculose granulique, certaines granulies méningées et la fièvre typhoïde ?

Aussi a-t-on cherché dans les produits sécrétés par tel ou tel microbe la cause de la diazo-réaction.

Jez (20), injectant dans la cavité péritonéale de la souris blanche une assez grande quantité d'urine de typhique, constata chez l'animal des symptômes d'intoxication. Il fit évaporer l'urine au bain de sable jusqu'à ce qu'il ait obtenu un résidu brun sale. Il fit dissoudre ce résidu dans l'eau et en injecta 1, 2, 5 centimètres cubes dans la cavité péritonéale de la souris, qui mourut dans un temps variant de trois minutes à un et trois jours, avec des lésions d'hyperhémie viscérale.

Les urines contenant le corps qui donne naissance à la diazo-réaction sont donc toxiques, mais cela veut-il dire qu'elles le soient de par la présence de ce corps même? et, de plus, peut-on affirmer que ce corps toxique soit fatalement un produit de transformation dans notre organisme de microbes divers ?

C'est ce qu'Agello (21) comprit très bien : il essaya sur les cultures de bacille d'Éberth de produire la diazo-réaction : la teinte fut identique à celle obtenue avec des cultures de coli ou de streptocoque. Nous-mêmes avons abouti aux mêmes résultats sur des bouillons de culture de microbes divers. La coloration varie plus avec la proportion de peptones qu'avec le microbe même.

De même l'ascite, le liquide pleural tuberculeux ne donnent pas avec le sulfodiazobenzol une coloration plus intense que l'ascite, l'hydrothorax des cardiaques ou des cirrhotiques. Qu'est-ce à dire, si ce n'est que la diazo-réaction est plutôt une transformation, non des produits microbiens, tels que la tuberculine [Feer (22)], mais des produits de désassimilation vicieuse des albuminoïdes de notre organisme [Hèze (23)], que cette déviation pathologique ait lieu sous l'influence de micro-organismes pathogènes, voire de nos cellules mêmes, atteintes dans leur fonctionnement.

A notre connaissance, la diazo-réaction n'a pas été recherchée dans le sérum des typhiques et des tuberculeux avancés, chez qui la réaction de l'urine était affirmative.

Nous l'avons essayée dans une quinzaine de cas, sans succès. Cette absence de réaction dans le sérum peut, selon nous, tenir à trois causes : ou bien la substance est très diluée dans le sang et imperceptible, ou elle est décomposée dans le sang comme l'indol, par exemple, et reconstituée au niveau du rein, ou bien encore elle reste collée au caillot, comme la grande majorité des substances colorantes à l'exception des pigments biliaires et de l'urobiline.

Ces quelques recherches chimiques exposées, nous allons voir dans quels cas la diazo-réaction a été rencontrée en clinique et l'appoint qu'elle peut apporter au diagnostic et au pronostic des maladies. Nous nous servirons pour désigner l'intensité du phénomène des termes :

R + +, réaction intense.
R +, réaction nette.
R —, réaction douteuse.
R — —, réaction négative.

Les deux premières seules seront, dans le cours de ce travail, considérées comme positives.

Consulter pour la partie chimique les travaux suivants :

(1) Ehrlich. *Zeits. f. klin. med.*, 1882, p. 285; — *Charite Annalen*, 1883, p. 148; — *Deuts. med. Wochens.*, 1883-1884; — *Charite Annalen*, 1886. — (2) Penzoldt. *Berlin. klin. Wochens.*, 1883, p. 201-755. — (3) Petri. *Zeits. f. klin. med.*, 1884, p. 500. — (4) Escherich. *Deuts. med. Woch.*, 1883. — (6) Spiethoff. Inaugural dissertation, Berlin, 1884. — (5) Mehlenfeldt. *Wratch*, 1886, p. 148. — (8) Nissen. *Jahrb. f. Kinder.*. 1894. — (7) Rivier. Th. de Paris, 1898. — (9) Cnopf. Inaugural dissertation, Nurenberg 1887. — (10) Brieger et Ehrlich. Cités par Clemens. — (11) Clemens. *Deutsche Archiv fur klin. Med.*, Leipzig 1899, et *Wiener med. Bl.*, 1899. — (12) Munson et Œrtel. *New-York med. Journ.*, 4 fév. 1893. — (13) Luzzatti. *Rivista clinica*, 1890. — (14) Oliva. *Rivista clinica*, mars 1885. — (15) Dolgoff. *Med. gazette*, 1896. — (16) Grundies. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1884, p. 364. — (17) Von Jaksch. *Klinische Diagnostik inn Krank.*, Vienne 1893. — (18) Sahli. *Lehrbuch der Klin. Untersuchungs methoden*, 1896, p. 468. — (19) Brewing. *Zeits. f. klin. Med.*, 1886. — (20) Jez. *Wien. med. Wochens.*, 19 déc. 1896. — (21) Agello. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1891. — (22) Feer. *Jahresb. f. Kinderheilk.*, 1892. — (23) Hèze. *Arch. prov. de méd.*, 1900.

III

A ce point de vue clinique, nous envisagerons séparément le rôle de la diazo-réaction dans le diagnostic et dans le pronostic des affections au cours desquelles on peut la rencontrer.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question ont classé les maladies en groupes multiples suivant l'absence constante ou fréquente, la présence habituelle ou rare de la réaction d'Ehrlich dans ces derniers groupes.

Il est un point tout d'abord qui paraît établi d'une manière définitive, c'est que la diazo-réaction ne s'observe guère que dans les maladies infectieuses fébriles.

Absente d'une façon constante des urines normales, comme l'ont montré les premiers observateurs, Ehrlich, Georgiewsky (1), Nissen (2), Umikoff (3), aussi bien chez les enfants que chez les adultes, elle fait défaut également dans les urines de presque tous les malades apyrétiques.

Si nous nous rapportons au travail récent de Hèze (4), qui a réuni dans la littérature médicale le plus grand nombre possible d'observations, nous trouvons que, sur 90 malades apyrétiques du tube digestif (dyspepsies, entérites, ulcère de l'estomac), la réaction n'a été positive qu'une fois; dans 31 cas d'affections hépatiques, on ne l'a trouvée que deux fois, et sept fois seulement dans 102 observations de néphrites ou d'autres lésions de l'appareil génito-urinaire; 165 cas de syphilis rapportés par le même auteur ne donnèrent qu'une fois la réaction positive et 198 cas d'affections

chirurgicales diverses n'en offrirent pas un seul exemple*. A cette règle, il y aurait cependant une exception concernant les affections chroniques de l'appareil circulatoire. Sur 120 cas de cardiopathies observées par lui-même ou par ses prédécesseurs, Hèze indique le chiffre très élevé de 44 réactions positives. Ce résultat ne laisse pas de nous étonner et peut-être convient-il de ne pas l'accepter sans réserves. Notons d'abord que sur ses 16 observations personnelles, Hèze n'a aucun résultat positif. Ajoutons que nous-mêmes avons à ce point de vue examiné les urines de 40 sujets atteints d'affections de l'appareil circulatoire (lésions valvulaires, myocardite, asystolie, artério-sclérose généralisée, aortite chronique, etc.), et que nous relevons 38 résultats négatifs et 2 réactions douteuses (coloration jaune orange de l'urine; absence complète de coloration de la mousse). Aussi, croyons-nous dès maintenant devoir signaler le danger qu'il y a à se fier en cette question à des statistiques globales qui n'indiquent pas le nom des divers expérimentateurs auxquels elles sont empruntées, ni les divers degrés des réactions positives obtenues. Il y a, en effet, dans la recherche de la diazo-réaction, comme dans celle de tout autre signe clinique, des causes d'erreur multiples que nous avons signalées en parlant de la technique de cette expérience ; nous avons vu à ce moment que le fait de verser dans le tube à essai un excès de nitrite de sodium entachait l'épreuve de nullité. Comment, dès lors, admettre et faire entrer dans une statistique les résultats des auteurs qui n'ont pas tenu compte de cette cause d'erreur?

Ce qui importe surtout à tout observateur qui veut faire usage de la diazo-réaction, c'est d'avoir une technique constante et de comparer lui-même les résultats obtenus dans les diverses maladies.

C'est ainsi que nous avons examiné les urines de plus de 300 sujets atteints d'affections apyrétiques, et sans vouloir donner ici l'énumération fastidieuse de tous les cas observés, les quelques exemples mentionnés ci-dessous, nous paraissent démontrer suffisamment que la diazo-réaction ne s'obtient que d'une manière tout à fait exceptionnelle dans ce groupe de maladies** :

Affections chroniques du système nerveux, 39 R — —; affections de l'appareil circulatoire, 2 R —, 38 R — —; bronchites chroniques et emphysème pulmonaire, 3 R —, 52 R — —; néphrites chroniques, 3 R —, 39 R — —; chlorose, 3 R — 14 R — —; saturnisme, 10 R — —; diabète, 7 R — —; cirrhoses hépatiques, 2 R —, 13 R — —; néoplasmes***, 2 R +, 3 R —, 8 R — —.

Les deux seules réactions positives obtenues dans cette longue série d'examens, répétés la plupart à plusieurs reprises, concernent des sujets atteints de néoplasmes gastriques et parvenus à la phase ultime de leur maladie. L'apparition de la diazo-réaction à la période cachectique des cancers est d'ailleurs admise par la majorité des auteurs. Dans la statistique de Hèze nous trouvons, sur 45 malades, 9 réactions positives. Clemens, dans le travail auquel nous avons déjà fait plusieurs fois allusion, insiste sur ce fait que la réaction n'apparaît qu'à la période terminale de l'évolution des tumeurs malignes. Rutimeyer (5) et Krokievicz (6) avaient déjà signalé le même fait. Nous croyons pouvoir conclure que les urines cancéreuses ne donnent pas habituellement la réaction d'Ehrlich, et que celle-ci apparaît comme signe avant-coureur de la mort, traduisant sans doute l'entrée en scène des infections secondaires, tuberculeuse ou septique.

De tout ce qui précède, il résulte que la réaction d'Ehrlich ne se trouve qu'exceptionnellement dans les urines des malades non fébricitants, et que, si elle est susceptible de rendre quelques services au clinicien, il n'y a lieu de la rechercher d'une façon méthodique que lorsqu'on se trouve en présence d'une maladie infectieuse.

Nombreuses sont les pyrexies au cours desquelles on peut déceler la diazo-réaction dans l'urine. Nous l'étudierons successivement dans les maladies aiguës fébriles, non tuberculeuses, de l'appareil respiratoire, dans les fièvres éruptives, dans quelques autres maladies générales, telles que l'érysipèle, la grippe, la diphtérie ; enfin, dans les deux affections où sa présence est le plus fréquente, prend la plus grande valeur diagnostique et pronostique, la fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë ou chronique.

A. *La diazo-réaction dans les maladies aiguës non tuberculeuses de l'appareil respiratoire.* — La réaction d'Ehrlich peut apparaître dans les urines des sujets atteints de pneumonie; à en juger par les chiffres que fournit le travail de Hèze (260 pneumonies avec 80 résultats positifs), elle serait même assez fréquente dans cette maladie. Georgiewsky a vu, dans un cas, la réaction positive dans l'urine, six jours après la défervescence, mais il est habituel de la voir disparaître dans les cas favorables au moment de la crise urinaire. Clemens envisage surtout la question de la diazo-réaction dans la pneumonie, au point de vue du pronostic : sur 221 cas personnels ou empruntés à divers auteurs, il trouve 39 fois la réaction positive. Or, de ces 221 cas, 37 furent mortels, dont 29 avaient donné une réaction des plus nettes. Des résultats analogues avaient été signalés déjà par Fischer (7), par Brecht (8) et par Rutimeyer. La présence de la réaction d'Ehrlich dans les urines d'un pneumonique et surtout sa persistance à la fin du premier septenaire paraît donc être un élément de fâcheux pronostic. Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait dire s'il y a quelque rapport entre sa présence et l'existence d'infections secondaires ou le passage du pneumocoque dans le sang. Parmi nos propres observations, nous relevons 21 cas de pneumonie avec 14 résultats négatifs, 5 douteux (R —) et 2 positifs (R +). L'un de ces cas positifs concerne une pneumonie mortelle, et la réaction put être décelée dans les urines jusqu'au dernier jour.

Dans la broncho-pneumonie, la diazo-réaction est encore moins fréquemment observée : 1 fois sur 57 cas, d'après Hèze.

D'autres auteurs arrivent à des résultats un peu différents, mais la broncho-pneumonie, qu'elle soit tuberculeuse, grippale, consécutive à la rougeole ou à la diphtérie, est toujours une affection secondaire, et il nous paraît préférable d'étudier ce point à propos de chacune des maladies qui peuvent la compter au nombre de leurs complications.

Dans 169 cas de pleurésie à épanchement, Clemens a trouvé 22 fois la diaz-oréaction. De ces 22 pleurésies, 6 étaient manifestement tuberculeuses et dans 14 autres, il y avait de très fortes présomptions en faveur de la tuberculose. D'accord avec Georgiewsky, l'auteur admet que la réaction positive est une preuve de la nature tuberculeuse d'une pleurésie, alors que l'absence de réaction ne prouve rien pour ou contre la tuberculose ; en d'autres termes, si toutes les pleurésies tuberculeuses ne donnent pas la réaction d'Ehrlich, aucune pleurésie non tuberculeuse ne paraît la donner. Il y a donc là un élément diagnostique important pour déterminer la nature des épanchements pleuraux. Parmi les cas que nous avons observés, nous relevons :

* Les conclusions de la thèse récente de Labat (Bordeaux, 1900) sont identiques.

** Nous rappelons que, ainsi qu'il a été dit plus haut, nous désignons par les dénominations R + +, R +, R —, R — —, les réactions forte (rouge cerise), faible (rouge orangé), douteuse (orange) et nulle.

*** A ce tableau, nous croyons devoir ajouter 49 examens de femmes enceintes avec 1 seul résultat positif (R +) chez une femme enceinte de cinq mois; 8 femmes nouvellement accouchées n'eurent pas davantage de diazo-réaction, non plus que 14 nouveau-nés.

Pleurésies séro-fibrineuses	certainement tuberculeuses	14 cas	2 fois R — —. 3 fois R —. 6 fois R +. 3 fois R + +.
	probablement tuberculeuses	2 cas :	2 fois R —.
	de nature indéterminée	2 cas :	2 fois R — —.
Pleurésies purulentes	tuberculeuses	2 cas	1 fois R + +. 1 fois R +.
	à pneumocoque	1 cas :	..... R —.
	à streptocoque	1 cas :	..... R — —.
	putrides (anaérobies)	2 cas :	2 fois R — —.

B. *La diazo-réaction dans les fièvres éruptives et dans diverses maladies infectieuses.* — Dans la scarlatine, la diazo-réaction est assez fréquemment observée, mais sa présence est inconstante. Signalée par Ehrlich, par Brewing (9), par Nisser, elle a été bien étudiée par Rivier (10), qui, sur 29 malades, la trouva 12 fois, généralement peu marquée et de courte durée. Clemens, en réunissant ses observations personnelles à celles de Brewing et de Nissen obtient, sur 87 cas, 30 réactions positives. Nous-mêmes n'avons à ce point de vue suivi que trois malades. Chez le premier, entré à l'hôpital au cinquième jour de la maladie, on obtint du cinquième au huitième jour une coloration d'un beau rouge cerise. Le neuvième jour, alors que la fièvre était complètement tombée et que l'éruption avait disparu, la réaction était jaune orange; le onzième jour on n'en trouva plus trace. Chez le second malade, qui mourut au septième jour d'une scarlatine hyperpyrétique, la réaction fut trouvée positive la veille de la mort; le troisième malade, atteint d'une scarlatine bénigne, ne présenta à aucun moment de diazo-réaction. Concluons que l'absence de diazo réaction ne permet pas de rejeter le diagnostic de scarlatine, que sa présence, au contraire, pourra avoir une certaine valeur lorsqu'on hésitera entre la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes ou certaines éruptions médicamenteuses (éruptions sériques, par exemple), dans lesquelles la réaction fait toujours défaut.

Dans la rougeole, la réaction d'Ehrlich est presque toujours positive. D'après Rivier, elle apparaît non pas avec la fièvre, mais avec l'éruption, elle atteint son maximum d'intensité le deuxième ou troisième jour de l'éruption, puis, disparaît ensuite progressivement en quelques jours, lorsque la rougeole évolue vers la guérison. Sur 90 cas réunis par Hèze, la diazo-réaction ne fit défaut que 11 fois. Mais malgré cette fréquence, il ne nous semble pas que la diazo-réaction puisse rendre de bien grands services pour le diagnostic de la rougeole, en raison de son apparition tardive à la période d'éruption. Nissen cependant lui attribue une réelle valeur pour le diagnostic, entre la rougeole, d'une part (dans laquelle il ne l'a vue manquer que 1 fois sur 36), et d'autre part, la rubéole et la suette, affections dans lesquelles elle n'apparaît jamais. D'après Clemens, elle pourrait rendre de grands services, lorsqu'on hésite entre une laryngite post-rubeolique et une laryngite diphtérique. Dans un cas où l'exanthème avait disparu, cet auteur a affirmé la nature rubéolique d'une laryngite, en s'appuyant sur la présence de la diazo-réaction et l'évolution ultérieure de la maladie lui a donné raison.

Dans la variole, la diazo-réaction a été peu recherchée. Le travail récent de Sergent (11) porte sur une quarantaine de cas dans lesquels la diazo-réaction a été retrouvée dans 9 observations, dès la période des rasch et dans 31 à la période de suppuration. Elle s'atténue pour disparaître à peu près complètement à la période de dessication.

Nous avons recherché la diazo-réaction dans les 3 cas de variole que nous avons pu observer. Dans deux cas très légers, elle fit défaut durant tout le cours de la maladie. Dans le troisième, qui concerne une variole sérieuse chez une jeune fille de quinze ans, la diazo-réaction existait le jour de l'entrée de la malade (jour de début de l'éruption), et subsista pendant la période de suppuration, pour ne disparaître complètement qu'au moment où la malade entrait en convalescence.

Nous aurons occasion de revenir plus loin sur l'importance pronostique qu'on a attachée à la présence de la diazo-réaction dans l'érysipèle. Contentons-nous de dire pour l'instant qu'elle est loin d'être constante dans cette maladie, elle se verrait dans la moitié des cas environ (Hèze) ou dans les deux tiers [Coste (12)]. Ces chiffres nous paraissent fort élevés, car nous l'avons recherchée tous les jours dans les urines de quatre malades atteints d'érysipèle de gravité moyenne sans jamais pouvoir le déceler et Clemens ne l'a trouvé que 5 fois sur 22 cas d'érysipèle.

Dans la diphtérie il est très rare de trouver la diazo-réaction, nous avons déjà vu que Clemens s'appuyait sur cette particularité pour distinguer le croup des complications laryngées de la rougeole. C'est qu'en effet sur 60 cas de diphtérie observés à ce point de vue par divers auteurs la diazo-réaction ne fut positive que 6 fois.

Dans un travail récent, M. Lobligeois n'a retrouvé qu'une fois la réaction positive sur plus de 80 examens. Elle manque également dans les éruptions sériques scarlatiniformes ou autres et pourrait sans doute servir au diagnostic *.

La grippe paraît avoir été peu étudiée au point de vue qui nous occupe. Rivier ne cite que 7 cas, tous négatifs d'ailleurs. Hèze arrive à un total de 24 cas avec une seule réaction positive. Von Kœpper (13) aurait trouvé 6 fois la diazo-réaction dans des cas de grippe dont 2 graves avec réaction forte et 4 légers avec réaction légère. Nous avons recherché la réaction dans les urines de 53 malades atteints de grippe simple ou de broncho-pneumonie grippale. Pour la plupart de ces malades, les urines ont été vues presque tous les jours pendant toute la durée de la maladie. Nous avons trouvé : 19 fois R — —, 28 fois R —, 5 fois R +, 1 fois R + +.

De ces résultats nous croyons pouvoir conclure que la diazo-réaction ne s'observe que très rarement dans la grippe, et que, lorsqu'elle apparaît, elle est en général faible (R +) et de courte durée.

A cette liste déjà longue nous ajouterons le rhumatisme articulaire aigu, dont nous avons observé 48 cas avec 1 seule réaction positive, résultat qui concorde avec celui des autres auteurs (Rivier 50 cas dont un seul positif), le typhus exanthématique, les pyémies chirurgicales et l'infection puerpérale pour lesquels nous n'avons pas d'expérience personnelle, mais qui d'après tous les auteurs présenteraient constamment une diazo-réaction positive.

C. *La diazo-réaction dans la fièvre typhoïde.* — Tous les auteurs qui se sont occupés de la réaction d'Ehrlich ont insisté sur sa fréquence au cours de la dothiénentérie.

Les premiers observateurs, Ehrlich, Brecht, Brewing avaient déjà constaté que c'est dans cette maladie qu'elle acquiert son maximum de fréquence, d'intensité, de durée.

Dans le tableau de Rivier nous trouvons 550 cas de fièvre typhoïde en pleine évolution avec 534 fois présence de la diazo-réaction. Celle-ci se trouverait donc dans 97 p. 100 des cas. D'après cet auteur, la date d'apparition est comprise entre le deuxième et le sixième jour. La réaction est continue, progressive, augmente peu à peu d'intensité en passant du rouge orange au vermillon, au carmin et au pourpre, atteint son plus haut développement dans la deuxième semaine, puis décroit progressivement et dans les

* Ce travail a été communiqué à la Société de pédiatrie (mai 1901).

cas de moyenne intensité disparait en général durant la troisième semaine, sa disparition coïncidant habituellement avec la descente de la courbe thermique, mais pouvant le précéder de quelques jours ou se faire attendre quelques jours après la chute de la température.

Lorsque la réaction réapparaît après avoir complètement disparu, on a, d'après Rivier, affaire à une rechute de la maladie; lorsque, au contraire, la température persiste très élevée après la disparition de la diazo-réaction, il faudrait songer à une complication par infection secondaire.

Nous avons étudié la réaction d'Ehrlich dans 60 cas de fièvre typhoïde et les résultats que nous avons obtenus concordent avec ceux des observateurs qui nous ont précédés.

Suivant la date d'entrée du malade à l'hôpital, notre premier examen fait à une époque variable de la maladie nous a donné les résultats suivants :

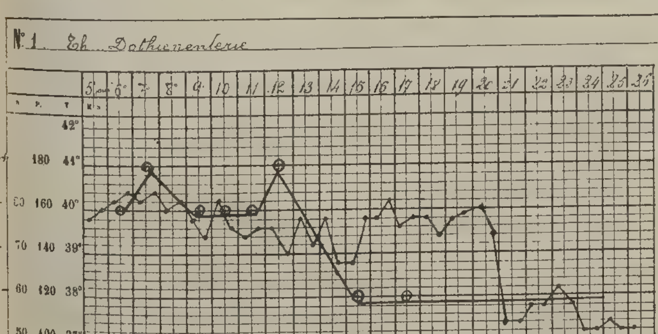
30 fois le premier examen a été fait entre le troisième et le huitième jour ; dans 28 cas, il a été positif (R + +), dans 1 cas il a été négatif (R — —), dans 1 cas il a été douteux (R —).

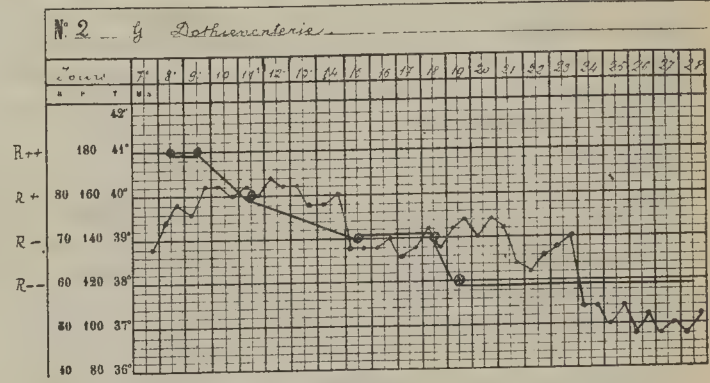
28 fois le premier examen a été pratiqué pendant la seconde semaine, du huitième au quinzième jour.

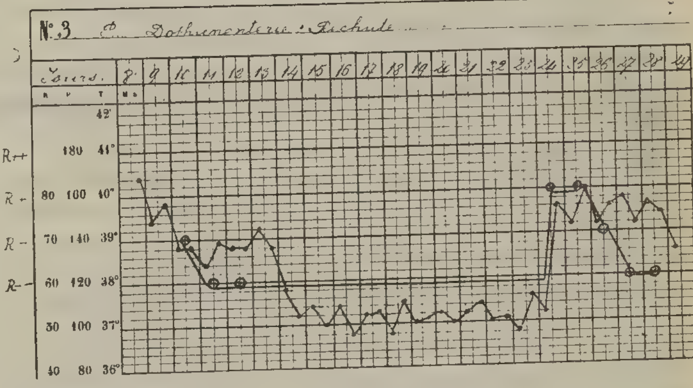
26 fois le résultat fut positif, 16 fois R + +, 10 fois R + ; 2 fois le résultat négatif (treizième et quatorzième jour dans deux cas de dothiénentérie légère), 2 fois enfin, le premier examen n'a été pratiqué que pendant la convalescence et dans les deux cas la réaction fit défaut.

Chez les malades que nous avions pu suivre pendant toute l'évolution de leur maladie, nous avons constaté presque toujours les particularités suivantes :

Apparition de la diazo-réaction entre le troisième et le sixième jour ; il est possible que la réaction soit encore plus précoce, mais il est exceptionnel, du moins à l'hôpital, d'observer les malades avant le troisième jour. Sauf deux cas, où la réaction fit défaut aux cinquième et sixième jours, tous les malades observés aux troisième, quatrième, cinquième et sixième jours présentaient déjà la réaction positive. Il nous semble donc qu'elle apparaît dans la grande majorité des cas dès le troisième jour sinon plus tôt, elle atteint très rapidement son acmé et dès le second, sinon dès le premier examen, on obtient la coloration rouge pourpre qui se maintient sans modification jusqu'au dixième ou douzième jour. Il est habituel dès la fin du second septenaire dans les fièvres typhoïdes de moyenne intensité de voir la coloration s'atténuer, indiquant ainsi la chute prochaine de la température. (Voir tracés 1, 2 et 3*). Nous considérons sa persistance au delà du quinzième jour comme l'indice d'une forme sévère. C'est ainsi que, sur 60 cas, nous trouvons 3 fois seulement la réaction intense (R + +) au quinzième jour ; de ces trois cas, l'un fut mortel le seizième jour ; les deux autres, bien que terminés par la guérison, furent tous deux très graves. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur la valeur pronostique qu'il faut attacher à la persistance de la diazo-réaction après la fin du second septenaire. Contentons-nous de noter ici qu'après sa disparition qui se produit habituellement entre le douzième et le quinzième jour, on







ne la voit plus reparaître qu'en cas de récidive, de rechute, (voir tracé 3) ou de complications causées par le bacille d'Eberth *.

Il convient maintenant de nous demander quels services la recherche méthodique de la diazo-réaction peut rendre dans le diagnostic de la dothiénentérie. Des faits qui précèdent, nous croyons pouvoir conclure avec Ehrlich, avec Rivier, avec Clemens, que l'absence de la diazo-réaction constatée à plusieurs reprises du cinquième au dixième jour d'une affection fébrile, doit faire écarter presque à coup sûr l'hypothèse de fièvre typhoïde **. La réaction positive a évidemment moins de valeur puisque, parmi les maladies susceptibles de simuler la dothiénentérie, quelques-unes, telles que la tuberculose aiguë ou le typhus exanthématique, donnent lieu habituellement à une réaction d'Ehrlich très nette. Il n'en est pas moins vrai, que, toutes les fois qu'on hésitera entre une fièvre typhoïde d'une part et d'autre part une grippe, un embarras gastrique fébrile, une méningite aiguë, la constatation d'une réaction positive permettra d'éliminer ces dernières affections et d'admettre comme très vraisemblable le diagnostic de dothiénentérie. De là à la certitude que donne le séro-diagnostic il y a loin, mais est-il besoin de rappeler ici combien souvent l'agglutination fait défaut à la fin du premier septenaire ou au commencement du deuxième, alors qu'il s'agit évidemment d'une fièvre typhoïde? En résumé, pendant la période où le diagnostic est en général hésitant, c'est-à-dire du troisième au huitième jour de la maladie, l'absence de diazo-réaction permet d'éliminer la dothiénentérie tandis que l'absence d'agglutination est sans signification précise ; la présence de la diazo-réaction n'est au contraire qu'un signe de probabilité en faveur de la fièvre typhoïde, alors que la présence de l'agglutination est un signe de certitude.

* Le trait noir reproduit la courbe de la température ; le trait gras celle de la diazo-réaction.

* L'un de nous a observé la diazo-réaction dans un cas d'orchite typhoïdique survenant dans la convalescence d'une dothiénentérie. (Launois et Lœper. Soc méd. des hôpit., 25 mai 1900.)

** Masbrenier. Th. de Paris, 1900.

D. *La diazo-réaction dans la tuberculose.* — Dans la tuberculose pulmonaire chronique banale, la réaction d'Ehrlich est fréquemment constatée; mais elle n'apparaît en général qu'à une période avancée de la maladie à un moment où les signes ulcératifs sont facilement perceptibles; elle est de plus inconstante même à cette période; il ne faut donc pas compter sur elle pour le diagnostic; elle acquiert au contraire dans cette maladie une importance pronostique de premier ordre sur laquelle nous aurons à revenir longuement dans le chapitre suivant.

Dans la phtisie aiguë au contraire, il semble qu'elle ne fasse presque jamais défaut. Rivier a réuni 57 cas de tuberculose miliaire aiguë avec 57 résultats positifs. Clemens en cite 73 cas tous positifs dont 14 empruntés à Jez (14), 42 à Nissen (15) et 17 personnels. Nous pouvons ajouter à cette liste 6 cas personnels dans lesquels nous avons obtenu constamment une réaction positive (R + et R + +). Nous croyons donc qu'ici la recherche de la réaction d'Ehrlich prend une réelle importance pour le diagnostic.

Ajoutons qu'il est habituel de trouver la diazo-réaction dans les tuberculoses des séreuses. Nous avons déjà vu à propos des pleurésies qu'on pouvait en tirer un élément important de diagnostic pour déterminer l'origine et la nature des épanchements pleuraux. Il en est de même pour l'ascite et dans deux cas où l'on hésitait entre une cirrhose alcoolique et une péritonite tuberculeuse, nous avons pu nous appuyer sur la présence de la diazo-réaction pour admettre la seconde hypothèse et l'évolution ultérieure de la maladie a justifié cette manière de voir. Toutefois l'absence de la réaction ne permet pas de rejeter le diagnostic de tuberculose péritonéale, non plus qu'elle ne permet, en cas de méningite, d'éliminer l'hypothèse de méningite tuberculeuse. Nos notions sur la valeur diagnostique de la diazo-réaction dans les diverses formes de la tuberculose se bornent donc aux points suivants : constante dans la tuberculose miliaire aiguë, la diazo-réaction manque fréquemment dans la tuberculose chronique; en présence d'une affection subaiguë ou chronique dont la nature tuberculeuse est douteuse (caverne pulmonaire, épanchement pleural ou péritonéal, méningite), l'absence de diazo-réaction est sans signification précise; au contraire la constatation d'une diazo-réaction franchement positive est un gros appoint pour le diagnostic de tuberculose.

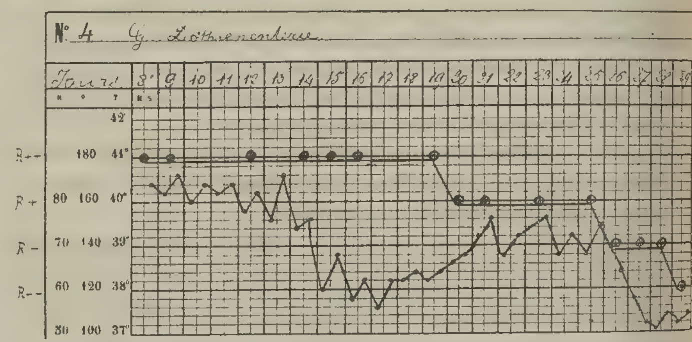
IV

Parmi les nombreuses affections au cours desquelles on peut observer la diazo-réaction, il en est pour le pronostic desquelles cette constatation paraît dénuée d'importance : citons par exemple la rougeole. Il en est d'autres au contraire dans lesquelles l'existence et surtout la marche de la réaction fournit des indications précieuses à ce point de vue. Nous avons déjà vu quelle valeur elle avait dans le pronostic de la pneumonie. Nous envisagerons maintenant les trois affections dans lesquelles cette recherche nous paraît susceptible de rendre le plus de services, l'érysipèle, la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire.

A. *Le pronostic de l'érysipèle par la diazo-réaction.* — Cette question a été étudiée surtout par Coste, lequel admet que la diazo-réaction fréquente dans l'érysipèle ne se voit pourtant que dans les cas sérieux, elle serait tout à fait exceptionnelle dans les formes bénignes. Néanmoins d'après lui la constatation d'une diazo-réaction positive, même persistante, chez un malade atteint d'érysipèle de la face, ne suffit pas à assombrir le pronostic; mais ce qui est plus grave et doit faire redouter une issue fatale, c'est la disparition brusque de la diazo-réaction sans amélioration de l'état général ni amendement des autres symptômes. C'est là une assertion que nous n'avons pas eu l'occasion de contrôler pour l'érysipèle, mais qui concorde avec ce que nous savons de la diazo-réaction dans d'autres maladies : disparition de la réaction à la période ultime, au moment où l'organisme épuisé n'a plus la force d'éliminer les produits qui lui donnent naissance.

B. *Le pronostic de la fièvre typhoïde par le diazo-réaction.* — Nous avons vu dans le chapitre précédent que le diazo-réaction presque constante au cours de la dothiénentérie disparaît en général au cours ou à la fin du second septenaire. Cette disparition précède la chute de la température et permet de l'annoncer comme prochaine, elle est un élément de pronostic favorable; elle s'observe plus rapidement chez les malades traités dès le début de leur affection que chez ceux qui arrivent au dixième ou au douzième jour de la maladie.

Nous ne croyons pas, comme Rivier que l'intensité de la réaction est l'apanage des formes graves; seule sa durée prolongée acquiert à ce point de vue une réelle valeur. La persistance de la diazo-réaction au delà du quinzième jour indique une dothiénentérie sévère; alors même que la température descend momentanément, elle montre que le processus infectieux est toujours en activité et doit faire craindre



une recrudescence prochaine (voir tracé 4), et une forme prolongée de la maladie. De même la réapparition de la diazo-réaction plusieurs jours après l'amendement de tous les signes indique l'imminence d'une rechute et permet de distinguer celle-ci d'avec les accès fiévreux passagers causés par un excès de fatigue ou d'alimentation.

Nous conclurons donc que, si la diazo-réaction est un élément important du diagnostic de la fièvre typhoïde, elle peut fournir également d'utiles indications au pronostic de cette affection.

C. *Le pronostic de la tuberculose pulmonaire par la diazo-réaction.* — Dans la tuberculose pulmonaire, presque tous les auteurs ont insisté sur l'importance que prend le diazo-réaction pour le pronostic de la maladie.

Ehrlich a montré le premier que, lorsque l'affection est rapidement mortelle, la réaction apparaît de bonne heure et persiste jusqu'à la mort.

Lœwinson (16) fait plus de 750 examens d'urines chez 48 phtisiques et insiste sur le mauvais pronostic à tirer de la présence continue de la réaction pendant longtemps, surtout si elle vient à disparaître subitement, l'état général du malade restant très bas, ce qui indiquerait l'imminence de la terminaison fatale.

Grundies (17), Escherich (18) arrivent à des conclusions identiques, tandis que, au contraire, Georgiewsky, Goldschmith, Brewing estiment que la réaction n'est en rapport ni avec la fièvre ni avec la gravité de l'état général.

Rutimeyer, après 550 examens chez 40 malades, trouve la réaction présente dans 85 p. 100 des cas graves et dans 9 p. 100 seulement des cas légers.

Nissen a étudié à ce point de vue les urines de 78 enfants tuberculeux. Il admet que la présence passagère ou persistante de la réaction dans l'urine est en relation dans le plus grand nombre des cas avec la formation d'une tuberculose

miliaire localisée ou généralisée. Les périodes d'apparition de la diazo-réaction, séparées par des périodes pendant lesquelles elle fait défaut, correspondraient, dans une certaine mesure, aux poussées successives des tubercules dans le cours de la tuberculose miliaire subaiguë, tandis qu'une apparition soudaine et persistante, coïncidant avec un affaiblissement prolongé du malade, correspond à la tuberculose miliaire aiguë.

Rivier a examiné à plusieurs reprises les urines de 44 malades. Chez 24 malades apyrétiques et en assez bon état, la réaction fit toujours défaut. Chez 8 malades, dont deux gravement atteints, il obtint des teintes orange et rouge orange. 9 malades présentèrent des teintes rouges à plusieurs reprises, leur état général était grave et ils avaient de la fièvre oscillant entre 38°5 et 39 degrés. 3 malades moururent pendant le temps d'observation dont deux présentèrent quelques jours avant la mort une réaction caractéristique.

Pour Michaëlis (19) tout phtisique dans les urines duquel on constate la diazo-réaction est un phtisique avancé ou un phtisique chez lequel la maladie évoluera rapidement. La présence de la diazo-réaction est indépendante de la température. On peut la trouver très accusée chez un tuberculeux apyrétique et même dans les urines de malades qui ne présentent que des signes sthétoscopiques légers; même dans ce cas la constatation d'une diazo-réaction persistante doit faire porter le pronostic le plus sombre; l'état du malade va en s'aggravant; s'il survient une amélioration, elle sera passagère. D'après le même auteur, on voit quelquefois la réaction disparaître quelques jours avant la mort, sans doute parce que l'organisme n'a plus la force d'éliminer les substances qui lui donnent naissance. Dans tous les cas la mort est fatale et survient dans les six mois qui suivent l'apparition de la diazo-réaction; les malades qui la présentent doivent être exclus des établissements où l'on tente la cure méthodique de la tuberculose, notamment des sanatoriums.

Clemens arrive à des conclusions identiques; après avoir discuté la nature de la diazo-réaction et son origine dans la tuberculose et avoir établi que contrairement à l'opinion de Michaelis, elle ne peut pas être causée par des infections secondaires, puisqu'elle est constante dans la tuberculose miliaire aiguë, il revient sur l'importance pronostique de la réaction : sur 100 cas mortels il a trouvé 87 fois la diazo-réaction positive; il admet comme Michaelis qu'on doit considérer comme incurable tout tuberculeux qui présente une diazo-réaction positive et qu'on doit lui interdire l'accès du sanatorium.

Nos propres recherches portent sur environ 300 malades atteints de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée.

De ces 300 malades, 195 n'ont été examinés au point de vue de la réaction d'Ehrlich qu'une ou deux fois. Nous trouvons parmi eux :

95 malades à la première période ou au début de la seconde période avec intégrité de l'état général et absence de fièvre; aucun ne donna la réaction.

30 malades à la deuxième période, mais avec un mauvais état général, fièvre, amaigrissement, donnent une réaction : R ++ dans 1 cas; R + dans 14 cas; R — dans 15 cas.

Enfin, sur 67 malades cavitaires, nous relevons :

35 sujets apyrétiques avec bon état général chez lesquels on trouva 24 fois R —; 10 fois R +; 1 fois R ++.

32 sujets atteints de fièvre hectique, d'anorexie, cachectiques, chez lesquels on obtint 13 fois R +; 19 fois R ++.

Parmi ces 19 derniers malades, 11 succombèrent dans la quinzaine qui suivit l'examen.

Pour les 105 autres malades suivis tous pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, nous avons pratiqué des examens répétés tous les huit jours et nous avons pu suivre ainsi l'évolution de la réaction d'Ehrlich parallèlement à l'évolution de la maladie *.

Parmi ces malades, 29 ne présentèrent que des signes de tuberculose à la première période et furent plus ou moins améliorés par le traitement.

27 d'entre eux n'eurent jamais trace de diazo-réaction. Deux seulement présentèrent la réaction R + pendant quelques jours et l'apparition de la diazo-réaction dans leurs urines coïncida avec une poussée fébrile et disparut en même temps, traduisant peut-être ainsi l'éclosion de nouveaux foyers tuberculeux.

27 sujets entrèrent à l'hôpital à la période de ramollissement. Parmi eux, 13 n'eurent jamais de fièvre élevée et l'état général resta bon pendant toute la durée de leur séjour. Pour eux, l'épreuve fut toujours négative, sauf dans un cas où l'on obtint à l'entrée du malade une réaction R + qui disparut la semaine suivante.

14 malades de cette série arrivèrent au contraire avec de la fièvre, des lésions étendues et à marche progressive.

Parmi eux, nous relevons : 2 fois absence de diazo-réaction chez des sujets qui ne firent qu'un court séjour à l'hôpital;

3 fois R + persistante à tous les examens;

3 fois alternativement R + et R —, la présence de la diazo-réaction coïncidant avec les périodes où la fièvre était élevée et l'état général mauvais;

5 fois R ++ pendant toute la durée de l'observation : 3 de ces malades quittèrent l'hôpital au bout de quelques semaines; les deux autres moururent un mois environ après le premier examen; dans le dernier cas, enfin, il s'agit d'un malade dont l'urine présenta successivement tous les degrés de la réaction en même temps que l'état général et les phénomènes locaux allaient en s'aggravant. Le tableau comparé de ces phénomènes est assez caractéristique pour que nous croyions devoir le reproduire.

C..., pavillon B. H., n° 13. — 16 mars, ramollissement pulmonaire, fièvre 38-39 degrés, phtisie laryngée : R — —; 23 mars, même état : R — —; 30 mars, signes cavitaires à droite, fièvre élevée 40 degrés : R —; 13 avril, fièvre hectique : R +; 18 mai, même état, cachexie : R ++; 1er juin, *id.* : pneumothorax : R + +; mort le 8 juin.

Enfin les 48 derniers malades étaient, dès le premier examen, parvenus à la troisième période de la maladie; mais, ici, encore, il convient de les répartir en deux groupes.

15 d'entre eux, quoique porteurs de lésions pulmonaires avancées, avaient conservé l'appétit, ne maigrissaient pas et n'avaient que peu ou pas de fièvre : ces malades nous fournissent les réactions suivantes :

Les 6 premiers ne firent à l'hôpital qu'un séjour assez court; ils ne présentèrent jamais la réaction (R — ou R — —).

4 eurent alternativement R — ou R + sans qu'il nous fût toujours possible de constater une relation entre l'apparition temporaire de la diazo-réaction et l'aggravation de l'état général : aucun de ces malades ne mourut à l'hôpital.

2 autres eurent constamment R + ou R ++ mais, quittèrent l'hôpital au bout de quelques semaines, l'un mourant, l'autre en assez bon état.

Enfin les trois derniers présentèrent l'évolution reproduite ci-dessous :

Ch..., pavillon B. H. n° 17. — 24 août, tuberculose cavitaire localisée, bon état général, pas de fièvre : R — —; 14 septembre, *id.* : R — —; 28 septembre, *id.* : R — —; 5 octobre, fièvre élevée : 40 degrés. Râles fins aux deux bases; sans doute poussée de granulie : R ++; 8 octobre, *id.* : R ++; mort le 10 octobre.

---

* Ces recherches ont été faites dans le service de notre maître M. Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

Dr..., pavillon B. F. n° 12. — 24 août, tuberculose, troisième période, localisée au sommet droit, pas de fièvre : R — —; 14 septembre, fièvre rémittente, amaigrissement : R +; 28 septembre, *id.* : R + +; 5 octobre, grande excavation, fièvre hectique, cachexie : R + +; 8 octobre, R + +; mort le 20 octobre.

Fr..., pavillon B. H., n° 20. — 16 mars, tuberculose troisième période localisée au sommet droit, laryngite tuberculeuse : R —; 25 mars, état stationnaire : R +; 15 mai, grand amaigrissement, fièvre élevée : R +; 20 juin, fièvre hectique, grande excavation : R + +; 24 août, fièvre hectique, cachexie, anorexie absolue : R + +; mort le 7 septembre.

Dans le second groupe rentrent tous les malades cavitaires, qui, dès le premier examen, présentaient des signes de tuberculose très avancée avec fièvre hectique. De ces malades, au nombre de 33, 30 eurent dès le début de leur séjour une réaction positive R + ou R + +. 25 d'entre eux moururent dans le service, de trois jours à quatre mois après la constatation de la réaction R + + dans leur urine. Ce délai de quatre mois ne fut observé que chez un seul malade; chez tous les autres, la survie ne dépassa pas deux mois à deux mois et demi. Les cinq autres quittèrent le service, moribond. Les trois derniers malades, dont les urines ne donnèrent pas la réaction au premier examen, ne tardèrent pas à la présenter, elle apparut quinze jours à trois semaines après leur entrée à l'hôpital et précéda leur mort de quelques semaines seulement.

De ces faits, quelques conclusions nous paraissent se dégager avec évidence. La réaction d'Ehrlich peut apparaître d'une manière intermittente dans les urines de tuberculeux à lésions peu avancées et dont l'état général est encore assez bon. Elle paraît alors coïncider avec une poussée fébrile et traduit vraisemblablement l'éclosion de nouveaux foyers bacillaires. Sa présence dans ces cas, tout en ayant une grande importance, n'entraîne pas un pronostic très grave. Lorsque, au contraire, elle s'installe d'une manière définitive, lorsqu'on la trouve intense (R + +) dans tous les examens pratiqués à plusieurs jours d'intervalle, fût-ce même chez un malade peu avancé et apyrétique, on peut affirmer qu'il s'agit d'une tuberculose très grave à marche rapide. C'est ainsi que deux de nos malades arrivèrent avec des signes peu accusés de ramollissement; l'état général était bon, l'appétit conservé, mais ces malades présentaient une diazo-réaction des plus nettes; chez tous deux la maladie évolua rapidement, les signes cavitaires apparurent, la fièvre s'alluma et la mort survint moins de deux mois après leur entrée à l'hôpital, alors que, sans la constatation de la diazo-réaction, on eût pu espérer pour eux une survie prolongée et même une amélioration sérieuse.

D'autre part, nous n'avons pas vu un seul malade arrivé à la période ultime de l'affection, chez lequel la diazo-réaction fît défaut; nous n'entendons pas dire qu'elle ne puisse pas disparaître pendant la période agonique, comme le croit Michaelis, bien que nous n'ayons jamais constaté ce fait pour la tuberculose, mais nous croyons que l'absence de la réaction d'Ehrlich, constatée à plusieurs reprises chez un tuberculeux avancé permet d'affirmer que la terminaison n'est pas imminente, et qu'une survie de plusieurs semaines est presque sûrement assurée au malade. Il s'ensuit que la valeur pronostique de la diazo-réaction dans la tuberculose pulmonaire est à nos yeux considérable. Présente, elle permet d'affirmer, même chez un sujet en apparence peu atteint, qu'il s'agit d'une forme grave, à marche rapide, que les efforts thérapeutiques seront vains, que la survie ne dépassera sans doute pas deux à trois mois. Fait-elle défaut au contraire, même chez un sujet très affaibli, cachectique, miné par la fièvre hectique, on peut dire que la phase ultime n'est pas arrivée, qu'une longue rémission n'est pas impossible, que, vraisemblablement, la mort ne surviendra pas avant plusieurs semaines.

On voit, d'après les nombreux examens que nous venons de rapporter, quels services peut rendre en clinique la recherche systématique de la diazo-réaction d'Ehrlich dont la présence au cours de certains états infectieux déterminés ou à la période terminale de quelques infections subaiguës ou chroniques, apporte un appoint précieux au diagnostic et au pronostic.

Fort étudiée en Allemagne elle n'a fait jusqu'à ce jour l'objet que de rares travaux français. Il nous semble qu'elle mérite d'entrer dans la pratique journalière courante à côté d'autres moyens d'exploration.

Consulter pour la partie clinique :

(1) Georgiewsky. *Wratch*, 1883, n° 28, et *Deuts. med. Wochens.*, 1883, n°s 45 et 48. — (2) Nissen. Loc. cit. — (3) Umikoff. *Diazoreaction im Harne Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1897. — (4) Hezé. Loc. cit. — (5) Rutimeyer. *Corresp. Blät. f. Schweizer Aerzte*, 1890, p. 186. — (6) Krokiewicz. *Wien: klin. Wochens.*, 1898, n° 8. — (7) Fischer. *Die D. R. Pneumonie, Morbillem au typhus exanthematicus*, Berlin 1883. — (8) Brecht. *Die diagnostische Bedeutung der D. R.*, Berlin 1883. — (9) Brewing. Ueber die D. R., *Zeits. f. klin. Med.*, 1886, p. 561. — (10) Rivier. Loc. cit. — (11) Sergent. *Bull. méd.*, février 1901. — (12) Coste. Th. de Paris, 1899. — (13) Von Koeppen. *Centralbl. f. klin. Med.*, 1899, p. 18. — (14) Jez. *Wien. med. Wochens.*, 1896, n° 52. — (15) Nissen. Loc. cit. — (16) Lœwinsen. *Ueber die Ehrlich'she Deazoreaction*, Dissert., Berlin 1883. — (17) Grundies. *Zeits. f. klin. Med.*, 1884, Bd. VIII, p. 364. — (18) Escherich. *Deuts. med. Wochens.*, 1883, n° 45. — (19) Michaelis. *Deuts. med. Wochens.*, 1899, n° 10.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Assistance publique. — M. Mourier, maître des requêtes au Conseil d'état, est nommé directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. Comme membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans différentes commissions, le nouveau directeur s'est déjà occupé des questions d'assistance.

Marine. — M. le médecin principal Michel, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Brennus*, qui entrera en armement à Toulon le 1er juin prochain.

Médecins sanitaires maritimes. — A la suite des examens qui viennent d'avoir lieu, à la direction de la Santé, à Marseille, sont proposés à M. le ministre de l'Intérieur, pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. Aoust, Bènes, Bertholin, Blanc-Salites, Chambard, Cousin, Deramé, Herrenschmidt, Lhéritier de Chazelles, Petit, Pitrat, Soulié.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — A PROPOS DE L'EMPLOI DE L'EAU OXYGÉNÉE POUR LE DÉCOLLEMENT DES PANSEMENTS ADHÉRENTS, par le docteur M. CHANOZ, chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — — REVUE DE LA PRESSE. De l'anesthésie cocaïnique du pharynx et de l'œsophage en cas de corps étranger; — De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la vaseline stérilisée dans les tissus; — Le permanganate de potasse dans l'antisepsie buccale. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 29 mai 1901.

Qui n'a pas lu la relation intime de la pseudo-grossesse de la reine de Serbie? C'est l'actualité d'hier! C'est un joli sujet que nous ne désespérons pas de voir chansonner sur les planches. Cette pauvre reine n'a plus rien de caché pour personne. Sa ligne blanche est fort « pigmentée », et personne ne saurait s'en étonner, car chacun sait maintenant qu'elle a les « cheveux » fort noirs. L'aréole de ses seins n'a plus de mystère pour les lecteurs de journaux, qui ont également appris avec le même intérêt qu'elle avait la « menstruatio parva » et que son tube digestif était très encombré à cause de sa « forte alimentation ».

Il vaut mieux s'arrêter dans les citations de cette publication tapageuse, qui nous étale tout au long, comme à plaisir, les plaies cachées de cette pauvre patiente, si déçue dans ses espérances, dans ses aspirations intimes, polluées par cette indécente mise à nu.

Il est difficile d'aller plus loin dans cette voie, où l'inconscience paraît pousser quelques-uns d'entre nous. Que doivent penser de leurs médecins les malheureux malades à qui le hasard des lectures mettra en main de pareilles révélations? Quel respect, quelle confiance pourront-ils conserver en lisant, cyniquement étalée dans les colonnes d'un journal, la narration de leurs misères, de leurs imperfections et de leurs infirmités! L'on cherche vainement ce que la science peut gagner à cette profanation du secret professionnel; mais on voit sans peine, hélas! ce que l'honorabilité et le bon renom de la corporation peuvent y perdre.

Si la loi est impuissante pour arrêter ces coupables publications, il est utile qu'une protestation autorisée se fasse entendre. Et puisque les faits sont maintenant publics, pourquoi une société savante, la Société de médecine légale par exemple, ne mettrait-elle pas à son ordre du jour l'appréciation de pareils procédés? Ce serait un soulagement pour la conscience médicale de voir répudier hautement de tels agissements, ce serait une sanction publique pour des faits rendus publics. Cette sanction recueillerait l'approbation unanime de tous les honnêtes gens. Quant à nous, nous n'attendrons pas plus longtemps pour faire connaître l'écœurement dans lequel nous a plongés la lecture de cette inconcevable et malsaine publication.

A PROPOS DE L'EMPLOI DE L'EAU OXYGÉNÉE
POUR LE DÉCOLLEMENT DES PANSEMENTS ADHÉRENTS (1)

Par le docteur M. CHANOZ,
Chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

M. le professeur A. Poncet m'ayant fait l'honneur de me demander mon opinion sur le mécanisme du « décollement des pansements par l'eau oxygénée », il m'a paru intéressant de résumer ici, pour ce qui concerne les chirurgiens, certains points de l'histoire de cette substance.

A. — 1° L'eau oxygénée H^2O^2 est un liquide incolore, plus dense que l'eau ordinaire H^2O. Ce corps formé avec absorption de chaleur (réaction endothermique) est instable; il se détruit facilement, dégage de l'oxygène en devenant de l'eau ordinaire $H^2O^2 = O + H^2O$.

La décomposition est favorisée par le contact de l'air; on doit donc conserver ce liquide dans des *flacons fermés* à l'*abri des poussières*, en *évitant l'agitation*.

2° La *valeur* d'une eau oxygénée est donnée par la quantité d'oxygène gazeux que peut fournir ce liquide en se décomposant totalement. On dit qu'une eau oxygénée est à 10 volumes, quand 1 centimètre cube de cette eau peut, par destruction totale, donner 10 centimètres cubes d'oxygène gazeux (mesuré dans les conditions normales).

On obtient une eau à 5 volumes, en ajoutant à l'eau oxygénée à 10 volumes une égale quantité d'eau ordinaire.

3° Chimiquement pure, l'eau oxygénée est neutre au tournesol; mais *pratiquement*, l'eau oxygénée commerciale rougit ce réactif, car elle contient des quantités parfois notables d'acides : sulfurique, phosphorique, etc. Cette *acidité* n'est pas sans inconvénients; elle peut amener l'*irritation des tissus* — les médecins ne doivent pas l'ignorer. Pour les usages cliniques il faut neutraliser l'eau oxygénée.

La méthode la plus commode, la plus médicale dirai-je, est celle indiquée par M. le professeur Crolas dans la thèse

(1) Antonin PONCET. Du décollement du « Mikulicz » et des pansements adhérents par l'arrosage des plaies avec l'eau oxygénée, *Gaz. des hôpit.*, 14 mai 1901.

de M. Michaut (1). *A l'eau oxygénée on ajoute goutte à goutte une solution saturée de biborate de soude (borax) jusqu'à ce que le papier de tournesol, préalablement rougi par H^2O^2 acide, reprenne sa couleur bleue primitive.* On obtient ainsi l'eau oxygénée neutralisée; elle est peu irritante; de plus, comme on le verra plus loin, elle est plus active que l'eau oxygénée acide.

B. — Certains corps : minéraux, organiques, détruisent l'eau oxygénée en s'altérant eux-mêmes dans une véritable réaction chimique. D'autres, comme le charbon pulvérisé, la décomposent sans se modifier, par action de présence (*catalytique*).

I. A la suite de Thénard, P. Bert et Regnard (2) ont étudié l'action des différentes substances de l'organisme sur l'eau oxygénée. Ils ont vu que le lait, l'urine, la salive, les graisses sont sans action notable.

Au contraire le tissu conjonctif, les cartilages articulaires l'osséine, le muscle, le foie, le pancréas, le rein décomposent l'eau oxygénée.

Mais c'est le sang qui jouit au plus haut degré de ces propriétés destructives. Si l'on mêle dans un tube à essai quelques gouttes de sang et d'eau oxygénée, on obtient une belle mousse abondante, persistante. Un travail récent (3) prouve que 1 centimètre cube de sang humain en détruisant l'eau oxygénée libère environ 600 centimètres cubes d'oxygène.

Des diverses recherches, il semble découler que l'action destructive du sang appartient à la *fibrine* et aux *globules*.

Tous les tissus baignant pour ainsi dire dans le sang exercent, indépendamment de leur action propre relatée plus haut, une action destructive due au sang. Notons bien que l'action est surtout énergique quand le milieu (H^2O^2) est neutre ou alcalin.

L'action destructive des tissus *enflammés* est supérieure à celle des tissus normaux. L'expérience se fait avec le péritoine. Le péritoine exposé à l'air depuis quelques instants donne une mousse plus abondante que le péritoine normal.

Il faut se rappeler que les tissus de l'organisme s'altèrent en décomposant l'eau oxygénée; il y a longtemps que P. Bert et Regnard ont prouvé que certaines albumines devenaient *albumoses*. Un essai facile à faire montre que les tissus se ramollissent, se liquéfient même quand on les immerge quelque temps dans l'eau oxygénée (4).

II. Une simple action physique suffit quelquefois à décomposer l'eau oxygénée.

En faisant barbotter un gaz inerte dans ce liquide on provoque un abondant dégagement d'oxygène. L'introduction de poudre de charbon, d'une baguette de verre dans l'eau oxygénée commence la décomposition. La destruction est provoquée par des bulles gazeuses souvent invisibles entraînées par ces corps et qui jouent le rôle d'« atmosphères » au sein desquelles se fait la libération d'oxygène.

Une longue ébullition préalable du charbon, du tube de verre, en chassant les bulles adhérentes supprime par là même le pouvoir destructeur de ces substances.

Les tissus constituant les pansements : coton hydrophile, gaze, toile, etc., n'ont, ainsi que je m'en suis assuré, qu'une action faible sur l'eau oxygénée. Si on les fait d'abord bouillir dans l'eau ordinaire, ils n'agissent plus sensiblement pour amener de dégagement d'oxygène. Ils n'interviennent donc *pratiquement* que par les bulles de gaz qu'ils retiennent dans leurs mailles.

Mais quand ces pansements sont imprégnés de sang ou de liquides de plaies, immédiatement ils donnent avec H^2O^2 une mousse abondante.

C. — Ce qui précède fait deviner le mécanisme (déjà décrit par M. Porteret) du décollement par l'eau oxygénée des pansements adhérents.

Aux points d'adhérence se trouve de la sérosité plus ou moins desséchée, qui relie le tissu au pansement. En aspergeant d'eau oxygénée, ce liquide, par imbibition, pénètre jusqu'au niveau du mastic destructeur : H^2O^2 se décompose, O apparaît, formant une couche gazeuse qui supprime les contacts déjà ramollis par le liquide.

Quand l'adhérence est profonde, dans un cul-de-sac possédant un orifice étroit (c'est le cas du Mikulicz) une autre cause doit intervenir selon moi, quelque faible soit-elle. Le gaz en se dégageant rapidement s'accumule, exerce une certaine pression contre les parois déformables de la cavité. Il en résulte une sorte de cisaillement entre la paroi et le pansement; la séparation tend à se produire de ce fait.

D. — On a justement insisté sur les propriétés antiseptiques, désodorisantes, excitantes, hémostatiques, etc., de l'eau oxygénée. M. Michaut en fait l'antiseptique de choix pour la purification des régions anfractueuses : rectum, vagin, bouche.

M. Bec [d'Avignon (1)] signale qu'en injectant de l'eau oxygénée dans le tissu ou le cœur d'un cadavre (adulte ou fœtus), on peut parfois ramener les battements du cœur *plusieurs heures* après la mort. Il est probable que s'inspirant de ce fait on tentera (si l'on ne l'a tenté déjà) l'emploi de l'eau oxygénée dans les états asphyxiques du fœtus ou de l'adulte.

M. le professeur A. Poncet conseillant à son tour l'eau oxygénée dans la pratique journalière, il n'est pas douteux que ce produit sera bientôt dans toutes les mains. A cause de cette vogue qui s'annonce générale il est bon de signaler un *danger* possible, que l'on saura éviter, si l'on est prévenu.

L'eau oxygénée s'absorbe assez facilement, passe dans la circulation et donne, au contact du sang, des bulles d'oxygène.

Les embolies gazeuses mortelles sont faciles à réaliser chez l'animal par injections sous-cutanées, intra-péritonéales etc., d'eau oxygénée.

On a signalé (2) un cas de mort chez un homme dont on lavait la plèvre chaque jour (pleurésie purulente) avec l'*énorme* dose de 1 litre d'eau oxygénée.

Il faut savoir que le danger dépend de la quantité de gaz formé au contact du sang. Si cette quantité est faible, les bulles ne sont pas redoutables, car petit à petit elles disparaissent à mesure que l'oxyhémoglobine se réduit du fait de la vie des tissus (cela n'aurait pas lieu évidemment si le gaz était de l'azote). De plus l'absorption n'est pas instantanée; si la surface où arrive l'eau oxygénée est enflammée, recouverte de sérosités la plus grande partie de cette eau oxygénée est détruite avant que l'absorption se produise. Cela est si vrai que, dans le cas malheureux unique signalé plus haut, l'accident ne s'est produit qu'après de nombreux

(1) V. Michaut. *Contribution à l'étude de l'eau oxygénée*, Th. de Lyon, 1900.

(2) P. Bert et Regnard. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1882-83.

(3) S. Cotton. *Bull. de la Soc. de pharm. de Lyon*, janv. 1901.

(4) *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, janv. 1901. — C. Moreau montre que le catgut s'altère dans l'eau oxygénée. Il attribue à ce fait une hémorragie secondaire foudroyante dans un moignon de cuisse, huit jours après amputation (lavages à H^2O^2).

(1) Bec (d'Avignon). *Nouveau Montpellier méd.*, mars 1901.

(2) Voy. Th. Michaut.

lavages, au moment où était *à peu près guérie* la pleurésie purulente.

En usant *modérément* d'une eau oxygénée à titre moyen, à *destructibilité très rapide* (eau alcalinisée) on peut à coup sûr éviter les accidents d'embolie gazeuse, dans tous les cas possibles.

En particulier dans l'application préconisée par M. le professeur Poncet, pour le décollement des pansements adhérents, on n'a rien à craindre *si l'on verse par petites fractions en quantité juste suffisante, l'eau oxygénée alcalinisée par le borate de soude et ne titrant pas plus de* 8 *à* 10 *volumes*.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (28 MAI 1901)

M. Huchard a appelé l'attention de l'Académie sur les **névralgies anévrysmales**, vieille question puisqu'elle remonte à Morgagni, mais sur laquelle néanmoins il y a lieu de revenir. M. Huchard veut parler surtout de ces anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, anévrysmes pouvant passer si longtemps inaperçus, ne pouvant, dans cette zone qu'il appelle la zone des erreurs de diagnostic, comprimer aucun viscère important et ne pouvant exercer cette action compressive que sur les nerfs intercostaux, d'où ces douleurs intercostales, ces névralgies anévrysmales.

Ces douleurs, ces névralgies présentent des caractères spéciaux qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante. En voici quelques exemples : un malade pseudo-neurasthénique se présente à M. Huchard le corps penché en avant, incliné du côté droit, se plaignant de douleurs atroces, intolérables, le long des côtes; cet état durait ainsi depuis plusieurs mois; tous les moyens employés pour combattre cette douleur étaient restés inefficaces. Devant le caractère de ces douleurs, leur intensité, leur persistance, leur ancienneté, leur résistance à tous les calmants possibles, leur variabilité selon l'attitude du malade, M. Huchard pense à l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique, et découvre, en effet, des pulsations qui ne pouvaient plus lui laisser aucun doute.

Récemment entre dans son service un homme de quarante-six ans, mécanicien, atteint d'insuffisance aortique; depuis dix-huit mois, cet homme éprouve des douleurs intolérables; on fait la radiographie qui ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique déjà diagnostiqué par le caractère particulier des douleurs dont se plaint ce malade.

On donne de l'iodure de potassium aux doses de 4, 6 et 8 grammes par jour, on prescrit le repos, le régime lacto-végétarien; après quelques jours, les douleurs ont complètement disparu et une nouvelle radiographie montre que l'anévrysme s'est très notablement réduit.

De même, certaines névralgies brachiales atroces et rebelles à tout traitement dépendent d'un anévrysme de l'axillaire. M. Huchard nous en donne plusieurs exemples qui, presque tous, ont été singulièrement améliorés, parfois même guéris par l'emploi de l'iodure de potassium.

Signalons, en passant, qu'il n'est pas nécessaire qu'un anévrysme soit d'origine syphilitique pour être amélioré par l'iodure de potassium.

Étant interne de Desnos, en 1871, M. Huchard reçoit un malade atteint d'épanchement pleural. Il n'avait alors à sa disposition, comme moyen de ponction, que le gros trocart de Reybart. C'est là, croyons-nous, une légère erreur de M. Huchard; si nos souvenirs sont précis, la seringue aspiratrice de Dieulafoy était déjà inventée à cette époque. Peu importe; on retire peu de liquide; le malade est pris de syncope, d'expectoration albumineuse et meurt peu de temps après; à l'autopsie, on trouva un énorme anévrysme de l'aorte descendante. De même, une ascite peut masquer un anévrysme abdominal. M. Huchard nous cite plusieurs exemples de ce genre et termine en insistant sur l'extrême importance de ces névralgies anévrysmales dont le caractère, la durée, l'intensité peuvent permettre, dans certains cas, de dépister un anévrysme de l'aorte thoracique. En présence de ces douleurs atroces, rebelles, caractérisées par une sorte de martellement ininterrompu, pensons donc à cet anévrysme.

On doit féliciter M. Huchard de rappeler l'attention sur ces faits qui, s'ils ne sont pas nouveaux, n'en présentent pas moins un réel intérêt clinique. Combien de ces faits doivent échapper aux praticiens sous le couvert de la neurasthénie !

M. Fournier, à propos de cette communication de M. Huchard, relate le fait suivant : un malade, syphilitique avéré, souffrait de douleurs atroces dans le bras gauche que rien n'expliquait. Le traitement spécifique fit disparaître la douleur. Deux ou trois ans après, le malade présenta tous les signes d'un anévrysme de l'aorte; là encore, le traitement spécifique réussit à merveille.

M. Barette (de Caen) rapporte un cas de **déciduome utérin**. Il s'agit d'un néoplasme utérin ayant pour point de départ les cellules déciduales; affection assez rare et mal connue, le déciduome a des caractères cliniques souvent incertains, mais sa structure histologique est assez spéciale pour la différencier d'autres tumeurs malignes.

Une femme de vingt ans fait une fausse couche de deux mois, en janvier 1900, présente des pertes abondantes de mai à fin octobre. On reconnait à ce moment un gros utérus avec col sain, avec une bosselure du volume d'une noisette à sa surface. L'évolution et les caractères locaux faisant penser à un néoplasme malin, l'hystérectomie totale est pratiquée. L'examen anatomique montre une tumeur lobulée implantée largement sur le fond de l'utérus, envoyant des prolongements sous forme d'îlots séparés dans le tissu musculaire voisin et sous le péritoine. Au microscope, les lobules sont formés par des masses de cellules épithélioïdes à gros noyau très chromatique et à protoplasma très peu coloré, séparées par des travées syncitiales.

L'opération, faite il y a six mois, n'a encore été suivie d'aucune récidive.

MM. Reverdin (de Genève), Ceccherelli (de Parme) et Neugbauer (de Varsovie) ont été élus membres correspondants étrangers.

Signalons, parmi les pièces de la correspondance, une lettre assez originale de M. Paul Faure (d'Alger), qui demande à l'Académie de vouloir bien contribuer à une revision du calendrier. En quoi, direz-vous, cela peut-il intéresser l'Académie? C'est bien simple; M. Faure demande que la semaine soit réduite à cinq jours. Il en résulterait que les travailleurs pourraient avoir deux jours de repos. Or, l'Académie ne saurait rester indifférente à aucune des améliorations du sort des travailleurs, et celle-ci vaudrait encore mieux que les trois-huit.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(24 mai 1901)

MM. Comby et Gadaud ouvrent la séance en rapportant une série de **trois cas de péritonite aiguë survenue au cours de la vulvo-vaginite des petites filles.** Ces trois cas sont curieux parce que chaque fois on posa le diagnostic de péritonite appendiculaire, et chaque fois on voulut intervenir chirurgicalement. Or, les malades guérirent sans opération. Il faut donc retenir la relative fréquence de la péritonite gonococcique des petites filles, que la toujours envahissante appendicite fait trop laisser dans l'ombre. La propagation de l'infection gonococcique de la vulve et du vagin au péritoine se fait très aisément par l'utérus et les trompes.

MM. Gaucher et Coyon présentent une femme qui porte sur le bras droit et à la base du sein droit de **petites plaques de morphée ou de sclérodermie.** Ce qui caractérise cette éruption, c'est surtout la disposition zoniforme. Cinq de ces plaques siègent sur le territoire du brachial cutané interne, une sixième, située dans le deuxième espace intercostal, est aussi sous la dépendance de ce nerf, dont une branche, l'accessoire du brachial cutané interne, s'anastomose avec le deuxième nerf intercostal. Cette disposition vient à l'appui de l'origine nerveuse de la sclérodermie regardée comme une trophonévrose.

MM. Triboulet et Decloux présentent un malade atteint de **leucémie myélogène.** En présence de ce seul signe existant chez le malade, à savoir l'hypertrophie de la rate, on crut d'abord à une splénomégalie tuberculeuse. Seul l'examen du sang permit de ratifier le diagnostic. On rencontra une hyperleucocytose intense : 514 000 globules blancs par millimètre cube. Cette leucocytose est en grande partie due à des globules blancs d'origine médullaire ; la présence de nombreux globules rouges à noyaux vient confirmer que l'on se trouve en présence de cette affection décrite par Ehrlich sous le nom de leucémie myélogène.

MM. Launois et Camus présentent un malade chez lequel on entend très nettement, à 20 ou 25 centimètres de la poitrine, un bruit strident, vibrant, que l'auscultation permet de rattacher au **deuxième bruit aortique.** Ce malade, syphilitique ancien, souffrait de la région du cœur depuis plusieurs années quand subitement, en octobre dernier, à la suite d'une émotion violente il fut pris d'une douleur intense dans le thorax. Il perdit connaissance, tomba et depuis cet accident il entend distinctement lui-même le bruit pathologique rythmique avec les battements de son cœur.

MM. Babinski et Nageotte ont examiné le **liquide céphalo-rachidien de 120 sujets.**

Chez les individus ne présentant aucun signe objectif d'affection organique du système nerveux, aucun trouble fonctionnel pouvant faire craindre l'éclosion prochaine d'une affection organique, le résultat a toujours été négatif. Il a été toujours positif dans les nombreux cas de tabes et de paralysie générale ; positif encore chez les sujets présentant le signe d'Argyll Robertson, en l'absence de tout autre signe de tabes ou de méningo-encéphalite diffuse ; positif aussi dans un cas d'épilepsie et chez trois malades atteints vraisemblablement de sclérose multilobulaire ; négatif dans les cas suivants : myopathie, polynévrite, sciatique, chorée, hémiplégie, paraplégie spasmodique, mal de Pott, tumeur cérébrale, atrophie papillaire non tabétique.

M. Troisier montre **deux calculs biliaires expulsés spontanément par l'intestin.** M. Béclère présente de nombreuses épreuves radiographiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 mai 1901)

La **rachicocaïnisation** n'a pas donné à M. Poirier de très bons résultats. Tout d'abord, dans quelques cas, il a éprouvé de réelles difficultés à pénétrer dans le canal rachidien. En outre, il a observé tous les accidents déjà si souvent notés dans cette discussion, vomissements, tremblement, céphalées, tendances syncopales, et, presque dans tous les cas, une élévation de température, le soir, plus ou moins caractérisée et allant parfois jusqu'à 40 degrés. Aussi M. Poirier n'a-t-il pas poussé plus loin l'expérience et il a abandonné cette méthode pour revenir au chloroforme.

M. Legueu, pour ses débuts à la Société, prononce un grand discours dans lequel il traite à fond la question en discussion. Il se montre un chaud partisan de la méthode.

Voici le résumé de ce discours :

M. F. Legueu a pratiqué 150 injections lombaires de cocaïne ; il a utilisé des solutions de cocaïne et d'eucaïne à 1/50 et à 1/100. Les doses ont été toujours inférieures à deux centigrammes. Il ponctionne dans le troisième espace lombaire, reconnaît la pénétration à la résistance spéciale du ligament jaune. A cette ponction, il n'a vu aucune difficulté, à part deux fois où il a échoué, et il peut conclure qu'elle est facile, peu douloureuse et sans dangers.

Sur 150 cas, il a eu 4 échecs complets ; l'analgésie fut nulle et il dut recourir au chloroforme. Un de ces malades, qui ne fut nullement insensibilisé par la première piqûre, fut plus tard soumis pour une autre opération à une nouvelle injection et fut parfaitement insensibilisé.

L'analgésie a été parfaite dans 100 cas, elle a été imparfaite mais suffisante dans 50 cas. L'analgésie s'étend aussi aux viscères, et en ce qui concerne la vessie en particulier, M. Legueu a pu constater, dans dix opérations vésicales (lithotrities, cystoscopies), que la vessie perdait sa sensibilité douloureuse et que la litithrotritie pouvait s'effectuer facilement et aussi bien qu'avec le chloroforme.

L'analgésie est en général suffisante quelques minutes après l'injection, mais il semble qu'au delà de quarante ou quarante-cinq minutes, l'insensibilité devenait moins parfaite.

Les incidents que M. Legueu a remarqués sont les suivants : *pendant* l'opération, il a noté le tremblement des membres inférieurs (30 fois), le relâchement du sphincter (16 fois) et les vomissements dans un tiers des cas. Au moment où ceux-ci se manifestent, il se produit un état de malaise avec sueurs froides, petitesse du pouls : jamais ces incidents n'ont été assez graves pour le préoccuper.

Après, quelques malades ont bénificié d'une quiétude parfaite ; d'autres ont eu des vomissements (20 fois), de l'élévation de la température (20 fois), de la céphalalgie (dans la moitié des cas). Celle-ci, quelquefois tenace, et persistante pendant cinq ou six jours, est d'autres fois très légère. Enfin, il note une parésie des membres inférieurs pendant quatre jours (1 fois) de la rétention d'urine (1 fois) et de l'incontinence (1 fois).

La rachicocaïnisation, au point de vue de l'analgésie, peut supporter la comparaison avec n'importe quelle autre méthode ; au point de vue de la gravité, il n'est pas établi qu'elle

soit plus dangereuse que le chloroforme : aux morts qu'on lui impute, M. Legueu oppose les morts secondaires du chloroforme. Aux accidents graves de méningisme qu'elle a causés, il oppose les alertes que le chloroforme nous donne encore trop souvent. A la morbidité de la cocaïne, il oppose enfin la morbidité du chloroforme, c'est-à-dire les vomissements, les urines rares, etc., qui altèrent pendant quelques jours ces suites opératoires.

La conservation de la conscience n'est un inconvénient que dans les grandes opérations. Dans bien des cas, elle peut être un avantage : plusieurs des malades de M. Legueu, opérées plusieurs fois avec le chloroforme, l'éther et la cocaïne, ont préféré cette dernière.

Il ne fait pas de laparotomie à la cocaïne; il craint les vomissements, il redoute d'imposer une épreuve trop pénible. Il excepte aussi les enfants, les sujets nerveux, mais pour le plus grand nombre des opérations sons-ombilicales, réglées, méthodiques, et dont la durée ne dépasse pas trois quarts d'heure, la rachicocaïnisation lui paraît indiquée comme une bonne méthode, intermédiaire entre l'anesthésie locale plus restreinte et l'anesthésie générale, plus étendue.

M. Routier tient à faire connaître le cas dans lequel il a eu recours, pour la deuxième fois, à la rachicocaïnisation. Il s'agissait d'un homme extrêmement fort et robuste qui était emphysémateux et sur lequel M. Routier avait à pratiquer une cure radicale de hernie. Comme ce malade avait toussé beaucoup, quand il alla mieux, craignant de réveiller la bronchite, M. Routier préféra l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne au chloroforme. Il injecta un centimètre cube de la solution au centième; il obtint une anesthésie très rapide, mais aussitôt le malade présenta une pâleur épouvantable, fut pris d'une sueur froide, de petitesse du pouls, de selles involontaires et d'une angoisse respiratoire qui inspirèrent à M. Routier les plus vives inquiétudes. Cependant, il put mener à bien l'opération et laissa le malade encore dans un état très inquiétant. Toutefois, cet homme, qui resta ainsi plusieurs heures en imminence de mort, finit par se remettre et, le soir, il n'y avait plus aucun danger.

M. Chaput signale plusieurs faits qu'il a eu l'occasion de constater depuis sa dernière communication : d'abord la grande difficulté, dans certains cas, de pénétrer dans le canal rachidien; dans un cas, il a obtenu une anesthésie totale qui lui aurait permis de pratiquer une opération même sur la tête; enfin, M. Chaput signale ce fait que la cocaïne ancienne, datant de deux et trois ans, donne d'aussi bons résultats, au point de vue de l'anesthésie, que la cocaïne récente.

C'est aussi l'avis de M. Reclus qui tient, avant de donner la parole à M. Tuffier pour clore la discussion, à déclarer bien hautement que, dans les deux tiers des opérations dont a parlé M. Tuffier, il s'engage à obtenir une analgésie absolument complète sans aucune suite opératoire avec la cocaïnisation localisée.

M. Tuffier prendra la parole dans la prochaine séance.

Nous arrivons aux présentations :

Une femme de trente-cinq ans, présentée par M. Guinard, a été opérée, il y a huit mois, à Bicêtre, pour un **fibrome utérin** adhérent aux anses intestinales et à l'épiploon. Du côté droit, il y avait un épithélioma végétant de l'ovaire; du côté gauche, un kyste ovarique. Au cours de cette opération laborieuse, M. Guinard coupa, réséqua même, une assez grande partie de l'uretère gauche; ne pouvant réunir l'un à l'autre les deux bouts, il dut se contenter d'aboucher le bout supérieur au côlon descendant. Or, chez cette malade, l'évacuation d'urine par l'intestin ne donna lieu à aucune diarrhée et cette malade a parfaitement guéri.

Dans un cas de ce genre, M. Monod a pu réunir les deux bouts l'un à l'autre. De même, M. Rochard, dans un cas analogue, a pu réunir les deux bouts d'un uretère sectionné au cours d'une hystérectomie abdominale totale.

A propos de deux cas de **kystes hydatiques du foie** opérés, avec succès, par M. Poirier, selon le procédé de suture de Delbet, MM. Schwartz, Lejars et M. Quénu lui-même, qui s'était montré opposé à ce procédé, apportent de nouveaux faits absolument confirmatifs et favorables à la méthode de M. Delbet.

REVUE DE LA PRESSE

De l'anesthésie cocaïnique du pharynx et de l'œsophage en cas de corps étranger. — M. Lardennois (de Reims) rapporte trois observations, dans lesquelles la cocaïnisation large de l'œsophage, par le contact assez prolongé d'un tampon d'ouate imprégné de la solution au centième et porté sur le mandrin porte-olive œsophagien, lui a permis de mobiliser des corps étrangers de l'œsophage.

La cocaïnisation fait ici disparaître un spasme musculaire du conduit, analogue au spasme réflexe de la colique hépatique ou néphrétique qui fait obstacle à la migration du corps étranger. (*Union méd. du Nord-Est*, 15 avril 1901).

F. R.

De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la vaseline stérilisée dans les tissus. [M. Delangre (de Tournai).] — Le procédé consiste à combler les lacunes, les dépressions produites par les cicatrices, l'ablation d'organes ou de parties d'organes intéressant la périphérie de l'organisme, par l'utilisation, en injection, de vaseline qui joue le rôle de remplissage par la propriété qu'elle présente de se liquéfier par la chaleur et de se solidifier par le refroidissement. Il n'existe de différence d'avec la méthode décrite et adaptée par Gersuny que l'adjonction, imaginée par M. Delangre, de la poudre de corail à la vaseline pour la colorer en rose et corriger la pâleur cireuse imprimée aux téguments par l'injection de vaseline pure.

Le temps n'a pu encore consacrer la valeur de ce procédé que l'auteur a employé 3 fois et le premier en Belgique. Le procédé n'en est pas moins fort curieux. (*Procès-verb. Acad. roy. de méd. de Belgique*, 27 avril 1901).

L. G.

Le permanganate de potasse dans l'antisepsie buccale. — M. Henri Grorichard (de Besançon) recommande vivement comme autiseptique buccal le permanganate de potasse dont la caractéristique est, ainsi que l'a montré M. Arnozan (1), d'abandonner de l'oxygène aux matières organiques au contact desquelles il est placé, facilitant ainsi par une oxydation énergique la destruction des microbes.

M. Grorichard prescrit après chaque repas un lavage de la bouche avec un verre d'eau bouillie à 40 degrés, dans lequel on verse v gouttes de la solution de permanganate de potasse au dixième. On peut aromatiser avec quelques gouttes d'alcool de menthe, encore le mélange doit-il être extemporané pour ne pas se décomposer.

M. Grorichard a ainsi obtenu d'excellents résultats dans des cas de stomatite aphteuse, dans les gingivites à streptocoques. Le pouvoir antiseptique du permanganate de po-

(1) Arnozan. *Précis de thérapeutique*, 1901.

tasse lui permet de supprimer les microbes pathogènes du milieu buccal qui déterminent les caries dentaires et les suppurations de la pulpe.

Avec la solution indiquée plus haut, le permanganate de potasse stérilise sans détruire l'épithélium de la muqueuse buccale et il en entretient l'humidité et la souplesse. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mai 1901). F. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Napoléon jugé par un Anglais [illustré de 3 portraits] (1), par M. le docteur CABANÈS.

Le très intéressant livre que notre excellent confrère, M. Cabanès, vient de publier chez Vivien, apporte un nouvel et important appoint à l'histoire déjà si fouillée de Napoléon.

Les lettres de Warden, chirurgien de l'empereur, à bord du *Northumberland*, qui l'emmena à Sainte-Hélène, avaient été publiées déjà en Angleterre au début du siècle, mais elles n'étaient connues que d'un petit nombre de fervents napoléoniens.

Il faut donc savoir gré à notre confrère de les avoir réunies dans son nouveau livre.

Elles sont suivies des « Lettres du cap de Bonne-Espérance », réponses de Napoléon aux lettres de Warden.

On lira avec intérêt cette correspondance où le pittoresque du style de l'auteur arrive presque à faire oublier l'insolence de l'Anglais envers le glorieux vaincu.

Les notes, les documents justificatifs, si nombreux, qui accompagnent les lettres de Warden, montrent bien que l'auteur du cabinet secret de l'histoire n'est pas seulement le brillant chroniqueur que nous connaissions mais aussi un historien rigoureux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 JUIN 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, nouveau régime) : MM. Hayem, Gley et André; — (2e série) : MM. Brissaud, Gaucher et Desgrez; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Jalaguier et Mauclaire ; —(2e série) : MM. Delens, Tuffier et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Méry ; — M. Walther, suppléant.

MARDI 4 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, ancien régime) : MM. Proust, Hutinel et Thoinot; — (2e série) : MM. Raymond, Ménétrier et Chassevant; — (3e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Roger; — (4e série) : MM. Troisier, Broca (André) et Langlois ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Campenon; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Charrin; — (2e série) : MM. Cornil, Joffroy et Dupré; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 5 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, nouveau régime) : MM. Hayem, Hanriot et Wurtz; — (2e série) : MM. Pouchet, Brissaud et Méry ; — (ancien régime) : MM. Joffroy, André et Widal; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Legueu, Delens et Lejars; — (2e série) : MM. Reclus, Reynier et Delbet; — M. Tuffier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

JEUDI 6 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, ancien régime) : MM. Raymond, Hanriot et Langlois; — (2e série) : MM. Hutinel, Wurtz et Broca (André); — (nouveau régime) : MM. Chantemesse, Gley et Teissier; — M. Charrin, suppléant.

VENDREDI 7 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, ancien régime) : MM. Grancher, Wurtz et André; — (2e série) : MM. Gley, Gaucher et Thoinot; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Legueu, Jalaguier et Delbet ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry ; — M. Reynier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 8 JUIN, à une heure. — 4e (1re série, ancien régime) : MM. Pouchet, Achard et Dupré; — (2e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Chassevant ; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* : MM. Quénu, Richelot et Brun; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Hallopeau et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Debove, Marfan et Widal; — M. Bouilly, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bar et Bonnaire ; — M. Desgrez, suppléant.

(1) In-8°, broché. Prix : 7 fr. 50. — Paris, H. Vivien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le mardi 16 juillet 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 17 juin, jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 20e semaine, 1005 décès, chiffre analogue à celui des semaines précédentes (1010), et qui dépasse de peu la moyenne ordinaire des semaines de mai (957). Les maladies de l'appareil respiratoire présentent une diminution sensible, mais la diphtérie et la variole sont en augmentation.

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès (la moyenne est 8).

La variole a causé 15 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 102, au lieu de 96 la semaine précédente.

La rougeole, a causé 17 décès, chiffre bien inférieur à la moyenne (30). La scarlatine n'a causé aucun décès. La diphtérie a causé 26 décès.

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 32).

En outre, 38 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 145 décès, au lieu de 172 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 13); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 32 (au lieu de la moyenne 43); autres maladies de l'appareil respiratoire, 87 (au lieu de la moyenne 79), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 50 à la bronchopneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire présente une notable diminution; elle n'a causé que 212 décès.

La méningite tuberculeuse a causé 24 décès; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 69 décès; les maladies organiques du cœur, 62; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès ; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 37; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Douët (d'Angers).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 62. — SAMEDI 1er JUIN 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 1er JUIN 1901. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'amputation du sein cancéreux, par M. Ét. CESTAN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — QUELQUES MOTS SUR LA RACHICOCAÏNISATION. — NATURE DU GLAUCOME AIGU, par M. TERSON. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement médical de l'appendicite. — SCEAU DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE LYON, GRAVÉ EN 1682. — CRÉATION A PARIS D'UN INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

L'amputation du sein cancéreux.

Par M. Ét. CESTAN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Ce travail ne veut exposer ni un procédé ni des résultats personnels; l'un serait sans utilité, ajouté à tous ceux que l'on a déjà décrits; les autres seraient sans valeur, comparés aux grandes statistiques récemment parues à l'étranger. C'est seulement à critiquer ces procédés, nés des méthodes de Willy Meyer et d'Halsted, à montrer leur filiation, leur technique et leurs effets, que nous nous sommes appliqué. Notre tâche ne sera peut-être pas vaine, car la pénurie des documents français semble montrer que cette question est encore chez nous insuffisamment connue.

I

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES. — Nous ne nous attarderons pas à justifier l'intervention sanglante dans le cancer du sein; le procès paraît actuellement jugé et seule la découverte d'une sérothérapie spécifique réellement active pourrait modifier cette affirmation.

Boyer et Cruveilhier jadis, plus près de nous Hodges, Benedikt et quelques autres, fidèles aux doctrines hippocratiques, ont voulu plaider systématiquement l'abandon du cancer à sa marche fatale et des cancéreuses à leur martyre. Ces pessimistes arguaient de l'incurabilité « essentielle » du mal, de la gravité de l'acte opératoire, enfin des récidives constantes. Or :

1° L'on admet aujourd'hui que le cancer n'est plus la manifestation d'une diathèse constitutionnelle irrémédiable, mais une affection purement régionale d'abord qui s'étend par envahissement et se généralise par embolies. Extirpé quand et comme il faut, par une opération précoce et largement « adéquate » au mal, suivant l'expression empruntée à Ch. Moore, le cancer ne doit récidiver ni sur place, ni sur un organe éloigné, car la récidive n'est que la repullulation de cellules néoplasiques oubliées aux abords du foyer primitif ou greffées dans la plaie au cours de l'acte opératoire. Velpeau (1) s'était élevé déjà contre le cancer maladie générale et fatale; « on doit incliner, écrivait-il, à l'admettre à titre d'affection primitivement locale, » et pour les récidives : « quelle raison a-t-on d'attribuer cette repullulation à un effort excentrique de l'économie plutôt qu'à des germes venus de la tumeur elle-même par expansion, éparpillés par différentes voies dans l'atmosphère organique dont cette tumeur constituerait le centre? » Moore (2), à son tour, dans un remarquable travail beaucoup trop ignoré, affirme nettement que « les récidives locales, après opération, sont dues à l'accroissement de fragments épargnés de la tumeur principale ». Et cette conception rassurante du cancer reçoit tous les jours confirmation nouvelle.

2° L'acte opératoire a perdu toute gravité; celle-ci est aujourd'hui réduite à un minimum qui permet de la considérer pratiquement comme nulle, malgré des exérèses beaucoup plus étendues. Des chiffres le démontreront plus loin.

3° Les résultats éloignés du traitement chirurgical se sont améliorés presque autant que ses résultats immédiats. On peut aujourd'hui légitimement parler de la cure chirurgicale et définitive du cancer, au sein peut-être plutôt qu'ailleurs. Les statistiques intégrales et précises que nous rapporterons à la fin de ce travail montrent, avec les progrès dès ce jour accomplis, les résultats que l'on doit obtenir. Déjà Gross, en 1880, attribuait à l'opération un gain de survie variant entre douze et vingt mois, partant fort appréciable, si l'on songe que les malades y trouvent encore un soulagement à leurs douleurs physiques et à leurs inquiétudes morales. Aujourd'hui, cette survie moyenne peut être portée à près de trois ans pour plus de la moitié des opérées, et les statistiques de Watson Cheyne et d'Halsted montrent que plus de 40 p. 100 d'entre elles ont largement dépassé ce terme et peuvent être considérées comme guéries.

Ces magnifiques résultats plaident mieux que tous les raisonnements théoriques en faveur de l'intervention large et précoce.

On entend bien qu'en affirmant l'utilité de l'acte opéra-

(1) VELPEAU. *Traité des maladies du sein*, édit. de 1854, p. 598.
(2) Charles H. MOORE. On the influence of inadequate operations on the theory of cancer, *Med.-Chir. Transact.*, 1867, vol. L, p. 245.

toire, nous ne visons pas indistinctement tous les cancers mammaires et toutes les cancéreuses, mais seulement les cas pour lesquels n'existe aucune contre-indication générale et locale.

Il y aura toujours des malades que leur âge ou leur cachexie, leur cœur ou leur foie, leurs poumons ou leurs reins soustraieront au bistouri. Il y aura toujours des cancers inopérables, de par leur forme particulière (squirrhe pustuleux, squirrhe en cuirasse), de par leur étendue (envahissement des ganglions médiastinaux, de la paroi thoracique), ou de par leur marche (cancer aigu des jeunes femmes, squirrhe atrophique des vieilles). Et pourtant l'avenir peut modifier ces contre-indications opératoires. On ne respecte plus toujours le squirrhe atrophique des vieilles, auquel nul ne touchait jadis; et la carcinose aiguë entre les mains de Delbet a largement bénéficié d'exérèses successives. Il semble, d'autre part, que l'audace croissante des chirurgiens tende à reculer chaque jour au delà de la clavicule et des côtes la limite des interventions légitimes. L'invasion des ganglions sus-claviculaires, jadis obstacle formel, encore regardé comme tel par nos classiques, par Watson Cheyne (1) et S. Banks (2), ne suffit plus à arrêter Halsted et ses adeptes. Il n'est pas enfin jusqu'à l'envahissement du plan costal et de l'épaule qui n'ait paru justiciable d'une intervention raisonnable à quelques hardis outranciers de la chirurgie. Barton, Roberts, Sand (3) n'ont pas hésité à faire, pour des cas avancés, la désarticulation de l'épaule; Depage (4) et Keen (5) ont même pratiqué avec succès l'interscapulo-thoracique.

Il n'en reste pas moins que toutes chances de succès sont pour les opérations précoces, et c'est ce qu'il faut dire bien haut aux malades et aux médecins.

II

Evolution et principes du traitememt. — On admet aujourd'hui, comme nous l'écrivions plus haut, que le cancer n'est pas une affection diathésique et que les récidives locales, ganglionnaires ou viscérales, ont toutes une commune origine : le développement, la repullulation des cellules cancéreuses laissées sur place, greffées au cours de l'intervention ou lancées par embolies dans le torrent circulatoire.

De cette opinion capitale découlent, avec la possibilité théorique de la cure définitive du cancer, les principes opératoires qui doivent y conduire : enlever précocement tout le mal, et l'enlever en bloc. Enlever tout le mal, c'est-à-dire extirper d'emblée la glande mammaire et toutes ses dépendances : lobes aberrants, atmosphère graisseuse, territoire lymphatique, peau et muscles adjacents. L'enlever en bloc, c'est-à-dire sans section ni morcellement des parties atteintes qui risqueraient de greffer le cancer dans la plaie opératoire.

Ce « plan idéal » que W. Meyer et Halsted ont, en 1894, pratiquement réalisé dans ses divers détails, avait été dès 1867 nettement formulé par Ch. Moore (6). A cette date, Moore réclamait déjà une opération « adéquate au mal », comprenant l'extirpation soigneuse de toute la glande mammaire, de toute la peau correspondante, des lymphatiques, de la graisse, et des pectoraux, bref, de tous les tissus « envahis ou seulement approchés par le mal ». Il insistait particulièrement sur la nécessité d'une ablation complète de la glande entière, car la récidive peut se produire dans une partie de cette glande « dont on n'aurait pu dire qu'elle était cancéreuse, au moment de l'opération ». Il montrait que cette extirpation de la glande restait surtout incomplète vers l'extrémité sternale. Il blâmait énergiquement l'économie de la peau mammaire, « de toutes les erreurs, la plus pernicieuse, » car c'est ce qu'il faut enlever le plus largement. « Les anciens transfixaient la base du sein avec des ligatures et emportaient en bloc toute la mamelle avec toute la peau, faisant ainsi l'extirpation complète du mal. Sous l'influence d'un clergyman qui exprima trop haut son horreur pour une chirurgie si « amazonian », on fit des incisions économiques et on releva des lambeaux. Mais ce qui fut gagné en élégance fut perdu pour la vie, car avec les lambeaux, on laissa des germes de récidive. » Il ajoutait encore : « Dans l'exécution de l'opération, il est désirable d'éviter non seulement de couper dans la tumeur, mais même de la voir. Aucun tissu morbide ne doit être exposé, car il pourrait laisser des éléments microscopiques actifs, libres dans la plaie. Les ganglions axillaires malades doivent être enlevés dans la même dissection sans diviser les lymphatiques intermédiaires, et il faut absolument abandonner la pratique d'enlever d'abord la masse centrale puis les parties successives qui paraissent douteuses. »

Nous avons tenu à citer longuement le travail de Moore, parce que tous les points de la technique actuelle y sont admirablement présentés et aussi parce que ce travail remarquable est, au moins chez nous, resté complètement inaperçu.

Il semble en effet, malgré que tout y ait été dit, que seuls les progrès ultérieurs de l'anatomie pathologique aient amené les chirurgiens à la conception présente de l'acte opératoire, pourtant si bien défini par Moore. Nous l'allons voir pour la glande, les lymphatiques et les muscles mammaires.

a. *Glande*. — Velpeau reconnaissait la nécessité d'une ablation large du mal, mais se déclarait cependant partisan de l'extirpation partielle de la mamelle, l'amputation totale « ne devant être préférée que quand il est impossible de faire autrement ».

Roux, en France, et Ch. Moore, en Angleterre, avaient été les seuls à défendre les larges exérèses cutanées et l'amputation totale de la glande, lorsque, en 1872, les recherches de Waldeyer (1) vinrent confirmer leur opinion.

Moore, nous l'avons dit, avait affirmé que la récidive pouvait se produire dans une partie de l'organe saine en apparence au moment de l'intervention « respecting which it cannot be asserted that it was cancerous at the time of the operation ».

Waldeyer en donna la démonstration microscopique : des portions de glande macroscopiquement indemnes peuvent histologiquement être déjà envahies par le mal et « les parties de l'organe qu'on n'enlève pas jouissent de la même disposition à subir la transformation cancéreuse que celles qui étaient primitivement malades ».

Cette affirmation suscita des recherches nouvelles sur l'anatomie et l'étendue de la glande normale. L'on avait déjà

(1) Watson Cheyne. *The Lancet*, 18 mars 1899, p. 757.
(2) S. Banks. *The Lancet*, 7 avril 1900, p, 992.
(3) Sand. *Transact. of the Philad. Acad. of Surg.*, 1er nov. 1897.
(4) Depage. Soc. belge de chir., 27 mars 1897.
(5) Keen. *Transact. of the Philad. Acad. of Surg.*, 1er nov. 1897.
(6) Charles H. Moore. Loc. cit.

(1) Waldeyer. *Virchow's Archiv*, Bd. LV, s. 67.

décrit le prolongement thoracique en bas et en dehors (Zocher, 1869; Hennig, 1872). On signala successivement le lobe axillaire (Kirmisson, 1881), le lobe sternal (Rieffel, 1890), les lobes erratiques anormaux (Harold-Stiles, 1892) et les mamelles supplémentaires (Williams, 1889), tous sièges et causes possibles de récidive.

Comme Moore (1867) avait déjà montré la nécessité des larges exérèses cutanées, comme Kœser (Thèse de Bâle, 1880), avait dit que, 60 fois sur 100, la repullulation se faisait sur la cicatrice ou autour d'elle, ainsi fut-on conduit peu à peu aux très larges extirpations cutanées et mammaires que Stiles, W. Meyer, Halsted, W. Cheyne, Tansini ont systématisées et que nous étudierons plus loin.

b. *Lymphatiques.* — Ce que Waldeyer avait fait pour la glande en 1872, Winiwarter (1) le fit en 1878 pour les lymphatiques. Après Moore d'ailleurs qu'il faut toujours citer, il attire l'attention sur l'envahissement fréquent des ganglions axillaires, malgré l'absence de signes cliniques appréciables, et il conseille leur ablation dans tous les cas où l'on pouvait douter de leur intégrité.

Bientôt S. Gross (1880) en Amérique, Küster et Gussenbauer (1881) en Allemagne, Kirmisson (1882) en France, réclamaient dans tous les cas l'évidement systématique de l'aisselle et l'ablation de tout le tissu cellulaire étendu du sein à l'aisselle, lequel pouvait contenir des lymphatiques cancéreux.

Plus radical encore, Helferich (1885) posait en principe que, dans toute tumeur maligne, l'extirpation doit dépasser largement d'une étape les limites du territoire lymphatique macroscopiquement envahi. C'était décréter le curage systématique non seulement de l'aisselle mais encore du cou, puisque nous savons aujourd'hui l'aisselle toujours prise, malgré les apparences cliniques contraires.

En 1898 (2), Halsted venait avec preuves à l'appui confirmer l'opinion d'Helferich et déclarer qu'il fallait toujours et d'emblée évider le creux sus-claviculaire. De même que les ganglions du sommet de l'aisselle peuvent être pris sans que les ganglions sous-pectoraux soient apparemment envahis (Harold-Stiles, 1892), de même les ganglions sus-claviculaires peuvent être attaqués, alors que l'aisselle paraît encore indemne. Sur 67 cas de curage sus-claviculaire pratiqués par Halsted ou ses aides, 23 fois, soit 34 p. 100, les ganglions cervicaux étaient pris; 30 fois, soit 44,7 p. 100, ils ne l'étaient pas; 14 fois, soit 20,8 p. 100, faute d'examen suffisant, leur état ne put être affirmé. Ces 67 curages ne furent pas faits d'emblée; 14 furent pratiqués secondairement lorsque des ganglions furent découverts ultérieurement; 53 furent exécutés d'emblée et sur ces 53 curages sus-claviculaires primitifs, 12 fois, soit 29 p. 100, les tissus furent reconnus malades. L'évidement sus-claviculaire est donc précocement nécessaire. « Il ne serait pas sage d'attendre, pour le pratiquer, l'apparition de ganglions appréciables, car il est des ganglions malades trop petits et trop profonds pour être sentis à travers la peau; ils sont fréquents en particulier à la jonction des veines jugulaire interne et sous-clavière et sont là, cachés, derrière la clavicule. D'autre part, l'aisselle ne peut donner aucun renseignement sur l'état du creux sus-claviculaire. Parfois, avec une aisselle prise principalement à sa base et en apparence libre à son sommet près de la clavicule, on a trouvé un cou uniquement pris à la jonction des veines jugulaire interne et sous-clavière. Malgré que, d'autre part, avec une aisselle malade, le cou puisse être sain, *notre règle actuelle doit être d'évider toujours le cou primitivement*, ce qui d'ailleurs est plus facile lorsque l'aisselle est ouverte, la veine sous-clavière bien exposée et la clavicule libérée. » Ce nettoyage ne serait guère plus malaisé que celui de l'aisselle.

Halsted va même plus loin et conseille dans certains cas l'évidement du médiastin antérieur que Bloodgood (1) et Cushing (2) auraient quatre fois pratiqué avec succès, le premier ayant été jusqu'à réséquer une partie du tronc brachio-céphalique veineux. « On peut donc penser, écrit Halsted, qu'à l'avenir, on nettoyera le médiastin, lors des opérations primitives. »

Cet évidement systématique du cou n'est pas encore accepté de tous. Watson Cheyne (3) estime d'une part que la constatation préalable de ganglions cervicaux malades est, quoi qu'en pense Halsted, une contre-indication opératoire; d'autre part que le curage de la région sus-claviculaire doit se faire seulement lorsque, au cours du curage axillaire, on constate que le mal s'étend vers le cou.

Le principe n'en est pas moins dès aujourd'hui nettement posé; les remarquables résultats obtenus par Halsted sont là pour les appuyer, et seul, l'avenir nous dira ce qu'il vaut.

Mentionnons en passant des recherches toutes récentes de Rotter (4) sur la topographie habituelle des foyers cancéreux lymphatiques axillaires, lesquels auraient été rencontrés 15 fois sur 33 seins examinés, soit 45 p. 100, et auraient siégé : 11 fois, soit 33 p. 100, sur l'artère thoracique supérieure, à 2 ou 6 centimètres de l'embouchure de la sous-clavière; 3 fois, 9 p. 100, sur la mammaire externe à sa partie inférieure; 1 fois, sur les perforantes intercostales.

c. *Fascia et muscles pectoraux.* — Velpeau avait écrit dans son livre que, pour l'extirpation complète du cancer, « on ne doit pas craindre d'aller loin et, si la maladie l'exige, le muscle grand pectoral ne doit pas arrêter. » Moore préconisait l'ablation de ce muscle pour peu qu'il fût envahi ou approché par le mal.

Mais ce fut seulement en 1875 que Volkmann (5) prêcha l'ablation systématique du fascia pectoral, poursuivi jusque dans l'interstice des fibres musculaires.

Quatorze ans plus tard, en 1889, L. Heidenhain (6) insistait sur les rapports étroits qui unissent, surtout chez les femmes maigres, les lobes profonds de la glande à l'enveloppe celluleuse du grand pectoral. Il pensait que, lorsque cette enveloppe est envahie par le néoplasme, il n'est pas possible de l'extirper si l'on n'enlève pas simultanément la couche superficielle du muscle. Pour lui, lorque la tumeur est mobile et ne semble pas cliniquement adhérer au pectoral, la règle devait être d'enlever avec le fascia une couche continue de la surface du muscle, et, lorsque la tumeur adhère au pectoral, d'enlever celui-ci tout entier, avec tout le tissu cellulaire situé en arrière de lui. Pas une fibre musculaire ne doit rester; tout doit disparaître jus-

(1) Winiwarter. *Beitrage zur Statistik der Carcinoma mit besonderer Rücksicht auf die dauernde Heilarbeit durch operative Behandlung*, Stuttgart 1878.

(2) W. S. Halsted. *Amer. Surg. Assoc.*, 21 avril 1898, in *Ann. of Surgery.*

(1) Bloodgood. Cité par West Moreland, in *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1898, t. II, p. 1530.

(2) Cushing. Cité par Halsted.

(3) Watson Cheyne. *The Lancet*, 18 mars 1899, p. 760.

(4) Rotter. *Arch. f. klin. Chir.*, 1899, Bd. I, s. 346.

(5) Volkmann. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1875, s. 320, ff.

(6) Heydenhain. *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, Bd. XXXIX, s. 98.

qu'aux insertions : à la clavicule et au sternum, il faut même enlever le périoste. Il estimait d'ailleurs que cette ablation complète du grand pectoral favorisait le curage de l'aisselle et n'amenait aucun trouble fonctionnel consécutif.

Dennis (1), en 1891, insistait sur l'ablation du fascia pectoral comme minimum opératoire dans le plus insignifiant des cancers.

En 1892, Harold J. Stiles (2) revenait sur les rapports étroits de la glande avec le tissu rétromammaire et le grand pectoral, sur les lymphatiques rétromammaires, leurs anastomoses avec les lymphatiques intrathoraciques, déjà décrit par Rieffel en 1890 et sur la nécessité d'enlever le fascia pectoral. Mais il ne considérait pas l'ablation systématique du muscle lui-même comme indispensable, à moins que ce muscle ne fût manifestement pris.

Ce fut deux ans plus tard, en 1894, que, presque simultanément, W. S. Halsted (3) et Willy Meyer (4) recommandèrent l'extirpation systématique du grand pectoral.

Il convient ici de redresser une injustice partielle et de rendre à Willy Meyer ce qui lui appartient légitimement. On parle toujours de la « méthode d'Halsted ». Or, s'il est vrai qu'Halsted a commencé à pratiquer sa méthode depuis janvier 1889 et qu'à ses magistrales publications aussi bien qu'à ses magnifiques statistiques revient le rôle majeur dans l'évolution actuelle de la technique, il n'en reste pas moins : 1° que la première description de sa méthode a paru en novembre 1894, or, la communication de W. Meyer, faite le 12 novembre 1894, avait été annoncée dès le 20 octobre de la même année ; 2° que d'emblée, W. Meyer était arrivé à une technique parfaite, plus radicale que celle de Halsted et que nous estimons supérieure. Halsted n'enlevait en effet systématiquement que la partie sternale du grand pectoral, épargnant la partie claviculaire qu'il relevait et le petit pectoral qu'il sectionait seulement. Meyer prônait déjà l'ablation complète des deux pectoraux, à laquelle Halsted s'est rallié en 1898. Il est donc juste d'associer le nom de W. Meyer à celui de Halsted, pour désigner la méthode américaine.

Depuis, quelques recherches sont venues confirmer la nécessité de larges exérèses musculaires. K. Jœrss (5) estime que la source principale des récidives locales se trouve dans les tissus rétromammaire et rétropectoral. Pour montrer la nécessité de l'extirpation totale du grand pectoral, il rapporte une observation dans laquelle on trouva trois noyaux cancéreux à la face profonde d'un muscle grand pectoral sain en apparence.

Rotter (6) pense que ce même muscle est atteint précocement dans la moitié des cas. L'invasion se ferait non pas sous forme de noyaux disséminés, par propagation et « imprégnation », comme le pensait à tort Heidenhain, mais par infection lymphatique et envahissement des ganglions rétro-pectoraux.

Cette remarque est d'une importance capitale, de nature à emporter les dernières résistances que l'on a voulu opposer à l'ablation systématique des pectoraux. *Puisque ces muscles sont atteints d'emblée dans leurs lymphatiques, infectés à distance pourrait-on dire, et malgré toutes les apparences, comme le sont les tissus axillaires, il faut au même titre les extirper toujours et précocement.*

Récemment en effet, quelques chirurgiens, tels que Howard Marsh (1) et W. M. Banks (2) en Angleterre, Gangolphe (3) en France, ont voulu s'opposer à l'ablation systématique des pectoraux, pour eux inutile et surtout nuisible à l'adduction du bras.

Nous venons de voir ce qu'il faut penser de l'inutilité. La seconde assertion n'a pas plus de fondement.

Rotter (4) a montré, sur 30 malades, l'absence des troubles fonctionnels graves après l'ablation du grand pectoral. Morris et Ch. Dowd (5) pensent que ce muscle est facilement suppléé par le coraco-brachial et les faisceaux claviculaires du deltoïde. Fait plus probant encore, P. Bolton et Tuttle (6) ont, chez une même femme, enlevé les deux seins, l'un avec extirpation, l'autre sans extirpation des pectoraux, et consécutivement n'ont constaté aucune différence de force entre les deux côtés. J'ajoute qu'aucune de nos opérées personnelles n'a paru gênée par l'ablation complète des pectoraux, grand et petit, que nous pratiquons systématiquement. Il faut donc en conclure que cette ablation n'a aucune conséquence tardive fâcheuse. Comme elle facilite énormément l'évidement de l'aisselle, surtout à son sommet, comme elle donne une garantie de plus contre les récidives locales, nous persistons à la préconiser chaudement.

En même temps que s'affirmait le principe des larges exérèses, dont nous venons de voir les étapes progressives pour la glande, la peau, les lymphatiques et les muscles, s'affirmait aussi le principe corollaire de l'ablation « en bloc » de tous les tissus suspects. Déjà Moore en 1867 s'opposait formellement au morcellement des parties malades, afin d'éviter les greffes opératoires. La même nécessité est proclamée par Sabatier (7), par Dönitz (8). W. Meyer, Halsted et leurs adeptes insistent sur ce point et adaptent leurs procédés dans ce but particulier. Watson Cheyne (9) enfin, dans un remarquable article où il expose longuement sa technique, combat les incisions exploratrices préalables qui inoculent le couteau, les doigts, la peau voisine et la plaie. « S'il y a réelle nécessité d'explorer en certains cas douteux, on doit faire non pas l'incision mais l'*excision* de la partie suspecte, en se tenant en tissu sain, faire examiner par un aide, le fragment enlevé. S'il est reconnu cancéreux, il faut bourrer la plaie, la fermer étroitement et faire l'opération complète, après une nouvelle et complète désinfection. »

Pareillement et toujours pour éviter tout contage cancéreux ou infectieux, Forgue (10) conseille, s'il y a ulcération, de voiler celle-ci sous une couche d'iodoforme en poudre et de stérésol.

Ainsi par des perfectionnements successifs a été progressi-

(1) DENNIS. *Transact. of the Amer. Surg. Assoc.*, 1891, t. IX, p. 226.
(2) Harold J. STILES. Edinb. med.-chir. Soc., 6th. janvier 1892, in *Edinb. med. Journ.*, juin, juillet 1892, p. 1099 et 26.
(3) W. S. HALSTED. *Ann. of Surg.*, 1894, t. XX, p. 496; et *Ibid.*, 1898, t. XXVIII, p. 557.
(4) W. MEYER. New-York Acad. of med., 12 nov. 1894, in *Med. Rec.*, 1894, t. II, p. 746.
(5) K. JŒRSS. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1897, BdX LIV, Hft 1-2, p. 100.
(6) ROTTER. Loc. cit.

(1) Howard MARSH. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 25 janvier 1898.
(2) W. M. BANKS. *The Lancet*, 7 avril 1900, p. 992.
(3) Voir LEGENDRE. Th. de Lyon, 1889.
(4) ROTTER. *Berlin. klin. Wochens.*, 9 déc. 1896, p. 1007.
(5) MORRIS et Ch. DOWD. New-York Acad. of Med., 8 nov. 1897; in *Med. Rec.*, 11 déc. 1897, p. 865.
(6) BOLTON et TUTTLE. *Ibid.*
(7) Ant. SABATIER. *Cong. franç. de chir.*, 1888, p. 287.
(8) DÖNITZ. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, n° 27, p. 544.
(9) W. CHEYNE. Loc. cit.
(10) DUNIS. Th. de Montpellier, 1898, n° 38.

vement tracé le plan idéal de l'opération complète, « adéquate au mal. »

Ce n'est pas à dire que ce plan soit adopté par tous. Voici deux ans, une discussion singulière s'est élevée à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres (1), dans laquelle un certain nombre de chirurgiens, Marmaduke Sheild, Bryant, Hutchinson, se sont élevés contre les « extensives opérations » et ont soutenu que les interventions incomplètes donnent d'aussi bons résultats que les méthodes nouvelles. Pour eux, les récidives ne proviennent pas de la repullulation des particules cancéreuses oubliées aux abords du foyer opératoire, mais sont de nouvelles tumeurs survenues secondairemont chez des sujets prédisposés; le succès définitif tiendrait beaucoup plus à la nature particulière du cancer qu'au mode opératoire employé. Poulsen (2) a essayé de défendre la même opinion. Th. Smith (3) a même prétendu que l'extirpation des ganglions sains en apparence est susceptible de favoriser les récidives et le même auteur s'est montré partisan des amputations partielles de la glande mammaire.

Mais de leurs affirmations rétrogrades, qui ne tendraient rien moins qu'à nous ramener aux doctrines hippocratiques, ces auteurs n'apportent aucune preuve précise, tandis que nous venons de montrer combien l'étude raisonnée des faits anatomiques et cliniques plaide en faveur des opérations nouvelles, dont les résultats ont été toujours s'améliorant à mesure que ces opérations étaient plus radicales et plus larges. Les statistiques que nous rapporterons plus loin en sont la meilleure démonstration. Aussi la cause des méthodes dites américaines ne nous paraît pas avoir besoin d'être défendue davantage et nous allons passer maintenant à leur description détaillée. *(A suivre.)*

QUELQUES MOTS SUR LA RACHICOCAINISATION

Pendant que le débat est ouvert sur les mérites de la rachicocaïnisation, il nous a paru utile de faire connaître les faits qui peuvent servir de pièces dans le procès encore pendant.

Dans les *Annales de la Société belge de chirurgie* de ce mois (mai 1901), M. Dandois fait connaître l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, bronchitique, artério-scléreux et cardiaque, qui à la suite d'une chute à califourchon se fait une rupture de l'urètre, bientôt suivie de symptômes infectieux graves tant locaux que généraux.

L'urétrotomie externe est pratiquée après injection intra-rachidienne de 2 centigrammes de cocaïne. L'analgésie fut parfaite, et permit une opération régulière et sans hâte. Pendant les quatre ou cinq premières heures, il semblait que rien d'anormal ne dût se passer. Mais « au bout de ce temps surviennent des phénomènes qui succèdent habituellement aux injections intra-médullaires de cocaïne : une ascension de température à 38°5, une accélération modérée du pouls, quelques vomissements bilieux; une céphalalgie très supportable; seulement, il y eut à ce moment des phénomènes nerveux insolites; de l'assoupissement, du délire, des secousses convulsives dans les membres; mais, dès le lendemain de l'opération, tous les phénomènes toxiques avaient disparu ».

(1) Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 25 janv. 1898.
(2) Poulsen. *Hospitals Tidende*, 21 juin 1899.
(3) Th. Smith. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 8 nov. 1898.

A partir de ce moment, on note la rétrocession rapide et la disparition de tous les phénomènes locaux et généraux. La guérison paraît donc assurée lorsque « surviennent des phénomènes cérébro-médullaires inquiétants.

Ils s'annoncent, le huitième jour après l'opération, par des douleurs sourdes ressenties au niveau du bassin et des membres inférieurs.

Le lendemain, au neuvième jour après l'opération, la paraplégie est complète ; tous les mouvements et les réflexes des membres inférieurs sont abolis, mais la sensibilité est conservée ; il y a incontinence des matières fécales et, après suppression de la sonde à demeure, incontinence des urines, mais ces derniers symptômes sont passagers.

En même temps se présentent des phénomènes cérébraux qui vont graduellement s'accentuant : dans les premiers jours, c'est de l'insomnie, du délire tranquille, de l'agitation nocturne ; puis c'est du délire violent, furieux même, revenant par crises, le jour comme la nuit, simulant par moments la manie, d'autres fois la démence; l'inconscience est absolue.

Tous ces phénomènes évoluent sans fièvre — la température ne dépasse jamais 37 degrés — et en l'absence de tout autre symptôme morbide; ils persistent inaltérés pendant plus d'un mois.

Ce n'est qu'à partir du 16 février (trente-quatrième jour), en effet, que de légers mouvements sont possibles dans les membres inférieurs, que cesse le délire, que reparaissent le sommeil et la conscience. Le 5 mars, le réflexe rotulien se retrouve ; l'étendue et la force des mouvements augmentent graduellement ; toutefois, ce n'est qu'après deux mois que la marche redevient possible sans soutien.

Actuellement tout est rentré dans l'ordre ; le sujet est revenu à son état de santé antérieur; la miction est normale, l'urètre et le périnée s'étant, malgré tout, réunis par première intention. »

L'analyse et l'étude attentive des phénomènes observés permettent, dit M. Dandois, de les rattacher, sans qu'il y ait aucun doute, à la cocaïnisation de la moelle. Il semblerait donc que « l'imprégnation de l'axe cérébro-spinal par la cocaïne ne serait pas aussi inoffensive qu'on l'a pensé, mais que les cellules ou les fibres nerveuses peuvent en souffrir dans leur nutrition ou leur fonctionnement ».

Dans ce même mémoire des *Annales de la Société belge de chirurgie* la discussion sur la rachicocaïnisation est à l'ordre du jour : on y lit une lettre dont voici certains fragments :

« Je viens de rendre visite à Greifswald au professeur Bier, il y a quelques jours. Je l'ai interviewé et je l'ai vu opérer.

Je rapporte de cette visite l'impression unique — bizarre peut-être — que l'inventeur de la méthode est loin, bien loin d'avoir pour elle l'enthousiasme que semblent partager quelques-uns de nos confrères.

Le professeur Bier est à la tête d'un très beau service de chirurgie générale. Il y pratique journellement plusieurs opérations, et, depuis l'expérience qu'il fit sur lui-même jusqu'à ce jour, il n'a employé la cocaïnisation lombaire que soixante-dix et quelques fois! Dès sa première injection (sur lui même), il a, dit-il, ressenti tous les inconvénients et peut-être les dangers de la méthode ; il a souffert pendant neuf jours d'une céphalalgie atroce, au point de lui avoir enlevé à tout jamais l'envie de recommencer.

Il a noté les mêmes phénomènes chez ses premiers opérés Depuis, ses efforts tendent, non pas à la démonstration de la possibilité de pratiquer la petite ou la grande chirurgie

au moyen de cette anesthésie médullaire (les deux ou trois premières opérations suffisaient), mais à trouver le moyen d'en supprimer les suites si pénibles.

Tout d'abord, ses recherches se sont dirigées vers les doses à employer. Il n'utilise plus aujourd'hui que des doses très minimes. Ensuite, il a abandonné la cocaïne pour l'eucaïne.

Enfin, il croit être arrivé à pouvoir supprimer les maux de tête par la méthode suivante : Avant l'injection lombaire il place autour du cou du malade une bande d'Esmarch en caoutchouc, suffisamment serrée pour diminuer l'afflux du sang vers le crâne. Le malade devint un peu cyanosé, mais supporte la chose assez facilement. Cette bande est laissée en place pendant deux à trois heures. Il paraît, d'après ce que m'a dit le professeur Bier, que ce lien élastique a supprimé la céphalalgie consécutive. »

Ce n'est pas encore l'application de ce garrot autour du cou qui paraît devoir faire abandonner le chloroforme et amener de nouveaux partisans à la méthode de Bier!

NATURE DU GLAUCOME AIGU

Par M. A. Terson.

Malgré l'obscurité qui enveloppe encore l'étude pathogénique du glaucome, en partie à cause de l'exclusivisme des théories et de leur généralisation excessive, on ne doit point se décourager en voyant que, dans le siècle qui finit, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'ophtalmoscopie et la cure d'un très grand nombre de cas de glaucome ont été constituées de toutes pièces. Sauf l'examen de glaucomes primitifs typiques et très récents, il n'y a plus beaucoup à demander à l'histologie, mais il en est autrement de la physiologie expérimentale. Toutefois, sous peine de rester infructueuse comme elle l'a été jusqu'ici, elle doit être éclairée par la pathologie générale. Les expériences ne réussiront pas, si on ne cherche pas à mettre le sujet en état de réceptivité glaucomateuse.

Un groupe d'affections récemment bien étudiées, en particulier pour le poumon, doit être sous ce rapport mis en valeur et comparé au glaucome aigu : ce sont les œdèmes aigus qui peuvent occuper presque toutes les régions du corps.

Comme eux, le glaucome aigu est un *syndrome*, qu'il faut distinguer de l'hypertonie avec laquelle on l'a confondu. L'hypertonie, la dureté de l'œil, est un symptôme du glaucome, comme dans la myopie l'hypométropie et la brièveté de la vision sont des résultats et des symptômes de la dystrophie qui a amené l'allongement du globe oculaire. Le glaucome aigu est un type bien tranché du glaucome primitif et se produit d'une manière presque expérimentale, sur un terrain spécial, et à la suite de causes occasionnelles variables, mais bien connues. Mais, si tous les yeux glaucomateux sont hypertones, tous les yeux hypertones ne sont pas glaucomateux et une foule de cas d'hypertonie passagère ou permanente dans les affections de l'iris, du corps ciliaire, de la rétine, de la cornée, du cristallin, n'ont rien à voir avec la maladie qui est le glaucome aigu primitif.

On sait que le glaucome aigu, soit foudroyant, soit brusque après quelques petites crises ébauchées et prémonitoires, est caractérisé par l'hypertonie brusque et douloureuse du globe, la disparition presque totale de la chambre antérieure, la mydriase de l'iris refoulé sous le limbe, la projection du cristallin vers la cornée, le trouble cornéen moyen et l'inéclairabilité du fond de l'œil. Traité à temps par l'iridectomie de la base, l'*iridectomie sclérotomique* de Graefe, la cornée s'éclaircit rapidement, le corps vitré s'éclaircit plus lentement et, peu à peu, la vision revient souvent excellente, avec une tension normale de l'œil. Opéré trop tard, le malade pourra conserver une atrophie blanche partielle du nerf optique.

La tension extrême est la seule cause du trouble cornéen, on peut la faire apparaître et disparaître instantanément, en injectant de l'eau et en la retirant, dans un œil d'animal. Quoi qu'il en soit, dans le glaucome aigu, la poussée et la réplétion sont rétroi-ridiennes ni rétro-cristalliniennes : il n'y a presque plus d'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, presque toute occupée par le cristallin. L'œil, soumis à cette pression écrasante et à un arrêt de circulation, dégénère rapidement.

Quand on opère un glaucome aigu vrai, l'incision de la chambre antérieure donne peu ou pas de liquide. Mais, dès qu'on pince l'iris, un flot de liquide trouble, jaunâtre, s'échappe brusquement de derrière l'iris. C'est le liquide séro-albumineux de l'épanchement glaucomateux qui emplit la chambre postérieure et imbibe les mailles du corps vitré, repoussant ainsi le cristallin.

Bien qu'il ne soit pas impossible que toutes les membranes vasculaires de l'œil prennent part à cette apoplexie séreuse, c'est à la couronne ciliaire qu'il faut attribuer la part principale, sinon exclusive.

Ce processus n'a rien d'inflammatoire : il est congestif, fluxionnaire, et a des analogues en pathologie générale. C'est un *œdème aigu*.

Si l'on prend par exemple l'*œdème aigu du poumon*, si bien étudié, on voit que c'est un syndrome nettement caractérisé, constitué par une brusque suffusion de sérosité dans les alvéoles et le tissu du poumon, phénomène nettement fluxionnaire, *absolument indépendant de tout processus inflammatoire* (Teissier) et dont l'épanchement est séreux ou séro-albumineux (J. Renaut), sans fibrine. On connaît le terrain de l'œdème aigu du poumon et des œdèmes aigus en général, la fréquence des intoxications sur le terrain neuro-arthritique, l'influence puissante des causes nerveuses : il s'agit d'un terrain analogue à celui de l'urticaire. L'inondation séreuse (Renaut) annihile le rôle aérophore du poumon.

Ce qu'il y a de tout à fait remarquable, c'est que les expériences de Grossmann, de Hallion, de Chatin, Guinard et Teissier, entre autres, ont réussi à reproduire la maladie. Une *excitation nerveuse*, des *troubles mécaniques* ne suffisent pas à produire l'œdème et l'inondation séreuse. Il faut y ajouter une *intoxication* de l'animal par la muscarine, le salicylate de méthyle et d'autres poisons. Alors l'œdème se produit presque régulièrement.

De telles constatations et ces expériences doivent servir de guide pour la production du glaucome, où nous trouvons un terrain analogue et des causes semblables. Le terrain du glaucome est neuro-arthritique. Dans mes quatre derniers cas de glaucome aigu, tous chez des rhumatisants et des arthritiques, la grippe, une hernie subitement étranglée, un coup de froid, étaient en jeu. Une intoxication chronique et une influence nerveuse ont appelé l'œdème aigu dans leur œil prédisposé, hypermétrope et fatigué, et dont peut-être les capillaires n'ont pas leur état normal. On a cité bien d'autres causes générales chez le glaucomateux,

depuis l'érysipèle jusqu'aux intoxications alimentaires, sur un terrain spécial, quelquefois avec une hérédité et une race spéciale.

J'ai recherché la tension artérielle de ces sujets, comme je l'ai recherchée avec Campos, il y a quelques années, dans les diverses classes de glaucome, et comme Bayardi l'a fait depuis. Chez les sujets atteints de glaucome aigu, je n'ai pas trouvé d'hypertension artérielle bien marquée, tandis qu'il en est autrement dans les variétés chroniques. Ces sujets sont plutôt des intoxiqués et des candidats à l'artério-sclérose que des artério-scléreux complets.

En tous cas, il faut prendre l'observation totale d'un glaucome, comme une observation de pathologie interne.

Bien que prépondérante dans le glaucome aigu, l'hypersécrétion n'explique pas tout, et il faut se garder de rejeter l'étranglement des voies de filtration par l'iris projeté. L'action de l'iridectomie sclérale s'explique, parce que c'est la seule opération qui, simultanément, réalise les avantages suivants. Par une incision sclérale, filtrant au moins quelques jours, elle évacue le liquide sous-irien de la chambre postérieure, rétablit la communication entre les deux chambres et la filtration naturelle : elle décomprime l'œil, draine l'exsudation séreuse et rétablit la circulation : elle décongestionne les tissus par la saignée locale. Elle met l'iris hors d'état de nuire, le met en bonne position et dégage le reste de l'angle irien, tout en l'empêchant de s'étrangler de nouveau. Enfin, elle agit sur une maladie qui est brusque, fugace, qui a peu de tendances à reparaître, qui laisse l'œil revivre si on lève de bonne heure l'étranglement et qui, à cause de sa gravité même, est ordinairement opérée de bonne heure. Il est certain que l'iridectomie n'ouvre pas l'espace sus-choroïdien, et il n'est nullement prouvé qu'elle agisse par action nerveuse. (Soc. franç. d'ophtalmol., session de mai 1901.)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(29 mai 1901)

La discussion sur la **rachicocaïnisation** touche à sa fin. M. Valther rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt et un ans, qui entre dans son service pour se faire opérer de végétations à la vulve ; on lui fait une injection intra-arachnoïdienne de cocaïne ; tout se passe bien, on la laisse sortir peu de temps après. Elle rentre le lendemain avec une douleur épigastrique, des vertiges, de la céphalalgie, des vomissements, des douleurs intenses dans toute la hauteur de la colonne vertébrale ; ses réflexes patellaire et plantaire sont abolis. Ces accidents persistent depuis huit jours. M. Valther n'apporte pas cette observation de méningisme pour combattre la rachicocaïnisation. Il ne l'emploie pas, mais il n'a pas de raison de la combattre. C'est un simple document qu'il apporte dans la discussion pendante.

M. Kirmisson fait observer qu'il est inadmissible qu'on laisse une malade partir chez elle après une rachicocaïnisation. C'est là une négligence déplorable et absolument condamnable.

Même observation de M. Reclus pour la cocaïnisation localisée et ceci s'adresse surtout aux dentistes. Quel que soit le mode d'anesthésie employé, il faut que les malades restent tranquilles un certain temps après.

M. Guinard croit avoir trouvé un moyen d'éviter la céphalalgie consécutive qu'il attribue à une augmentation de pression en évacuant préalablement une quantité de liquide céphalo-rachidien précisément égale à la quantité du liquide qu'il doit injecter. C'est évidemment très logique ; cependant plusieurs de ses collègues prennent cette précaution et observent la céphalalgie consécutive.

Nous rentrons dans le cœur du débat avec M. Tuffier, promoteur de la discussion et qui, à ce titre, doit la clore.

M. Tuffier a parfois été assez malmené, dans cette discussion ; on soupçonne avec quelle ardeur il se défend et rend œil pour œil, dent pour dent. Lui a-t-on rendu toute la justice qui lui est due? Il semble ne pas le penser, s'applique à remettre les choses au point et ne dédaigne pas de rappeler, à plusieurs reprises, la part prépondérante qui lui revient dans l'application de cette nouvelle méthode d'anesthésie. S'il suffit de frapper fort pour entraîner la conviction, M. Tuffier doit avoir rallié bien des partisans.

Il rappelle tout d'abord avoir posé ainsi la question : « La rachicocaïnisation doit-elle être rejetée sans plus ample informé ou bien mérite-t-elle d'être étudiée et conservée comme un mode d'anesthésie répondant à certaines indications? » La discussion qui vient d'avoir lieu prouve que M. Tuffier avait raison d'admettre cette seconde proposition. Son appel a été entendu et aujourd'hui on possède une large base d'examen et d'étude. Le nombre des faits relatés, le nombre et la qualité des chirurgiens qui ont suivi leur collègue constituent une documentation imposante.

M. Tuffier constate que ce sont ceux qui ont pratiqué le plus de rachicocaïnisations qui s'en montrent le plus partisans.

En réalité, au cours de ces débats, M. Tuffier n'a guère rencontré qu'un adversaire, M. Reclus, qui s'est surtout montré sévère dans sa première communication à l'Académie, alors qu'il ne possédait encore qu'une vingtaine de cas et qui a paru moins intransigeant dans sa seconde communication, à la Société de chirurgie, alors qu'il avait continué à faire des rachicocaïnisations et qu'il possédait un nombre de faits beaucoup plus considérable.

M. Reclus a reproché à M. Tuffier, dans sa première communication, d'avoir passé sous silence quelques accidents graves ; M. Tuffier se défend énergiquement contre ce reproche, il tient à prouver à M. Reclus qu' « aucun document n'a été soustrait à l'affaire ».

Tandis que M. Reclus accordait plus de mérite à Bier qu'à Korning dans l'invention de la méthode, M. Tuffier maintient que c'est Korning qui en a plus que Bier et il semble attribuer aux préférences de M. Reclus d'autres motifs que celui de la justice, ce en quoi, évidemment, il a tort.

M. Tuffier nous semble pécher par un peu de susceptibilité quand il prétend avoir été si vivement attaqué dans cette discussion. Cela lui fournit l'occasion de rappeler ce qu'il a fait et il faut reconnaître que, si l'on prend la question avant ses premières communications et maintenant, M. Tuffier peut se vanter, à juste raison, de lui avoir fait faire un grand pas. Sans doute, il ne lui a pas fallu un effort intellectuel excessif pour faire ce qu'il a fait, il le reconnaît avec ceux qui l'ont déjà constaté ; sans doute, il n'est arrivé que bon troisième, mais encore fallait-il penser au parti qu'on pouvait tirer de cette méthode pour la pratique et c'est ce qu'a fait M. Tuffier ; c'est, dit-il, ce qu'aurait pu faire aussi M. Reclus, mieux préparé même que M. Tuffier par ses travaux antérieurs.

Après ces préliminaires et un aperçu général de la question, M. Tuffier revient à son tour sur chacun des détails de

la technique de la rachicocaïnisation : choix de la solution de cocaïne, moyen de l'aseptiser, dose à employer, ponction, injection, etc. Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord sur ces points aujourd'hui et tous suivent, en somme, la technique proposée par M. Tuffier. Nous n'y reviendrons pas. Quant aux difficultés plusieurs fois signalées, M. Tuffier n'en connaît pas, n'en a jamais rencontré et il a fait aujourd'hui plus de 500 rachicocaïnisations.

Jusqu'où remonte l'analgésie? A cette question, M. Tuffier répond qu'il a fait toute la chirurgie possible et imaginable jusqu'à la base des deux épaules avec une parfaite analgésie. Celle-ci remonte donc très haut; c'est là, ajoute M. Tuffier, un fait indiscutable.

Ce qui a été mis si souvent sur le compte des idiosyncrasies ou des réactions individuelles n'est, pour M. Tuffier, que le fait d'une maladresse du chirurgien. Quand on n'obtient pas d'analgésie, c'est qu'en poussant l'injection, on a légèrement retiré l'aiguille et on ne pénètre plus dans l'espace arachnoïdien. Voilà comment M. Tuffier explique les cas dans lesquels l'analgésie a manqué. La constance de l'analgésie est plus vraie qu'on ne le pense et quand elle manque ce n'est pas le malade, mais bien le chirurgien qu'il faut incriminer.

L'assistance du malade à son opération, M. Tuffier le reconnaît, est dans certains cas un inconvénient. Le meilleur moyen d'y parer est que le chirurgien ne parle pas du tout au cours de l'opération. C'est une habitude à prendre et M. Tuffier la possède depuis longtemps. Pour lui, la rachicocaïnisation est, à ce point de vue, plus facile en ville qu'à l'hôpital. C'est en ville qu'il a obtenu ses plus beaux succès.

Arrivant aux suites de la rachicocaïnisation, aux incidents consécutifs tant de fois signalés, M. Tuffier, sans les nier, les croit plus rares qu'on l'a dit. Ainsi que l'a parfaitement fait observer M. Nélaton, dans les deux tiers des cas, ils sont très bénins. En est-il de même de ceux du chloroforme ou de l'éther? Ici, M. Tuffier en appelle à l'expérience, car il est convaincu que le jour où on pourra faire le bilan du chloroforme, celui de l'éther et les comparer à celui de la rachicocaïnisation, les statistiques seront tout à l'avantage de cette dernière.

Quant aux accidents qui se présentent au cours de l'opération, pâleur de la face, tendances lipothymiques, sueurs froides, etc., accidents sans doute très impressionnants et qui ont assez impressionné MM. Ricard et Routier pour qu'ils aient abandonné la méthode, c'est là pour M. Tuffier une question d'impression, mais en réalité ces accidents ne sont pas dangereux. Ces opérés sont exactement dans la situation des gens qui ont le mal de mer. Or, le mal de mer a-t-il jamais fait croire au danger de mort?

La gravité de la méthode, ses chances de mort, sa morbidité, sa mortalité sont-elles vraiment celles qu'on a invoquées? M. Tuffier s'applique à démontrer la parfaite bénignité de la méthode et la blanchit de tous les crimes qu'on lui a imputés. La rachicocaïnisation n'agit, dit-il, ni sur les poumons, ni sur le cœur, ni sur les reins, ni sur le foie, elle n'agit que sur le système nerveux.

Sa mortalité est-elle aussi importante qu'on l'a dit? M. Tuffier reprend alors tous les cas de mort publiés et il les explique tous ou presque tous par une autre cause que la cocaïne.

Il a cherché à tuer des animaux par cette méthode, il n'y est pas parvenu. Il a opéré, par cette méthode, les plus mauvais cas et il n'a pas eu d'accidents.

M. Tuffier maintient donc intégralement ses premières conclusions présentées à l'Académie. Il rappelle les indications générales et les indications locales qu'il a déjà formulées. Sans conseiller de faire comme lui, il a fait toute la chirurgie avec la rachicocaïnisation. En portant ses regards en arrière, il se montre très fier du chemin parcouru et se félicite d'avoir enrichi la chirurgie française d'une méthode nouvelle. Il remercie ses collègues de cette discussion qui contribuera à maintenir le bon renom de la Société de chirurgie.

Telle est, très succinctement résumée, l'argumentation de M. Tuffier, après laquelle M. le président déclare close la discussion sur la rachicocaïnisation.

M. Potherat a fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Duprat (de Genève), qui envoie plusieurs radiographies, montrant que les **luxations** peuvent donner lieu, en radiographie, aux mêmes illusions que les fractures.

M. Duprat adresse, en outre, une observation de **spina bifida**, opéré et guéri chez un enfant de huit mois, qui a été endormi par l'éther sans aucun accident.

M. Delbet fait un long rapport sur une observation de M. Levêque (de Saint-Germain), relative à un cas d'**hystérectomie abdominale totale au cours du travail de l'accouchement pour un rétrécissement cicatriciel du vagin.**

Il s'agissait d'une jeune femme qui avait reçu une injection vaginale d'acide sulfurique. Il en était résulté des brûlures profondes avec escarification, l'orifice du vagin était oblitéré. A peine fut-il possible de perforer le sommet du cône paur y introduire une petite mèche de gaze destinée à amener l'écoulement des liquides : M. Levêque attendit le terme de la grossesse et intervint en faisant la laparotomie, l'incision de l'utérus, l'extraction d'un enfant vivant, l'extraction du placenta, puis l'hystérectomie abdominale totale. Sauf quelques incidents déterminés par une constipation de quatorze jours, la malade guérit fort bien. C'est là le premier cas d'hystérectomie abdominale totale pour rétrécissement du vagin.

M. Delbet, à propos de ce fait, étudie à fond cette question, et arrive à cette conclusion que dans les cas de rétrécissement ou d'oblitération cicatriciels du vagin, l'accouchement prématuré n'est jamais justifié, et qu'il faut attendre, pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, le terme de la grossesse. Dans ces cas, en effet, il n'y a pas de raisons de conserver l'utérus, il y en a de très bonnes de l'enlever.

Parmi les présentations, signalons un **appendice** tordu quatre fois sur lui-même, présenté par M. Routier; un **fibrome utérin** accompagné de deux énormes **kystes des ovaires**, enlevés en totalité par M. Potherat.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement médical de l'appendicite.

M. le professeur Bourget (de Genève) a fait, dans une récente séance de la Société de thérapeutique (1), une importante communication où il expose la façon dont le médecin doit à son sens traiter l'appendicite. Les idées du professeur de Genève ne sont pas sans analogie avec celles que M. J. Lucas-Championnière a émises à l'Académie de médecine il y a quelques mois (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 22, 1901.)

Le traitement prophylactique, dit M. Bourget, a une grande

(1) Soc. de thérap., 17 avril 1901.

importance, car l'appendicite ne survient pas sans avoir été précédée de troubles gastriques caractérisés par des alternatives de diarrhée et surtout de constipation. Ce traitement prophylactique comprend donc un régime mixte (peu de viande, légumes et fruits cuits, farineux, bouillies au lait, alcalins), mais il doit s'adresser surtout à la constipation.

Pour régulariser les fonctions de l'intestin on doit donc administrer des purgatifs salins, l'huile de ricin, les lavages intestinaux et recommander l'exercice, mettant en action les muscles de l'abdomen, tel le canotage.

Le traitement est donc basé sur la désinfection de l'estomac et du petit intestin, et sur le lavage du gros intestin.

« Sitôt une crise aiguë commencée, si légère soit-elle, dit M. Bourget, nous mettons le malade à la diète liquide, de préférence des potages à l'eau, avec de la farine d'avoine, du riz, des œufs, et si le malade n'a pas faim, il reçoit du thé léger avec très peu de lait. Journellement nous lui administrons 15 à 20 grammes d'huile de ricin, contenant en dissolution du salacétol (huile de ricin 20 grammes, salacétol 1 gramme), ou bien 5 à 10 capsules (à 2 grammes) et 1 à 2 grammes de salacétol en même temps. Si les troubles gastriques prédominent, nous faisons un lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée (1 p. 100). »

M. Bourget complète cette antisepsie gastro-intestinale par le lavage du gros intestin qui à son avis est non seulement sans danger mais d'un bénéfice certain en lavant la cavité intestinale, la décongestionnant et extrayant rapidement et sûrement les éléments d'infection.

Mais il faut s'entendre sur le mot lavage.

« Par lavage intestinal, dit M. Bourget, nous n'entendons pas la pratique qui consiste à introduire en une fois plusieurs litres d'eau, sous pression ; nous considérons cette méthode comme dangereuse ou tout au moins comme trop brutale. Il suffit, pour pratiquer ce lavage, d'un litre d'eau introduit avec précaution, et de façon que ce liquide pénètre en partie dans le cæcum. Nous employons pour cela une sonde stomacale molle (enduite de vaseline), que nous introduisons peu à peu, tout en faisant arriver le liquide de lavage au moyen d'un instrument quelconque de propulsion (seringue, énéma, irrigateur, etc.).

Le liquide introduit aura une température de 38 degrés, et contiendra un antiseptique soluble et non toxique ; nous employons dans ce but exclusivement l'ichthyol, qui a l'avantage de joindre à des propriétés antiseptiques, des vertus décongestionnantes très remarquables ; nous l'employons en solutions aqueuses à 4 p. 1000. »

En même temps que la solution, M. Bourget fait pénétrer une certaine quantité d'huile d'olive fine, contenant des principes aromatiques volatils tels que le menthol ou le thymol, ou encore le salicylate de méthyle à 1 p. 100, ou encore de l'huile essentielle de sauge (v gouttes par 100 grammes).

Il se sert pour cela d'un petit ballon de verre à deux tubulures, d'une contenance variant de 100 à 250 grammes, et qu'on place entre l'extrémité libre de la sonde et le tube adducteur de l'irrigateur. En passant, l'eau entraîne une certaine quantité d'huile dans l'intestin. L'huile calme très rapidement les douleurs.

« Voici maintenant le dispositif de l'opération. Le malade est couché sur le côté droit, la tête non appuyée par des coussins ; le pied du lit est relevé de 20 à 30 centimètres, de manière que la tête soit la partie la plus déclive du corps ; une fois la sonde introduite de 5 à 10 centimètres, on fait passer doucement le liquide, qui se charge d'huile à son passage dans l'oléoklysme, puis on fait pénétrer doucement la sonde aussi longtemps que le liquide s'écoule facilement, s'il se produit un arrêt, on retire un peu la sonde, jusqu'à ce que l'écoulement se rétablisse. On enlève avec précaution la canule après avoir introduit un litre de liquide. Le malade reste sur le côté droit autant qu'il le peut, et si possible vingt à trente minutes.

On peut, pendant ce temps, faire des frictions de bas en haut sur le côlon descendant, pour aider au passage du liquide dans le côlon transverse et dans le cæcum. Puis le malade rend ce lavement, soit sur la chaise percée, soit dans un vase plat. On cherche pour les deux premières fois à lui faire rendre la totalité du liquide, puis une partie seulement pour les fois suivantes, maintenant ainsi une petite quantité d'huile et d'ichthyol dans le cæcum, comme une sorte de pansement. On répète l'opération matin et soir.

Dans l'intervalle des lavages, on place sur la région de la fosse iliaque droite des cataplasmes de farine de lin, ou bien cinq ou six sangsues, si la tuméfaction est forte et résistante.

Dès le deuxième ou troisième jour du traitement, l'huile de ricin est remplacée par le purgatif salin suivant :

Bicarbonate de soude chimiquement pur	} *àà*	3 grammes.
Phosphate de soude anhydre		
Sulfate de soude anhydre		
Eau		1 litre.

En prendre 150 grammes trois ou quatre fois par jour. »

Les résultats seraient merveilleux. M. Bourget a vu disparaître les *coliques* dès le second lavage, céder la *douleur à la pression*. La *température* tombe rapidement.

La durée du traitement est de deux à dix jours, le plus souvent les lavages ne sont plus nécessaires après le cinquième ou le sixième jour, et on les remplace alors par les purgatifs légers comme plus haut.

Une fois l'accès aigu terminé, rien ne s'oppose à une intervention à froid. M. Bourget a vu des malades guérir radicalement par les lavages de l'intestin. En cas de rechute, on peut d'ailleurs reprendre le même traitement.

SCEAU DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE LYON

GRAVÉ EN 1682 (1)

Le Collège des médecins de Lyon fut fondé à Lyon par Symphorien Champier, médecin à Lyon, auteur de nombreux ouvrages sur la médecine et l'histoire de Lyon, cousin du chevalier Bayard, deux fois échevin de Lyon, etc.



Les statuts furent établis par le consulat de la ville de Lyon le 14 juin 1576, notifiés par lettres patentes d'Henri III en 1579, et enregistrées au Parlement de Paris le 29 mars 1596. Le Collège des médecins de Lyon fut supprimé ainsi que toutes les autres corporations, en 1790, par une loi de l'Assemblée constituante.

(1) Communiqué par M. le professeur A. Poncet.

CRÉATION A PARIS D'UN INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

Nous avons tenu nos lecteurs au courant des efforts tentés depuis quelque temps par un certain nombre de confrères, en particulier par M. le professeur R. Blanchard pour la création à Paris d'un Institut de médecine coloniale (1).

Cette création, que notre expansion coloniale a rendue si nécessaire, permettrait de donner à Paris, à nos médecins des colonies, de la guerre, de la marine, aux médecins sanitaires maritimes, aux agents de la santé dans les ports, le complément d'instruction qui leur est indispensable.

Une souscription publique est ouverte dès aujourd'hui sous les auspices de MM. Berthelot, Brouardel, Gréard, Perrier et Roux. Elle est assurée de l'appui de la Presse parisienne. Nous ne doutons pas que tous nos confrères ne veuillent s'associer à cette œuvre patriotique et humanitaire, en envoyant leur souscription au Comptoir national d'escompte de Paris, 14, rue Bergère, où un compte spécial n° 43330 est ouvert au nom de l'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. Toute souscription, si minime qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, sera accueillie avec reconnaissance. Les souscripteurs sont priés d'indiquer s'ils entendent verser une somme une fois pour toutes, ou s'ils ont l'intention de donner une cotisation annuelle. Une pareille décision serait particulièrement bien accueillie, puisqu'elle assurerait à l'Institut des ressources permanentes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

1. M. MAUGER. De l'ovarite suppurée. — 2. M. JAHAN. Des caries récidivantes. — 3. M. DAVID. Des corps étrangers des fosses nasales. — 4. M. BORICAUD. De la carpectomie dans l'arthrite fongueuse du poignet chez les jeunes sujets. — 5. M. CHAUSSERIE-LAPRÉE. De la rhinite purulente dans la scarlatine. — 6. M. GILLET. Consanguinité dans l'étiologie de l'hystérie, de l'idiotie et de l'épilepsie. — 7. M. LESIMPLE. Contribution à l'étude des abcès tuberculeux du foie. — 8. M. DE LUSI. La myopie forte, son traitement chirurgical. — 9. M. BROUSSAIS. Ambroise Paré, sa vie, son œuvre. — 10. M. BLANCHER. La levure de bière dans le traitement des entérites. — 11. M. TURLAIS. Sur le traitement chirurgical de l'ulcère simple d'estomac. — 12. M. PROFICHET. Sur une variété de concrétions phosphatiques sous-cutanées (pierres de la peau). — 13. M. DELCAMP. Des difficultés du diagnostic de l'appendicite. — 14. M. VALLÉE Situation du cœcum et de l'appendice chez l'enfant. (Étude basée sur 100 examens de cadavres.) — 15. M. MEZARD. De la cystite pseudomembraneuse. — 16. M. JACOWSKI. Essai statistique sur l'influence de l'altitude au point de vue de l'accroissement en poids et des affections gastro-intestinales des enfants du premier âge. — 17. M. LULING. Mortalité des nourrissons et rapports avec la modalité de leur alimentation. — 18. M. ROBINEAU. Contribution à l'étude des courants de haute fréquence et de leurs applications médicales. — 19. M. PERRIER. Sur l'alimentation par voie sous-cutanée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 24 mai 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Delahousse et Van Merris.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités André, Charbonnier et Martino.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Playoust, Bros, Magdelaine, Kablé, Louis et Blanchetière.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Benoist, Mauroux, Biraud et Zimmermann.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Trouillet, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Cluzet, Morin, Lasalle, Giraud, Froussard, Dujarier, Prothon, Surtougues, Caumartin, Arsène, Mauger, Fayolle, Martin, Poirier, Ouazana, Berchoud, Bahuaud, Gondrand, Arnoux, Hasle, Picard, Petit, Clément, Termier, Latour, Rigot, Bufnoir, Dupoux, Phelippon, Bonnet, Nicolas, Bouyer, Aucaigne, Chevrey, Garcie, Loiseau, Clavé, Rabant, Aroud, Roy, Carrez, Villard, Pelletier, Bellissen, Nicolas, Étienne, Johanny de Rochely, Chevallier, Hugot, Vignat, Siot, Murgue, Bucaille, Javal, Sarrautte, Carrel-Billiard, Krüger, Roglet, Gharet, Labussière, Rouault, Jaucent, Cayre, Ovize, Ferran, Philippot, Aoust, Blotin, Favre-Gilly, Vieille, Gérard, Leveillé, Laurens, Foulon, Jeannet, Martinet, Cailloué, Lafargue, Achard, Goubeau, Carteret, Garrigues, Perrier, Reliquet, Cat, Daverède, Dufour, Liron, Levy, Ferrand, Laquerrière, Roux de Badilhac, Gillot, Gailly, Naudet, Weiss, Alibert, Charvet, Vigier, Coutin, Testé, Soulier, Perrot, Le Gueut, Andrieu, Zerlaut, Voron, Trolley, Barde, Maillard, Audy, Cade, Cornet, Dessaigne, Colin, Faure, Terral, Audic, Pascal, Mourre, Ferrand, Jean, Bussard, Ducoudray, Lavergne, Guisset, Cabaniols, Morhange, Lebreton, Gallet, Schmitt, Monfort, Arsac, Sivan, Daday, Blain, Dupuis, Raoux, Derain, Dupuy, Fort, Mathieu, Coste, Mouras, Le Brigand, Andérodias, Ravet, Chausserie-Laprée, Dargoin, Duparc, Saint-Aubin, Jouane, Petit, Brizard, Génova, Blancher, Joccotton, Vincent, Borderie, Lalanne, Legrand, Veaudelle, Anel, Reyt, Dabasse, Champagnat, MacAuliffe, Besserve, Chomienne, Prime, Plaussu, Duhamel, Labeyrie, Poirault et Franco.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Combes, Lüling, Julliard, Michaud, Petitbon, Katz, Jourdan, Méplaux, Ecart, Got et Vienne.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Cassien, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Courbet* (escadre du Nord), en remplacement de M. Barillet, promu médecin de première classe.

M. Cassien devra rejoindre son poste dans les délais réglementaires.

M. Barillet est appelé à servir, dans son nouveau grade, au port de Brest.

Prix de médecine d'armée. — Sur la proposition du comité technique de santé, le ministre a décerné le prix de médecine d'armée dont le sujet était pour le concours de 1900 : « De l'origine de la tuberculose pulmonaire dans l'armée, » à M. le médecin-major de deuxième classe Rouget, de l'hôpital militaire de Bordeaux.

Le sujet mis au concours pour le prix de médecine en 1902 est le suivant : « Origine, évaluation et prophylaxie de la rougeole et de la scarlatine dans l'armée. » Les mémoires devront parvenir au ministre de la guerre avant le 31 décembre.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Salmon et Roussy (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Nogués, de Toulouse; Croizet (de Châteauneuf-sur-Charente); Guichard (de Lignières); Roux (de Touzac).

Chassagnac et Maissonneuve. — La cérémonie de l'inauguration du monument élevé à Nantes, en l'honneur de Chassagnac et de Maissonneuve, aura lieu du 23 au 30 septembre, sous la présidence de M. Guyon.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1507.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie a décidé la création, à partir du service d'été prochain (3 juin 1901), d'un *train rapide de toutes classes* (1re, 2e et 3e classes) entre Paris et Marseille.

Départ de Paris à 7 heures du soir, arrivée à Marseille à 8 h. 55 du matin. Départ de Marseille à 8 h. 40 du soir, arrivée à Paris, à 10 h. 35 du matin. Durée du trajet : 13 h. 55.

Les voyageurs gagneront ainsi plus de quatre heures sur le train de toutes classes, actuellement le plus rapide de Paris à Marseille.

Ce train sera composé de voitures à couloir avec water-closet.

Il aura à Avignon une correspondance par express de toutes classes de et pour Nîmes, Montpellier et Lamalou-les-Bains, Cette, Béziers, Narbonne et Cerbère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique d'électricité médicale, 2e éd., par le docteur J. LARAT. Un vol. in-8° br. — Prix : 20 francs. — Paris, Rueff.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par M. LERMOYEZ, médecin des hôpitaux de Paris, et M. BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris. Deux vol. in-18 jésus, reliés peau pleine, formant 825 p., avec 115 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Consultations sur les maladies des femmes, 2e éd., par le docteur A. LUTAUD. Un vol. in-16 relié. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Consultations sur les maladies des enfants, par le docteur E. PÉRIER. Un vol. in-16 relié. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Selected researches in Pathology, by Alex. GUNN AULD, M. D. M. R. C. P. — Price : 6 s. — London, J. and A. Churchill, editors.

Comment on se défend contre la myopie, par le docteur DE MICAS, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Toulouse. Un vol. in-16 double écu de 40 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale mutuelle.

Comment on se défend de la folie. La lutte pour la raison, par le docteur FOVEAU DE COURMELLES, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques, ès sciences naturelles et en droit, professeur libre d'électrothérapie et de radiographie. Une br. in-8° avec plusieurs fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET LE PROJET DE LOI QUI LES RÉGIT. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Les albuminuries intermittentes des jeunes sujets et leur traitement ; — Le veratrum viride en médecine infantile. — FORMULAIRE. Traitement de la gale chez l'enfant ; — Des verrues planes juvéniles ; — De la neurasthénie cardiaque. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — NOUVELLES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 3 juin 1901.

On n'accusera jamais nos grands maîtres de la Faculté de nourrir des idées révolutionnaires. Ceux mêmes que leur jeunesse avait signalés comme un tant soit peu frondeurs se sont tout à coup assagis en endossant la robe rouge. A l'instant même un esprit nouveau les a pénétrés, et le calme s'est fait dans leur cerveau puissant. Tout est devenu subitement parfait, intangible, dans ce temple dont on vient de leur ouvrir les portes ; de loin ils croyaient en voir les défauts, mais de près comme tout est bien, comme tout est beau ! Ils se demandent comment ils avaient pu avoir l'esprit autrefois si mal tourné.

Aussi quand une question de réforme se pose, une petite agitation émeut un instant le calme du Conseil. On nomme une commission. Celle-ci nomme un rapporteur. Celui-ci fait son rapport, le lit à la commission. Celle-ci l'écoute, et suivant toujours la longue et interminable filière, la question remuée, torturée par l'examen de tant de compétences, revient déformée, défigurée devant l'assemblée générale des professeurs et la décision habituelle, inévitable, est que tout est toujours pour le mieux et qu'il n'y a rien ou presque rien à modifier dans les usages établis.

Le recteur de l'Université de Paris a prié le doyen de la Faculté de réunir le Conseil des professeurs à l'effet de délibérer sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'apporter quelques modifications au régime actuel des thèses de doctorat. La Commission des thèses fut réunie, étudia cette vieille question, nomma un rapporteur, mais, chose inattendue, cette Commission ne put se mettre d'accord sur une question aussi simple.

Il est évident que si un seul instant — par la pensée seulement — les savants professeurs avaient bien voulu dépouiller la vieille robe rouge et se mettre dans l'état mental de tout le monde, ils auraient tenu un raisonnement simple et à la portée de toutes les intelligences.

5247 thèses ont été soutenues à Paris depuis dix ans. Elles ont donné lieu à 16 ajournements, soit 1 ajournement sur 327 thèses : or, ces thèses sont détestables, pour la plupart. « Nous n'ignorons pas que beaucoup de thèses ont une valeur absolument nulle, » dit le professeur Ch. Richet dans son rapport, et plus loin : « Des raisons très sérieuses s'opposent à ce qu'il soit fait un choix parmi les thèses à envoyer en échange. Si nous ne choisissons que les meilleures de ces thèses, celles par exemple qui ont la mention *bien* ou *très bien*, nous nous exposons à envoyer nombre de thèses encore très peu recommandables. »

La Faculté sait que les thèses ne valent rien, que celles mêmes qui sont primées sont très peu recommandables. Elle sait que ces thèses ne sont même point lues par les juges, avant la soutenance que doit faire le candidat. « Quel est le rôle de ces juges qui reçoivent 3 et 4 thèses à étudier en quelques jours, quand ce n'est pas en quelques heures ? Je crois inutile de vous le dire, vous le connaissez aussi bien, sinon mieux, que moi » (rapport du professeur Pinard).

Ainsi la vaine formalité de la thèse ne trompe plus personne et il semblerait qu'au seul exposé de l'état de choses, la Faculté, unanimement, devrait supprimer la thèse purement et simplement. Cette solution paraît, en effet, s'imposer à ceux qui jouissent de l'intelligence et du sens communs à la masse des hommes. Mais, la tête qui surmonte une robe rouge, n'a plus la même orientation intellectuelle :

« En présence d'un pareil état de choses, l'on comprend bien comment et pourquoi la question concernant les modifications à apporter à la soutenance de la thèse a été portée depuis longtemps et est revenue si souvent en discussion au Conseil de la Faculté.

Mais aussi, les discusssions toutes négatives restées stériles jusqu'à présent montrent également combien la question est difficile à résoudre (!!).

Il faut supprimer la thèse, disent les uns, car ce n'est point un examen probatoire, c'est une simple formalité qui, la plupart du temps, n'a pour résultat que de faire dépenser de l'argent aux candidats et de faire perdre du temps aux juges, et tout cela sans aucun profit pour la science.

Il faut maintenir la thèse, disent les autres, car s'il y en a beaucoup de mauvaises, il y en a de bonnes. De plus, revê-

tir la robe est une chose nécessaire, indispensable. L'on ne peut faire dire à un candidat qui vient de passer la troisième partie de son cinquième examen, par un garçon de la Faculté : « Vous êtes reçu docteur. » Il faut de la solennité pour conférer ce titre. » [C'est cependant le garçon de la Faculté qui proclame les agrégés.]

Ainsi, la commission des thèses ne s'entend pas, la Faculté partage la même hésitation, et finalement, la thèse est maintenue, avec son inutilité reconnue et avec sa nullité prouvée, acceptée et même récompensée!

Toutefois, il faut louer le professeur Pinard qui, puisque la thèse est maintenue, tente de lui redonner la valeur qu'elle a perdue, en rendant sa soutenance plus sérieuse, par les conclusions suivantes :

1° Tout candidat à la thèse devra choisir son président et être agréé par lui, après la seizième inscription;

2° La thèse à soutenir par les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation sur un sujet ressortissant aux sciences médicales;

3° Cette dissertation, soit imprimée, soit copiée à l'aide de la machine à écrire, sera remise au président un mois au moins avant la soutenance;

4° Le candidat devra déposer à la Faculté 6 exemplaires de sa dissertation quinze jours avant la soutenance;

5° Le jury, dans les formes ordinaires de la soutenance des thèses, déterminera : *a.* si le candidat est reçu; *b.* si la thèse est jugée digne de faire partie des publications académiques, et, dans ce cas, le candidat devra fournir à la Faculté 200 exemplaires de son travail imprimé. En cas contraire, la dissertation reste dans les archives de la Faculté.

C'est une tentative honorable. Mais, nous ne partageons pas l'illusion de son auteur sur son efficacité et nous espérons le démontrer dans un prochain article en étudiant ce que sont les examens à la Faculté.

SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

ET LE PROJET DE LOI QUI LES RÉGIT

Dans une causerie avec ses lecteurs, M. Huchard, le très distingué directeur du *Journal des praticiens*, répondant à une lettre où on lui disait : « Le journal est rempli de faits intéressants et pratiques, mais, pourquoi ne se distinguerait-il pas des autres journaux, en supprimant les annonces pharmaceutiques ou thérapeutiques?... », disait : « Pour ma part, je ne crains pas de dire que *je les lis toujours très attentivement*, et que je trouve le plus ordinairement dans leur lecture matière à m'instruire et à prescrire, sous une excellente forme, des médicaments bien préparés. Je n'hésite pas à dire que, dans la pratique médicale, ce qu'on appelle « les spécialités pharmaceutiques ou thérapeutiques » sont souvent d'un grand secours. Sans doute, encore, le praticien ne doit pas perdre la bonne habitude de formuler; mais *il y a des cas où il est obligé de recourir à d'excellentes préparations toutes faites.* »

La lecture de ces lignes, dont l'exactitude ne saurait être discutée, nous a donné l'idée d'étudier — projet de loi en mains — les modifications que les législateurs ont apportées à la loi de germinal an XI, qui ne peut plus avoir la prétention, en 1901, de régir l'exercice de la pharmacie. Comme nous le trouvons fort justement indiqué dans une brochure où la question de la spécialité est abordée (1) : « La loi de germinal a virtuellement vécu, comme l'état de choses pour lequel elle a été faite. Lorsque cette loi fut votée, le pharmacien préparait lui-même les médicaments qui entraient dans la thérapeutique de l'époque, tirés du règne végétal, minéral ou animal, par macération, décoction, etc. Cela lui était possible car il avait le temps et les moyens de faire ces préparations... Aujourd'hui il n'en est plus comme autrefois; la préparation des alcaloïdes, des sels, est chose compliquée. Ces substances étant la base de la thérapeutique actuelle, et le public marquant de jour en jour pour cette médication une tendance plus vive en rapport avec le développement des moyens curatifs, le pharmacien détaillant a vite été débordé par les exigences de sa clientèle. Actuellement, il ne fabrique plus qu'un très petit nombre de produits.

Ceux qu'il met en vente dans son officine, il les achète tout préparés, tout confectionnés pour la revente au détail, dans des maisons de droguerie, dont quelques-unes, il est vrai, comptent parmi leurs membres des pharmaciens, mais dont beaucoup d'autres sont dirigées par des personnes non pourvues de diplôme. Peut-on mettre le désir qu'aura ce fabricant de vendre aux pharmaciens ces produits aussi avantageusement que possible, en parallèle avec le soin qu'un spécialiste apportera à la préparation de son produit, alors que son intérêt lui impose pour la conservation de sa marque l'attention la plus minutieuse dans la fabrication? »

L'utilité de la spécialité établie — de la BONNE *spécialité* — il faut voir comment le législateur veut la protéger et les discussions qui se sont élevées à ce propos.

L'article 5 du projet de loi (2) sur l'exercice de la pharmacie, déposé actuellement sur le bureau de la Chambre des députés, est ainsi conçu : Toutes les substances médicamenteuses délivrées sous cachet aux pharmaciens, préparées et divisées pour la vente au détail, porteront le nom, le domicile et la signature du fabricant, ainsi que le nom et la *dose de la ou des substances* qui entrent dans sa composition.

Voilà qui va bien et qui nous satisfait pleinement. Tout le monde sait que le bon produit spécialisé doit être, au point de vue de sa fabrication, d'une identité constante, que sa composition et ses effets thérapeutiques doivent rester invariables. C'est en cela seulement que peut résider la supériorité fréquente de cette forme de médicament, c'est cela qui doit être la raison de la faveur qu'elle a conquise auprès du corps médical. Il est donc de toute importance que le produit spécialisé porte le nom et la marque du fabricant, de même que le nom et la dose de la substance employée, car de la sorte on peut être assuré que le fabricant est nécessairement mis en garde contre toute erreur, aussi bien que contre tout calcul malhonnête, par l'intérêt considérable qu'il a à maintenir la valeur de ses produits.

Cet article de loi supprime à lui seul et tel qu'il est conçu la spécialité clandestine et de mauvais aloi. Or, les écoles de pharmacie, cherchant à faire mieux encore, ont démontré une fois de plus la vérité de ce vieil adage : « Le mieux est l'ennemi du bien. »

Les écoles, dans le texte de loi par elles modifié, récla-

(1) *La loi sur la pharmacie.* Considérations soumises à la Commission du commerce et de l'industrie par le bureau permanent du Congrès du commerce et de l'industrie des spécialités pharmaceutiques au sujet de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

(2) Projet de loi déposé par MM. Astier, Bachimont, Ch. Bernard et Morel, et voté par la Chambre en première lecture.

ment comme addition à l'article 5 déjà cité : soit la *formule intégrale sur l'étiquette*, ou l'*approbation par une commission compétente, avec dépôt de la formule exacte et précise*. Voilà qui va moins bien, car sous couleur un peu hippocrite de scrupuleuse honnêteté, on tend à détruire une forme de médicament excessivement utile, indispensable même à l'heure actuelle, et l'on ouvre la porte toute grande à toutes les contrefaçons, et à l'empoisonnement du pauvre monde. Nous ne sommes pas seuls à soutenir cette opinion. Qu'on en juge :

Tous ceux qui, parmi nos législateurs, ont eu à s'occuper de cette question avant le dépôt du projet actuel, ont émis un avis semblable. C'est ainsi que le professeur Cornil, dans son rapport au Sénat, s'exprimait en ces termes : « Il suffit de connaître le nom et la dose de la ou des substances *actives* pour sauvegarder la santé publique. C'est ce que nous exigeons par le quatrième paragraphe (art. 14 du projet du Sénat) qui prohibe en même temps la vente, la fabrication et l'annonce des remèdes secrets. » M. Bourillon, rapporteur de la commission de la Chambre en 1896, se bornait à demander que les médicaments simples ou composés portassent, sur l'étiquette, l'indication du nom et de la dose de la ou des substances *actives*. On peut conclure en présence de l'opinion des gens les plus autorisés que l'inscription de la formule intégrale sur les médicaments est inutile parce qu'elle ne correspond à aucun intérêt sérieux.

Il y a plus et ceci doit être médité :

Ce serait une grave erreur que de voir dans la divulgation de la formule intégrale, le moyen permettant toujours à tout pharmacien de reproduire avec exactitude le médicament. En effet, dans bien des cas, la formule intégrale sera insuffisante si elle n'est accompagnée de la description détaillée et précise du procédé de préparation. Le mode de préparation joue, au point de vue de l'action du médicament, un rôle considérable, et il est permis d'affirmer qu'avec des éléments identiques, on obtient, selon les procédés employés, des résultats très différents et souvent même absolument distincts. Comme on ne peut, d'ailleurs, exiger que l'étiquette d'un produit mentionne le contenu de plusieurs pages d'indications techniques, quant au mode de préparations, il faut bien conclure, en présence de cette impossibilité pratique, que la formule intégrale sera dans nombre de cas insuffisante pour permettre la constitution exacte du médicament auquel elle s'applique.

Il faut faire en outre observer qu'en tout genre d'industrie la valeur du tour de main est si peu niable que l'article 418 du Code pénal reprime les atteintes qui peuvent être portées à cette propriété.

L'amendement proposé par les écoles de pharmacie serait funeste. La spécialité s'est imposée en médecine ; il ne faut pas la détruire, ce qui serait fou, mais la réglementer. *Elle a une grande valeur justement parce que chaque inventeur peut, grâce à un tour de main à lui propre, donner un médicament toujours identique à lui-même, fournir une arme de précision sur laquelle le médecin est en droit de compter. Le jour où tout le monde voudra s'essayer à la contrefaçon d'un produit spécialisé et utile, nous n'aurons plus entre les mains que des outils mal faits et en fin de compte, c'est le pauvre malade qui paiera la casse.*

Qu'on empêche la propagation du remède secret, qu'on ferme la porte aux pommades et aux drogues sans nom des charlatans, c'est parfait, et l'article V du projet de loi actuel suffit à cet objet. Qu'on exige sur les étiquettes le nom et la dose des substances actives, rien de mieux ; c'est de bonne guerre. Aller plus loin est inutile d'abord, et pourrait devenir extrêmement dangereux... pour le malade au moins.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(31 mai 1901)

La séance ayant été consacrée presque exclusivement à une discussion en comité secret, le bilan scientifique s'en trouve fort réduit. Nous n'avons à résumer qu'une seule observation apportée par M. Rendu et qui a pour titre : **phlébite oblitérante d'une veine sus-hépatique**. Voici le fait, probablement unique dans la science, et qui a donné lieu à des difficultés de diagnostic presque insurmontables : un homme entre à l'hôpital avec un ventre énorme, parcouru de grosses veines sous-cutanées dilatées, un aspect typhique, la langue sèche, une soif vive, de l'oligurie. Il est malade depuis quelques mois, et se plaint de souffrir surtout de douleurs épigastriques, de flatulences, de difficultés à digérer. On pense d'abord à une cirrhose hépatique. L'ascite augmente et doit être évacuée; aprés l'issue du liquide on perçoit au palper du ventre une tumeur dure. On pense à un néoplasme gastro-hépatique.

Le malade meurt.

A l'autopsie : pas de cancer, mais un estomac atteint manifestement de linite plastique.

Pas de cirrhose; mais une lésion tout à fait anormale du foie. Tout le lobe droit apparaît noir, gorgé de sang, tranchant par sa coloration avec le lobe gauche et le lobe de Spiégel qui avaient simplement l'aspect muscade du foie cardiaque. La lésion primitive consistait en une thrombose d'une grosse veine sus-hépatique du lobe droit. L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'une phlébite des parois veineuses avec absence de toute dégénérescence néoplasique tant dans le foie que dans l'estomac.

MM. Lesage et Tricou présentent une malade atteinte d'une **hypertrophie de certains muscles consécutivement à la fièvre typhoïde.**

MÉDECINE PRATIQUE

Les albuminuries intermittentes des jeunes sujets et leur traitement.

On connaît les albuminuries *intermittentes* des enfants, ces albuminuries qui apparaissent presque quotidiennement pendant une fraction de temps de la journée, se distinguant ainsi des albuminuries *continues*, qui se présentent le jour comme la nuit, et des albuminuries *accidentelles* qui n'apparaissent qu'une fois par hasard et qu'on ne peut retrouver ensuite.

Dans une excellente et toute récente étude (1), M. H. Gillet vient d'attirer l'attention sur quelques points caractéristiques de cette affection et de donner des renseignements utiles sur la façon d'en conduire le traitement.

M. Gillet insiste tout d'abord sur la *nécessité absolue de l'examen fractionné systématiquement de l'urine*. L'examen des urines de la matinée, de la journée, de la soirée, de la nuit, permet seul de ne pas passer à côté d'une albuminurie intermittente. C'est ainsi que l'on peut voir dans certains cas une certaine fixité dans l'heure de l'apparition de l'albuminurie d'où la dénomination de cyclique.

S'il règne encore une certaine obscurité sur l'état physio-

(1) *Arch. de méd. des enfants*, juin 1901.

logique et anatomique du rein dans ces albuminuries il semble cependant qu'elles rentrent toutes, quelle que soit leur étiologie, dans un cadre urologique commun, que l'albuminurie ne représente qu'un épisode du cycle suivant :

Cycle	*Crise minérale...*	Excès de carbonates / Excès de phosphates	isolés ou associés.
	Crise chromogène.	Excès d'uro-érythrine. / UROBILINE. / Indican.	
	Crise albuminurique.		
	Crise azotée.....	Excès d'acide urique. / Excès d'urée.	

L'albuminurie n'est pas la plus constante du cycle, elle peut même manquer alors que la crise chromogène et surtout l'urobiline font rarement défaut.

Notons l'influence très manifeste de la position debout et surtout de la marche sur sa production. Le décubitus la fait au contraire disparaître, d'où la rareté de l'albuminurie intermittente nocturne, et les mouvements des membres inférieurs semblables à ceux de la marche, au lit, ne la font pas reparaître.

On a noté du côté des urines la présence du mucus, de l'oxalurie (Pavy), de la phosphaturie (A. Robin), un aspect graisseux, une odeur de putréfaction et surtout de la *diminution du taux de l'urée.*

Les *symptômes cliniques* sont souvent vagues. Ou bien l'albuminurie constitue une surprise au milieu d'un état de santé satisfaisant.

Ou bien on voit des troubles fonctionnels vagues (nervosisme, dyspepsie).

Dans une troisième variété enfin on observe des troubles rappelant ceux des néphrites (céphalée, œdèmes, douleurs lombaires, bouffées de chaleur).

Dans l'*étiologie*, on note l'hérédité dans certains cas, mais d'une façon presque constante l'infection ou l'intoxication.

Ces albuminuries sont souvent d'une *durée* très longue, mais ici comme pour le *pronostic* on ne peut rien préciser.

Car il y a des albuminuries intermittentes et non une albuminurie intermittente. Les notions étiologiques, l'état du malade permettront seuls de porter ce pronostic.

Le *traitement* sera guidé par un certain nombre de considérations.

« Dans l'albuminurie intermittente, dit M. Gillet, il faut voir au delà du symptôme rénal, au delà surtout du seul symptôme albuminurie.

Il faut voir du côté du trouble parfois profond de la nutrition générale, du côté du foie et du tube digestif du système nerveux et circulatoire.

Du côté du foie et du tube digestif, nous y invitent l'urobilinurie, l'indicanurie, la toxicité urinaire augmentée, l'abaissement du chiffre de l'urée, du coefficient azoturique.

Du côté du système circulatoire et du système nerveux, le ralentissement du pouls, l'abaissement de la pression.

L'organisme de l'albuminurie intermittent est en état d'hyponutrition, de nutrition pervertie.

Le traitement sera surtout hygiénique.

1° *Hygiène alimentaire.* — Le régime lacté absolu semble ne pas convenir. On gardera le lait dans le régime mixte, mais on lui adjoindra les légumes, surtout farineux, les fruits cuits. On ne permettra qu'un usage excessivement modéré de viande grillée bien fraîche.

Suppression de toute boisson alcoolique.

2° *Hygiène générale.* — On mettra en œuvre tout ce qui peut activer la nutrition, hydrothérapie, selon les cas, cure d'air, cure hydro-minérale, Saint-Nectaire en particulier. Pas de fatigues intellectuelles ni corporelles.

Frictions stimulantes, massage.

3° *Traitement proprement dit.* — L'action inhibitrice de la *position horizontale* la fait prescrire comme moyen curatif. Il y a quelques guérisons à son actif.

J'ai échoué, ajoute M. Gillet, après six mois chez une fillette de dix ans, malgré un séjour au lit absolu.

En tous cas, les albuminuriques intermittents doivent rester *debout le moins possible.*

Il faut veiller aux fonctions intestinales.

On peut ajouter des révulsifs sur la région lombaire ; comme médicaments, les tanniques, le perchlorure de fer peut-être, quoique je n'aie pas eu de résultat, l'opothérapie, soit hépatique, soit rénale, cette dernière surtout et avec des extraits tirés d'organes très jeunes.

En résumé, on s'est trop attaché, dans l'étude des albuminuries intermittentes, au syndrome albuminurie ; on a trop négligé l'état général du sujet.

L'albuminurie ne présente qu'un épiphénomène dont le déterminisme appartient aux conditions spéciales du moment dans le système nerveux et surtout circulatoire, mais le tout, commandé par une susceptibilité spéciale du rein, dérive lui-même de l'infection ou de l'intoxication antérieure ou concomitante. »

R. S.

Le veratrum viride dans le traitement abortif de la broncho-pneumonie et de la pneumonie dans la première et la seconde enfance.

M. H. Illoway rapporte dans le *Pediatrics* (déc. 1900) les observations de sept enfants qui auraient été guéris de pneumonies ou broncho-pneumonies par le veratrum viride. Voici, à titre de renseignement, et sans que nous partagions la confiance de l'auteur la formule employée.

Teinture de veratrum viride.......	VI	gouttes.
Teinture de racines d'aconit.......	II	—
Eau distillée................	*ââ*	60 grammes.
Sirop de tolu		

Une cuillerée à café toutes les heures jusqu'à cinq, puis toutes les deux heures.

FORMULAIRE

Traitement de la gale chez l'enfant.

Voici en quoi consiste, d'après M. J. Balmelle [de Villefort-Logis] (1), le traitement dit :

Traitement de deux heures. — 1° Première demi-heure : savonnage de tout le corps au savon noir et eau tiède de l'enfant entièrement nu.

2° Deuxième demi-heure : grand bain avec continuation de savonnage et friction.

3° Troisième demi-heure : frotte complète de tout le corps avec la pommade d'Helmerich.

Fleur de soufre..................	50 grammes.
Carbonate de potasse............	25 —
Axonge benzoïnée ou non........	300 —

4° Quatrième demi-heure : grand bain suivi de poudrage à l'amidon.

Chaque partie du traitement doit donc durer le temps indiqué. Une seule séance bien faite peut suffire à la cure radicale, dans un cas récent.

Il est inutile de dire que les frictions devront être faites avec précaution à cause de la délicatesse de la peau chez les enfants et surtout eu égard aux prédispositions hémophyliques ou cyanotiques de quelques-uns.

Traitement des verrues planes juvéniles.

Appliquer un peu de la pommade suivante :

Acide salicylique	1 gramme.
Précipité blanc..................	5 —
Vaseline........................	40 —

(L. Donat).

1) Th. Montpellier, 1900, et *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1901, n° 22.

Neurasthénie cardiaque.

1° Tous les matins, dans une tasse de lait, cuiller à café :

Eau distillée .... 200 grammes.
Chlorure d'or et de sodium....... 0g40 centigr.
Cacodylate de soude.............. 0g50 —

M.

2° Avant chaque repas, une pilule :

Extrait de valériane 0g20
Sulfate de spartéine.................... 0g05

M. — Pour une pilule ; 60 semblables (2 par jour).

3° Après chaque repas, quatre gouttes d'acide chlorhydrique médicinal dans une petite tasse d'infusion très chaude de badiane ;

4° Matin et soir, friction de 5 minutes sur tout le corps à l'alcool camphré ;

5° Deux fois par semaine, lavement chaud avec l'infusion de camomille :

30 grammes pour un litre (à garder le plus possible).

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Action des médicaments, leçons de pharmacologie et de thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Bartholomew (1), par sir Lander BRUNTON. (Traduit de l'anglais par E. BOUQUÉ et J.-F. HEYMANS.)

Cet ouvrage constitue une remarquable analyse de l'action des médicaments sur les divers appareils. Les premiers chapitres sont consacrés à des questions d'ordre général : mode d'administration, mode d'absorption, effets variables de médicaments ; on lira avec intérêt les pages sur le rôle thérapeutique des sécrétions internes, sur les toxines et antitoxines ; un schéma simple fait bien comprendre la décomposition des substances albuminoïdes, en venin et antivenins.

Les chapitres relatifs aux ferments méritent aussi une mention particulière. Il en est de même de l'importante étude de la fièvre et des antipyrétiques.

Après ces généralités, l'auteur passe en revue les divers appareils et recherche comment ils sont influencés par les médicaments ; nous signalerons les pages consacrées au système nerveux avec une bonne étude de la chloroformisation, à l'appareil respiratoire. La thérapeutiques des affections cardiaques est traitée avec un son particulier ; l'auteur montre bien comment il faut toujours tenir grand compte de la pression sanguine, celle-ci étant sous la dépendance du cœur et des vaisseaux périphériques, cutanés, viscéraux et surtout vaisseaux musculaires, dont les physiologistes paraissent tenir un compte insuffisant ; c'est à cause de son action qui s'exerce non seulement sur le cœur, mais encore sur les vaisseaux périphériques, que la digitale est néfaste dans la dégénérescence graisseuse du cœur ; si elle rend quelque contractilité aux fibres non dégénérées du muscle cardiaque, c'est surtout les vaisseaux non malades qu'elle fait contracter, augmentant d'une façon dangereuse la pression artérielle.

Voilà comment l'auteur, par des exemples bien choisis, montre les principales indications des médicaments ; ainsi fait-il pour l'appareil digestif, l'appareil génito-urinaire, etc.

De nombreux schémas mettent nettement en relief les points essentiels que développe l'auteur.

Ce livre se recommande à l'attention du corps médical par sa portée pratique, en même temps que par sa valeur scientifique. Nous ajouterons que la lecture en est rendue aisée par une traduction fidèle écrite dans un style toujours clair et d'une agréable simplicité.

L. B.

(1) In-8°, 596 p., cart. Prix : 18 francs. — Paris, Carré et Naud.

La cryoscopie des urines. *Application à l'étude des affections du cœur et des reins* (1), par H. CLAUDE, ancien interne lauréat des hôpitaux, et V. BALTHAZARD, interne des hôpitaux de Paris.

Les méthodes de diagnostic se multiplient avec les progrès de la science ; après l'épreuve du bleu pour la perméabilité rénale, voici la cryoscopie des urines, basée sur les lois de Raoult. Cette nouvelle méthode (détermination de la température de congélation) rend de grands services pour le diagnostic et le pronostic des affections du cœur et des reins.

Après avoir exposé ce qu'est la cryoscopie au point de vue physique, les auteurs indiquent les applications au diagnostic des maladies du cœur, des néphrites, ils examinent ce qu'est la cryoscopie de l'urine des cardio-rénaux.

Enfin, pour terminer, ils passent en revue les différents modes d'exploration de la fonction rénale (méthodes Koranyi, Kummel, L. Bernard). Le bleu de méthylène, outre ses indications et ses applications au diagnostic et au pronostic, cette nouvelle méthode jette un jour nouveau sur la physiologie de la sécrétion rénale et sur la physiologie pathologique des maladies du cœur et des néphrites.

La cryoscopie était une question à l'ordre du jour au Congrès de médecine de 1900, il était donc utile de mettre au point cette méthode.

(1) In-16, 96 p., 21 fig., cart. (Actualités médicales.) Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 10 AU 15 JUIN 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 JUIN, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Pozzi, Legueu et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Walther.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Reynier et Delbet ; — (2e série) : MM. Tuffier, Rémy et Lejars ; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 11 JUIN, à une heure. — Dissection : MM. Le Dentu, Rémy et Quénu.

1er MM. Retterer, Gley et Langlois ; — M. Weiss, suppléant.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Cornil, Chassevant et Thiroloix ; — (ancien régime) : MM. Hutinel, Hallopeau et Charrin ; — (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Schwartz, Bar et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Proust, Raymond et Ménétrier ; — (oral, 1re partie ancien régime) : MM. Bouilly, Brun et Albarran.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : Joffroy, Roger et Dupré ; — (2e série) : MM. Chantemesse Achard et Marfan ; — M. Ricard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Troisier et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Thoinot ; — M. Campenon, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 12 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique (ancien régime) : MM. Segond, Rémy et Jalaguier.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Hanriot et Méry ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Legueu, Lejars et Delbet ; — (2e série) : MM. Reclus, Reynier et Mauclaire ; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 13 JUIN, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Schwartz, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régimeMM. Cornil, Hanriot et Teissier.

1re (oral) : MM. Chantemesse, Quénu et Langlois ; — M. Gley, suppléant.

(3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Richelot, Campenon et Bonnaire ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Proust, Charrin et Vaquez ; — (nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Troisier et Achard.

VENDREDI 14 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

A une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Delens, Reclus et Broca (Aug.).

4e (ancien régime) : MM. Grancher, Wurtz et Thoinot.

1er oral, 1re série) : MM. Jalaguier, Reynier et Retterer ; — (2e série) : MM. Tuffier, Gley et Mauclaire ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Segond, Delbet et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier ; — M. Gaucher, suppléant.

SAMEDI 15 JUIN, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Richelot, Quénu et Albarran.

3e (2e partie) : MM. Cornil, Ménétrier et Desgrez.

1er (oral) : MM. Rémy, Retterer et Thiéry ; — M. Chassevant, suppléant.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Bouilly, Schwartz et Albarran ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Widal.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Campenon et Brun ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Troisier et Vaquez ; — (2e série) : MM. Debove, Hallopeau et Thiroloix ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Wallich ; — M. Bonnaire, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 28 mai, MM. les professeurs Panas et Jaccoud sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er mai, et sont nommés professeurs honoraires. Ils resteront en exercice jusqu'au 1er novembre.

Le Conseil de la Faculté à l'unanimité propose le maintien des deux chaires.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Bordes (de La Flèche) a été nommé officier d'Académie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 21e semaine, 1025 décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente (1005), et à la moyenne ordinaire des semaines de mai (957). Les maladies de l'appareil respiratoire sont plus fréquentes que pendant la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (la moyenne est 8).

La variole a causé 15 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins, très élevé pendant les semaines précédentes (96 et 102), est tombé brusquement à 57.

La rougeole, moins meurtrière qu'elle ne l'est ordinairement en mai, n'a causé que 11 décès (au lieu de la moyenne 30).

La scarlatine a causé 4 décès, la coqueluche 11. Ces chiffres sont voisins de la moyenne.

La diphtérie a causé 18 décès (au lieu de la moyenne 7). Ce chiffre, quoique assez élevé, est moindre que pendant la semaine précédente (26).

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 32).

En outre, 35 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 178 décès, au lieu de 145 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 13) ; bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 21) ; pneumonie, 48 (au lieu de la moyenne 43) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 100 (au lieu de la moyenne 79), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 51 à la broncho-pneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès, et 212 pendant la semaine précédente ; ces chiffres, voisins de la moyenne, sont très inférieurs à ceux qu'on observait pendant les trois derniers mois.

La méningite tuberculeuse a causé 23 décès, a méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès ; les maladies organiques du cœur, 61 ; le cancer a fait périr 59 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès ; la cirrhose du foie, 9 ; la néphrite, 37 ; enfin, 49 vieillards sont morts de débilité sénile.

L'attentat de Tunis. — Notre confrère, le docteur Loir, directeur de l'Institut antirabique de Tunis, vient d'être grièvement blessé d'un coup de revolver par un préparateur atteint d'aliénation mentale.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 4 juin 1901 ; des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes ; méthode de Gram. — Deuxième leçon : Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation. — Troisième leçon : Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies). — Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). — Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. Tuberculose et pseudo-tuberculose. — Sixième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébrospinales, etc.). Cytodiagnostic. — Septième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques. — Huitième leçon : Diagnostic de la diphtérie. — Neuvième leçon : Analyse bactériologique de l'eau. — Dixième leçon : Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie). Diagnostic bactériologique de la peste. — Onzième leçon : Sérodiagnostic. — Douzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales. — Treizième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — Quatorzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire. — Quinzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasites de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Les certificats de guérison dans les journaux. — Les fabricants de vins, de pilules et d'élixirs publient souvent, aux annonces des journaux, des attestations de malades certifiant leur guérison et réclamant l'envoi de quelques nouveaux échantillons des produits sauveurs.

Cela n'est pas toujours sans inconvénients pour ces malades « reconnaissants ».

Un vétéran du Minnesota, pensionnaire de l'État, vient d'en faire l'expérience fâcheuse.

Ayant délivré à je ne sais quelle spécialité un certificat de ce genre, attestant que ladite spécialité l'avait radicalement guéri de tous les maux dont il souffrait, le bureau des pensions de l'État l'a pris au mot et lui a signifié que la pension dont il était gratifié, étant désormais sans objet, ne lui serait plus payée à l'avenir. (*Bull. gén. de thér.*)

Externe de troisième année, marié, demande remplacements, en province, de préférence dans le Midi, du 1er juillet au 1er octobre.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE — *Relations directes entre Paris et l'Italie (vià Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (vià Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10; 2e classe, 106 fr. 45. — Milan, 1re classe, 166 fr. 55; 2e classe, 121 fr. 70. — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40; 2e classe, 120 fr. 05. — Venise, 1re classe, 218 fr. 95; 2e classe, 155 fr. 80. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 80 en 1re classe et de 10 fr. 65 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Excursions en Dauphiné. — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres-poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'énergie vitale; de la contagion de la neurasthénie, de la fatigue matinale des neurasthéniques, des pseudo-neurasthénies à hypertension artérielle, par le docteur A. MOUTIER. — Paris, imprimerie Mauchassat.

Contribution à l'étude de la circulation du sang porté dans le foie et des localisations lobaires hépatiques, par Henry SÉRÉGÉ, médecin à Vichy. — Bordeaux, imprimerie Gounouilhou.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 64. — JEUDI 6 JUIN 1901.

74e ANNÉE

JEUDI 6 JUIN 1901. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — FRACTURE D'UNE EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE DU FÉMUR; PSEUDARTHROSE (*2 fig.*), par M. Roger DUPOUY, externe des hôpitaux. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la tuberculose des ganglions mésentériques. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* L'adénopathie appendiculaire; — Quelques constatations de chirurgie au cours de la guerre sud-africaine; — *Médecine :* Sur un cas de névralgie sacro-lombaire traité par des injections épidurales de gaïacol orthoformé; — *Neurologie :* Accès d'athme violents d'origine hypothyroïdienne; — Un cas de mal perforant guéri par la faradisation du nerf tibial postérieur; — *Laryngologie et rhinologie :* La sinusite sphénoïdale chronique; — *Thérapeutique :* La quinine dans le traitement des cancers; — Traitement des vomissements rebelles; — Les irrigations antiseptiques du nez comme moyen de traitement de la coqueluche; — Opium et décoction de farine d'avoine chez l'enfant. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

FRACTURE D'UNE EXOSTOSE ÉPIPHYSAIRE DU FÉMUR

PSEUDARTHROSE

Par M. Roger DUPOUY, externe des hôpitaux.

Le nommé P..., âgé de vingt-deux ans, menuisier, s'est aperçu pour la première fois à l'âge de treize ans de l'existence d'une petite tumeur située sur le bord externe de la cuisse droite, un peu au-dessus du genou. Le malade avait fait un violent effort musculaire à la suite duquel il avait ressenti une douleur vague dans la jambe, douleur tout à fait passagère qui ne l'empêcha pas de marcher et de travailler comme à l'ordinaire.

Trois ans après, accident analogue; le malade fait un faux pas qui occasionne une entorse légère du ligament latéral externe du genou droit, lequel reste douloureux et gonflé pendant une huitaine de jours. Le malade remarque à cette occasion que la petite tumeur dure qu'il avait observée il y a trois ans, et à laquelle il n'avait pas prêté grande attention, a augmenté de volume.

Le 17 septembre 1900, il fait une chute dans un escalier à la caserne de sapeurs-pompiers où il accomplit son service militaire. Il accuse alors une douleur très localisée, siégeant un peu au-dessous de la tumeur, laquelle est devenue subitement mobile. Le membre est légèrement gonflé; il y a un peu d'hydarthrose, mais pas d'ecchymose.

Le malade est envoyé à l'hôpital militaire de Saint-Martin le 18 décembre 1900, et entre dans le service de M. le médecin principal Gross, où nous avons l'occasion de l'examiner quelques jours plus tard, au cours d'une période de vingt-huit jours.

La région paraît normale. A peine une légère saillie se dessine sur le bord externe de la cuisse droite, où la palpation permet de reconnaître à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la rotule, la jambe étant en extension, une tumeur présentant les caractères suivants :

a. Elle est située sous ou dans la couche musculaire constituée à ce niveau par le vaste externe; elle disparaît en effet par la contraction du quadriceps, ou par la flexion de la jambe sur la cuisse;

b. Son volume semble être celui d'un œuf de pigeon;

c. Elle est indolente;

d. Elle présente une dureté osseuse;

e. Elle est enfin mobile. Son déplacement donne naissance à une crépitation intense, perçue à plusieurs mètres de distance, et analogue à celle que donneraient deux surfaces osseuses et dépolies en contact; dans une vieille arthrite sèche, par exemple. Cette crépitation date de l'accident que nous avons relaté, et qui remonte déjà à plus de trois mois.

Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel; il marche et fait son service sans aucune douleur ni fatigue.

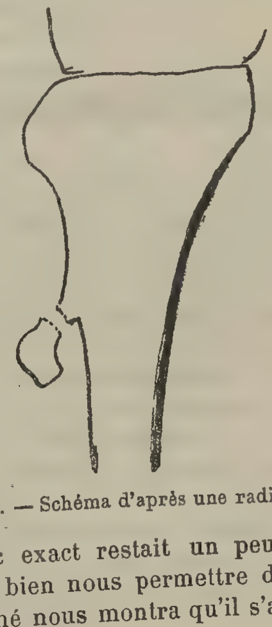


FIG. 1. — Schéma d'après une radiographie.

Le diagnostic exact restait un peu incertain, lorque M. Gross voulut bien nous permettre de radiographier ce malade. Le cliché nous montra qu'il s'agissait d'une exos-

tose fracturée au niveau de son pédicule à 8 ou 10 millimètres environ de son point d'implantation sur le bord externe du fémur, avec formation d'une pseudarthrose (voir fig. 1).

L'opération fut pratiquée le lendemain, 5 janvier 1901, à la cocaïne. Une incision de 6 centimètres de longueur, intéressant la peau et le muscle, découvrit effectivement une petite tumeur osseuse mobile sur son pédicule, mais lui adhérant encore par le périoste, et laissant percevoir à chaque mouvement qu'on lui communiquait une crépitation identique à celle perçue tous les jours par le malade. Le périoste incisé, l'exostose fut saisie avec une pince, tandis que quelques coups de gouge faisaient sauter son pédicule.

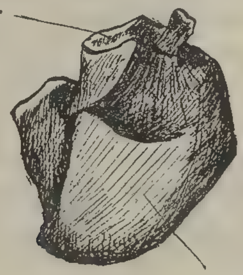


FIG. 2.

Cette exostose (voir fig. 2), du volume d'un gros œuf de pigeon, avait la forme d'un condyle; granuleuse en certains endroits, elle possédait une face cartilagineuse en rapport avec la face profonde du muscle qui glissait sur elle; elle ne présentait aucune insertion musculaire. Son pédicule était court, un centimètre environ. Les deux surfaces en contact, enfin, dont le frottement avait créé la pseudarthrose, étaient absolument lisses et unies; leurs diamètres mesuraient 6 et 8 millimètres.

Cette fracture d'une exostose, déjà intéressante par elle-même, nous a paru digne d'être signalée à cause de la pseudarthrose qui a suivi et de l'utilité qu'a présentée dans ce cas l'examen radiographique du membre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(4 JUIN 1901)

Dans une des dernières séances, M. Besnier a fait un rapport sur la question de l'installation d'un *sanatorium privé pour lépreux*. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1901, p. 571.) Dom Sauton, auteur d'un projet d'installation d'un établissement de ce genre, a demandé à être entendu par la Commission académique. Celle-ci s'est réuni et a accédé au désir de dom Sauton. M. Besnier est appelé de nouveau aujourd'hui à la tribune pour relire les conclusions de son rapport qui doivent être soumises au vote de l'Académie.

Ces conclusions sont votées à l'unanimité. Mais, dans cette question M. Besnier et, avec lui, l'Académie sont partagés entre le désir de laisser faire quelque chose d'utile et la crainte de laisser faire quelque chose de dangereux.

M. Pinard, par exemple, a été frappé d'entendre dire que M. Jeanselme avait constaté des cas de contagion autour d'une léproserie. Il se demande donc si l'établissement d'un sanatorium pour lépreux ne serait pas une source de dangers pour le pays où il serait installé.

M. Besnier a pu rassurer M. Pinard en lui disant que ces faits de contagion s'observent, en effet, dans les pays où règne la lèpre, mais non dans les pays non lépreux. Ainsi pendant vingt-cinq ans que M. Besnier a dirigé un service à l'hôpital Saint-Louis, il a toujours eu, dans ce service, quelques lépreux. Jamais il ne les a isolés et jamais il n'a pu constater un seul cas de transmission.

Toutefois l'établissement de ces sanatoriums pour lépreux demanderait une surveillance, des mesures et des précautions qu'il est impossible, dans l'état actuel de la législation, d'imposer à aucun établissement. M. Besnier demande donc a l'Académie de nommer une Commission chargée d'examiner ce point de la question.

M. Brouardel demande que cette commission étudie les mesures à prendre non seulement à l'égard des léproseries, mais aussi à l'égard de tous les établissements sanitaires pour les maladies transmissibles, en particulier la tuberculose.

M. Chantemesse donne lecture d'un travail sur une **nouvelle méthode de découverte du bacille typhique dans l'eau potable.**

Voici aujourd'hui les conclusions de ce travail, en attendant les détails techniques sur lesquels nous reviendrons prochainement :

« 1° *Hygiène publique.* — La méthode permettant de découvrir assez rapidement dans l'eau la présence du bacille typhique, et même de reconnaître s'il y a pénétré depuis longtemps, laisse aux hygiénistes la possibilité d'examiner une eau suspecte avant qu'elle ait produit des désastres, ou tout au moins au début d'une épidémie. Elle leur donne surtout l'indication de mettre en décharge l'eau d'une source ou d'une canalisation, lorsque la présence du bacille typhique y est constatée.

2° *Etiologie de la fièvre typhoïde.* — L'origine hydrique de la fièvre typhoïde tire sa source de la présence du bacille typhique dans l'eau potable; mais le nombre et surtout la qualité de ces bacilles varient beaucoup. Ces germes sont parfois nombreux et virulents, parfois rares et affaiblis. Dans ce dernier cas, les conditions secondes d'étiologie de la fièvre typhoïde prennent une importance capitale. Ce sont elles que la médecine traditionnelle a de tout temps, et à juste raison, invoquées. Le surmenage, la misère physiologique, et peut-être une qualité particulière (estivo-automnale) de la flore intestinale, réalisent pour les bacilles typhiques ingérés, quelque chose d'analogue à l'influence du milieu de prolifération et de rajeunissement dont j'ai parlé. »

M. Chantemesse a appliqué sa méthode à la recherche du bacille typhique dans les garde-robes des typhiques, et il a souvent constaté leur présence. Il reviendra sur ce sujet.

M. Chavasse lit une observation de **kyste dermoïde orbitaire.** Cette observation est intéressante par les particularités suivantes :

1° Le kyste adhérait par un pédicule fibreux à la suture d'union du frontal avec l'unguis et avec l'ethmoïde.

2° La paroi du kyste avait un revêtement dermique complet, avec glandes sébacées bien conformées.

3° Le contenu était de l'huile presque absolument pure, composé de 56 p. 100 de palmitine et 44 p. 100 d'oléine.

Dans son comité secret, l'Académie a arrêté ainsi qu'il suit les listes de présentation pour les candidats à la place vacante de membre titulaire et au titre d'associé national :

Membre titulaire : En première ligne, M. A.-J. Martin; en deuxième ligne, M. Le Roy des Barres; en troisième

ligne, M. Josias; en quatrième ligne, M. Chantemesse; en cinquième ligne, M. Netter; en sixième ligne, M. Laugier; adjoint par l'Académie : M. Garnier.

Associé national : En première ligne, M. Heurtaux (de Nantes); en deuxième ligne, M. Paulet (de Montpellier); en troisième ligne, M. Thomas (de Tours).

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la tuberculose des ganglions mésentériques.

M. le professeur agrégé G. Carrière (de Lille), dans une clinique sur la tuberculose des ganglions mésentériques, le *carreau*, expose, avec une rare clarté et des détails très utiles, le traitement que comporte cette maladie (1).

Rappelant que cette tuberculose ganglionnaire est une *des formes les plus curables de la tuberculose*, mais qu'elle est aussi exposée à donner lieu à de graves complications (ouverture d'un ganglion caséeux ramolli dans le péritoine, dans un vaisseau, ou à la fois dans un vaisseau et l'intestin), il pose ainsi les bases du traitement pour l'enfant qui fait le sujet de la clinique :

« Le traitement sera hygiénique, alimentaire et médicamenteux.

Nous conseillerons à cet enfant de vivre au grand air. Si nous le pouvons nous le ferons admettre dans un sanatorium marin. Il évitera toute fatigue et sera condamné, pendant quelques jours au moins, à la chaise longue. »

Les variations barométriques et thermométriques trop brusques, l'état hygrométrique trop élevé, les vents trop violents devront être évités.

« Nous suralimenterons cet enfant. Choisissant des aliments très nourrissants parmi lesquels la viande crue, les œufs crus, le beurre, les purées de lentilles, de pois et de haricots, les cervelles; nous formerons les menus des repas du midi et du soir.

A huit heures du matin, il prendra une tasse de lait avec un jaune d'œuf et du sucre. A dix heures, il gobera un œuf cru. A trois heures, il prendra une tasse de lait, une tartine de pain beurrée et un œuf cru. Dans la nuit, un lait de poule.

Comme boisson, nous lui conseillerons la décoction de céréales suivant la formule de Springer. Vous savez qu'on la prépare en mettant dans 4 litres d'eau une cuillerée à bouche de blé, d'orge, d'avoine, de seigle et de maïs. On fait bouillir trois heures et on complète le volume à 1 litre.

Je ne suis pas de ceux qui croient qu'on peut, dans la tuberculose, s'abstenir de tout médicament.

Il en est quelques-uns qui ont déjà fait leur preuve.

De ce nombre, sont les arsenicaux. Le cacodylate de soude est un excellent tonique de la nutrition générale. Je lui dois de très nombreux succès dans des cas de ce genre. Ici je ne l'emploierai pas, notre sujet ayant fréquemment la diarrhée.

Le traitement médicamenteux que j'emploierai ici se composera de deux parties :

Dans la première, j'aurai recours à l'huile de foie de morue; dans la seconde, pendant l'été, aux préparations à base d'iode.

L'huile de foie de morue m'a donné dans des cas de ce genre, des succès inespérés, magnifiques.

Je l'emploie simplement mélangé à un peu de bière forte ou à une cuillerée de sirop d'éther.

Plus souvent j'ai recours à l'une des formules suivantes :

Huile de foie de morue......	500	grammes.
Glycérine..................	270	—
Gomme adragante, eau, essence d'amandes amères..	230	—
Hypophosphite de chaux....	10	—
Hypophosphite de soude....	5	—

Je préfère à cette formule la suivante, très bien acceptée de mes petits malades :

Huile de foie de morue......	500	grammes.
Solution de glycérophosphate de chaux..............	250	—
Solution de lactophosphate de chaux................	150	—
Gomme adragante.........	10	—
Alcoolat de zeste de citron...	20	— »

« Quelques conditions néanmoins sont nécessaires pour obtenir de ces préparations tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre :

1° Il faut qu'elles soient prises à doses progressives et massives. Je n'hésite pas à administrer 3, 5, 7, 10, 15 cuillerées à bouche par jour de ces préparations;

2° La dose totale doit être prise en deux fois, au début de chaque repas;

3° L'enfant doit marcher après les repas pour activer la digestion.

Ainsi administrée, l'huile de foie de morue ne produit presque jamais de renvois. S'il en existe, j'administre une pilule d'un demi-milligramme de sulfate de strychnine après chaque prise. Vous pourriez encore, suivant le conseil de Jaccoud, faire mordre un citron à pleine bouche. S'il y a intolérance intestinale, se traduisant par de la diarrhée colliquative, vous conseillerez la viande crue, les potages mucilagineux, les œufs ou le riz. S'il y a diarrhée, une prise de 50 centigrammes de pancréatine après chaque repas.

Si le foie augmente de volume et est sensible, vous diminuez la dose.

Avec ces précautions, l'huile de foie de morue vous donnera des succès merveilleux.

En été, vous remplacerez l'huile de foie de morue par deux ou trois cuillerées de sirop iodo-tannique ou par la solution suivante :

Bromure de sodium........	20	grammes.
Chlorure de sodium..........	40	—
Iodure de sodium..........	10	—
Eau......................	300	—

Une cuillerée à bouche dans une tasse de lait chaud le matin à jeun. »

(1) Cf. le *Nord méd.*, 1er juin 1901.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

L'adénopathie appendiculaire. — M. J. Auguy (de Lyon) vient d'étudier cette question toute d'actualité depuis les travaux récents de MM. Tixier et Viannay sur les lymphatiques de l'appendice. M. Auguy établit que :

Des vaisseaux lymphatiques nombreux partent de l'appendice qu'on a comparé à l'amygdale et qui, comme elle, est un organe essentiellement adénoïde.

Ces vaisseaux se rendent à des vaisseaux de nombre et de siège variables, formant au niveau de la région cæco-appendiculaire, trois groupes principaux (Tixier et Viannay) : un groupe iléo-appendiculaire, un groupe cæco-appendiculaire et un groupe méso-appendiculaire.

Ces ganglions sont susceptibles de s'enflammer dans les diverses lésions de l'appendice, mais surtout dans les appendicites subaiguës, par un mécanisme qui lui est commun avec les autres adénopathies des voies digestives.

La symptomatologie de ces adénites est très obscure. Cependant, lorsque chez un malade après une ou plusieurs crises d'appendicite, on sent, à travers la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque, une tuméfaction d'un certain volume arrondie, irrégulière, non fluctuante, douloureuse à la pression, on a le droit de penser à une adénopathie péri-appendiculaire.

Le diagnostic de la nature de cette adénite ne saurait être fait qu'après l'intervention et, parfois, après l'examen macroscopique et microscopique de l'appendice et d'un ou plusieurs ganglions enflammés.

Quant au traitement, il varie suivant les cas. Si les ganglions sont durs, fermes, de petit volume, sans réaction inflammatoire autour d'eux, et surtout si leur extirpation nécessitait des manœuvres spéciales compliquant l'opération et plus ou moins dangereuses, à cause des adhérences qu'on risquerait de rompre, il faut les respecter.

Mais lorsque ces ganglions adhèrent plus ou moins à l'appendice, forment une masse facile à extirper en même temps que cet organe, et surtout lorsqu'ils paraissent suspects de suppuration, il est prudent de les enlever en même temps que le foyer septique, c'est-à-dire l'appendice. (Th. de Lyon 1901, et *Lyon médical*, n° 22.) S.

Quelques constatations de chirurgie au cours de la guerre sud-africaine. — M. Küttner publie un important et intéressant travail basé sur les constatations chirurgicales faites au cours de la guerre sud-africaine. Voici quelques-unes des observations qu'il signale, après avoir constaté que les armes Mauser ou Lee-Metford qui sont aux mains des combattants de l'Afrique du Sud, diffèrent peu, que leur calibre est de 7 millimètres du côté boer, de 7mm7 du côté anglais, et que, par suite, les lésions qu'elles produisent sont sensiblement les mêmes.

Les plaies des téguments sont le plus souvent remarquablement petites, généralement aseptiques et guérissent en huit à quatorze jours; la balle n'entraîne qu'exceptionnellement des fragments de vêtements dans la profondeur des tissus. Les plaies saignent peu; les gros vaisseaux blessés eux-mêmes ne donnent souvent lieu qu'à de petites hémorragies par suite de l'exiguïté des plaies produites par les balles employées; mais souvent, au point lésé se développent des anévrysmes précoces ou tardifs.

Les gros nerfs tels que le radial, le médian, sont rarement sectionnés en entier, mais traversés en boutonnière.

Nous renvoyons au travail original pour le détail des lésions osseuses plus connues et nous relevons dans l'étude de M. Küttner les faits intéressants que voici :

Les plaies du crâne sont la cause la plus fréquente de mort sur le champ de bataille.

Les Anglais admettent en revanche qu'un certain nombre de plaies du cœur ont guéri au cours de la guerre sud-africaine; les plaies du poumon ont été particulièrement bénignes, à l'exception de quelques cas compliqués d'hémorragies graves, précoces ou tardives.

Le pronostic des plaies de l'abdomen s'est singulièrement amélioré par l'emploi des armes modernes; alors que la mortalité en pareil cas était de 80 p. 100, elle n'aurait été dans la guerre sud-africaine que de 40 p. 100; ce résultat est supposé dû à l'exiguïté de la plaie intestinale. La guérison exige le repos absolu, la diète complète; les transports sont particulièrement nuisibles; contrairement à ce qu'on pourrait supposer, on a reconnu que les interventions opératoires étaient plus préjudiciables qu'utiles, en pareil cas, et on y a renoncé. Quatre plaies de l'estomac, quatre plaies du rein sur cinq ont guéri.

Contrairement aux plaies produites par les armes signalées plus haut; celles qui sont causées par les projectiles des shrapnells sont analogues à celles que produisaient autrefois les anciennes armes d'infanterie. (*Souder-Abdruck aus den Beitr. z. Klin. Chir. Tubingen*, 1900. C. R. in *Cbl. f. chir.*, 1901, n° 10, p. 284.) P. V.

MÉDECINE

Sur un cas de névralgie sacro-lombaire traitée par des injections épidurales de gaïacol orthoformé. — M. Colleville, frappé des inconvénients de la cocaïne, d'une façon générale et d'ailleurs sans rien préjuger de la valeur réelle de la rachicocaïnisation, a pensé à la remplacer, dans la méthode d'injection médicamenteuse dans l'espace sacré épidural, préconisée par MM. Sicard et Cathelin, par un autre analgésique.

Il a employé le gaïacol orthoformé suivant la formule suivante :

Gaïacol cristallisé	6 grammes.
Orthoforme	0gr50 centigr.
Acide benzoïque	0gr365 milligr.
Huile d'amandes douces stérilisée à 120 degrés	q. s. p. 60cc.

Chez le malade dont il rapporte l'observation, M. Colleville fit trois injections à vingt-quatre heures d'intervalle, l'une de 1 centimètre cube de la solution, les autres de 2 centimètres cubes, à la suite desquelles la douleur disparut très rapidement.

Même succès dans deux cas de sciatique. M. Colleville n'a relevé aucun accident spécial à ce mode d'injection du gaïacol orthoformé. (*Union méd. du Nord-Est*, 30 mai 1901.) F. R.

NEUROLOGIE

Accès d'asthme violents d'origine hypothyroïdienne. — M. Ley rapporte l'observation d'une malade de trente-sept ans qui, depuis l'âge de vingt et un ans, était atteinte d'accès d'asthme d'une violence extrême et présentait de la blépharite ciliaire et une constipation opiniâtre : particularité intéressante, pendant la grossesse (et elle en eut deux), tous les troubles disparaissaient.

M. Ley fut amené à songer chez cette femme à une insuffisance de la sécrétion thyroïdienne, en se rappelant cette phrase qu'on lit dans tous les cours d'accouchements : « Le corps thyroïde s'hypertrophie pendant la grossesse. » Il prescrivit à la malade des tablettes de thyroïdine : au début un quart de tablette par jour, puis une demie, puis une. Cette dose n'a jamais pu être dépassée.

L'effet fut surprenant : les accès d'asthme disparurent complètement, l'état général se releva, la malade se mit à rajeunir, à la grande stupéfaction de son entourage, la constipation, la blépharite guérirent. Actuellement, trois ans après le début du traitement, la malade, qui continue le traitement thyroïdien avec des repos allant jusqu'à un mois, est tout à fait bien. Il est probable qu'elle devra continuer le traitement. (*Ann. de la Soc. belge de neurol.*, n° 10, 1901.) F. R.

Un cas de mal perforant plantaire guéri par la faradisation du nerf tibial postérieur. — M. Crocq présente un malade qu'il a déjà eu l'occasion de montrer à la *Soc. belge de neurologie* le 30 novembre 1900. Il s'agit d'un cocher atteint, en 1875, d'une plaie au niveau du mollet, qui donna lieu à une rétraction considérable de l'aponévrose commune aux muscles jumeaux et soléaire, avec déformation très accentuée du pied en varus équin. Bien que le malade marchât sur le bord externe du pied, il ne survint aucun trouble trophique. Il y a six ans, le patient se fractura le pied au niveau de la molléole interne; quelque temps après, un durillon situé sous la tête du cinquième métatarsien s'enflamma et donna lieu à un mal perforant plantaire qui résista à tous les traitements.

La faradisation du nerf tibial postérieur, jointe à un pan-

sement ichthyolé, amena la guérison au bout de cinq mois, bien que le malade n'ait pas cessé d'exercer son métier.

Cette guérison persiste complète. (*Ann. de la Soc. belge de neurol.*, n° 1, 1901.) F. R.

LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

La sinusite sphénoïdale chronique. — M. F. FURET (de Paris) dans son remarquable rapport au Congrès de 1901 conclut que :

La sinusite sphénoïdale est une affection rare ; on la rencontre d'ordinaire dans l'âge moyen de la vie, et le sexe ne paraît pas avoir d'influence.

On peut la trouver associée à l'empyème d'un ou plusieurs sinus, et plus particulièrement des cellules ethmoïdales postérieures. Elle est souvent isolée. Elle est bilatérale environ dans la moitié des cas.

Le mécanisme de l'infection est ignoré. On sait seulement que la grippe joue un rôle prépondérant dans l'éclosion de cette affection.

La sinusite sphénoïdale est le plus souvent difficile à reconnaître, le seul signe pathognomonique, qui est l'écoulement du pus par l'ostium, étant toujours malaisé, quelquefois impossible à mettre en évidence.

La trépanation par la voie naturelle, intra-nasale, est indiquée dans l'empyème simple, qui se manifeste par des symptômes peu douloureux et peu graves. Elle est indiquée encore chez les malades dociles, et dont les fosses nasales sont suffisamment droites et spacieuses.

On pourra utiliser dans quelques cas particuliers la voie fronto-ethmoïdale (Jansen, Taptas) et la voie maxillo-ethmoïdale (Jansen).

Nous croyons que notre méthode devra être employée dans les cas suivants :

1° Lorsqu'il y a sinusite maxillaire.

2° Lorsque la sinusite sphénoïdale se complique d'accidents cérébraux. Il importe, en effet, d'agir dans ce cas rapidement et largement.

3° Chaque fois qu'on ne réussit pas par voie intra-nasale à obtenir la guérison. (Rapport à la Soc. franc. d'otol. laryng. et rhin. Congrès du 1er mai 1901.)

THÉRAPEUTIQUE

La quinine dans le traitement des cancers. — M. SEU DE ROUVILLE (de Saint-Paul-Trois-Châteaux) rapporte deux observations intéressantes, qui montrent l'utilité de la quinine employée comme l'ont fait Jaboulay à Lyon, et Launois à Paris (Voir *Gaz. des hôp.*, n° 27, 1901).

Dans le premier cas, un cancer du sein récidivé, des injections suivant la méthode de Jaboulay, 1 gramme de bichlorhydrate de quinine par vingt-quatre heures, fit disparaître rapidement les douleurs, sans avoir d'action sur la généralisation de la tumeur.

Dans le deuxième cas, un cancer du pylore, M. Seu de Rouville administra par voie stomacale : 1gr20 de quinine en trois cachets, à prendre tous les jours pendant cinq jours, puis repos de deux jours pendant lesquels on prend de la liqueur de Fowler, et recommencer la semaine suivante. L'état général s'améliora et le malade put s'alimenter facilement.

M. Seu de Rouville tire de ces deux faits les très justes conclusions suivantes :

1° La quinine n'a pas d'action sur la marche envahissante du néoplasme.

2° La quinine diminue très rapidement la congestion de la tumeur et en calme les douleurs.

3° La quinine peut rendre de grands services en permettant l'alimentation au moment des poussées congestives du cancer du pylore.

4° L'injection hypodermique n'est pas nécessaire, l'ingestion seule suffit. (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, mai 1901.) F. R.

Traitement des vomissements rebelles. — M. Albert ROBIN rappelle un certain nombre de moyens thérapeutiques utiles à connaître.

Il recommande d'abord la *cure de repos absolu*, dans laquelle il faut cesser toute alimentation, la remplaçant par des lavements qui doivent être *alimentaires*, *désaltérants*.

M. A. Robin prescrit le lavement alimentaire suivant :

Jaunes d'œufs.	n° 2.
Solution de peptones.	2 cuillerées à soupe.
Solution de glucose à 10 0/0.	100 grammes.
Sel marin.	1 —
Pepsine.	0gr,50.
Laudanum de Sydenham. . .	II gouttes.

Émulsionner le mélange avant de l'employer. On administre un lavement alimentaire toutes les six heures, en le faisant pénétrer aussi loin que possible, à l'aide d'une sonde de Nélaton, le malade étant couché sur le côté. Pendant tout le temps de la cure, le repos au lit est indispensable.

« Pour faire tolérer ces lavements, dit M. A. Robin, il faut évacuer le gros intestin : un lavement de 250 grammes d'eau bouillie, donné une demi-heure avant le lavement alimentaire, remplira cette indication. Ces lavements d'eau bouillie seront en outre des lavements désaltérants ; ils combattront utilement la soif qui tourmente certains malades.

L'amaigrissement pendant cette période doit être tout à fait minime. J'ai vu des malades rester jusqu'à quinze jours privés de toute alimentation, sans perdre plus d'une à deux livres ; la perte la plus forte que j'aie observée était de 2 kil. 800 gr. Je n'irai d'ailleurs pas aussi loin que Tournier (de Lyon), qui dit avoir vu engraisser ses malades.

En général, un repos de 3 ou 4 jours vous suffira, et vous pourrez ensuite reprendre graduellement l'alimentation. »

Si ce premier moyen a échoué ou n'a pu être employé pour des raisons quelconques, on peut placer un *vésicatoire volant* sur l'épigastre ; au bout de quelques heures, on soulève la cloque qui s'est formée et on panse avec 0gr10 de poudre d'opium brut. C'est un moyen qui réussit très bien, notamment dans les vomissements de la fièvre typhoïde.

Si le vésicatoire ne peut être employé on prescrira alors, en même temps que le régime lacté absolu, une potion à la picrotoxine ainsi formulée :

Picrotoxine.	0gr05.
Alcool.	Q. s. pour dissoudre.

Ajouter à cette teinture :

Chlorhydrate de morphine.	0gr05
Sulfate d'atropine.	0gr01
Ergotine.	1 gramme.
Eau de laurier-cerise.	12 —

Filtrer. Cinq gouttes avant les prises de lait. Ne pas dépasser en tout vingt-cinq gouttes dans la journée, car la picrotoxine est un alcaloïde extrêmement toxique.

Il faut recommander de prendre le lait très lentement, par cuillerées à soupe. Joindre à tout cela les paquets de saturation à la magnésie et à la craie préparée, s'il y a des douleurs gastriques.

Un autre moyen fort bon consiste à faire respirer de l'*oxygène*. Ces inhalations ont été préconisées par Pinard dans les vomissements incoercibles de la grossesse ; on ignore comment elles agissent.

Si l'on ajoute à ces procédés les lavages de l'estomac, les frictions classiques de Rivière, Haen, Hufeland, etc., on verra que le praticien est loin d'être désarmé. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mai 1901.) S.

Les irrigations antiseptiques du nez comme moyen de traitement de la coqueluche. (E. M. Payne.) — En se basant sur la théorie d'après laquelle la coqueluche aurait pour point de départ une irritation de la membrane de Schneider, déterminée par un microorganisme spécifique, on a depuis longtemps cherché à combattre cette affection au moyen de pulvérisations nasales et d'insufflations de poudres médicamenteuses dans le nez. Estimant que ces interventions ne sauraient suffire à débarrasser les fosses nasales des microbes qui pullulent dans tous les coins et recoins de ces cavités, un médecin anglais, M. E. M. Payne (de Crickle-Wood), a essayé avec succès de leur substituer un moyen plus énergique, tel que l'irrigation du nez.

Notre confrère a eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas de coqueluche ayant résisté à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence (bromures, belladone, chanvre indien, etc.). A la fin du troisième septenaire de la maladie, on commença à pratiquer, d'une façon systématique, des lavages des fosses nasales, injectant, à travers les narines, trois fois par jour, 300 à 600 grammes d'une solution d'acide phénique à 2,5 p. 100.

Les premières injections provoquèrent des accès de toux et d'éternuement suivis d'une abondante sécrétion de mucus; les suivantes furent supportées beaucoup mieux et ne tardèrent pas à amener une diminution notable du nombre et de l'intensité des quintes. La guérison complète s'obtint dans l'espace d'environ une semaine, et ce n'est qu'afin de prévenir une rechute que le traitement fut continué pendant quelques jours encore. (*Rev. des mal. de l'enf.*, juin, 1901.)

S.

Opium et décoctions de farine d'avoine chez l'enfant. — M. Borde vient de rapporter à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux l'intéressante observation d'un enfant atteint d'une entérite grave, qui a été soigné et guéri par l'usage de l'opium et des décoctions aqueuses de farine d'avoine. Il résulte de cette observation ainsi que d'un très grand nombre d'autres qui paraîtront sous peu : 1° que les enfants les plus jeunes supportent admirablement bien les opiacés; 2° que les opiacés sont des remèdes très utiles et toujours inoffensifs pour combattre les entérites aiguës infectieuses du nourrisson; 3° que les décoctions de céréales sont très bien digérées en général par les jeunes enfants malades ou non; 4° que ces décoctions calment l'intestin au lieu de l'irriter et qu'elles sont suffisamment nourrissantes pour remplacer le lait de vache dont la quantité excessive plutôt que la qualité douteuse est la cause la plus fréquente des entérites aiguës chez le nourrisson. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 22, 1901.)

L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Conseil de l'Université. — Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni avant-hier matin, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur.

Le conseil a enregistré les décrets aux termes desquels MM. les professeurs Jaccoud et Panas sont admis, sur leur demande, à la retraite, et M. Déjerine est nommé professeur à la Faculte de médecine.

Il a voté le maintien des chaires de clinique médicale de la Pitié (chaire de M. Jaccoud), de clinique d'ophtalmologie (chaire de M. Panas).

Facultés de province. — *Lyon.* — M. Paviot, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales pendant la durée du conge accordé à M. Pierret (jusqu'au 31 octobre 1901).

— *Toulouse.* — M. Cestan, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Chalot (jusqu'au 31 octobre 1901).

Écoles de médecine. — *Besançon.* — M. Dietrich est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie

— *Dijon.* — M. Abrant est institué, pour une période de neu ans, chef des travaux de médecine opératoire.

Guerre. — Par décision ministérielle du 31 mai 1901, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gilbert, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Barrière, pour le 4e de spahis.

MM. les médecins aides-majors de première classe Blan, Rousset, Spire, Pigeon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Béranger, Chaudoye, Trille, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Marine. — Par décret en date du 31 mai, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Roux, en remplacement de M. Esclangon, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Rousseau, en remplacement de M. Roux, promu.

Par décret de même date, M. Esclangon a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 1er juin 1901.

— M. le médecin de première classe Seguy, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Latouche-Tréville* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. Roux, promu médecin principal, et qui est appelé à servir au port de Cherbourg.

M. le médecin de deuxième classe Bernal, du port de Rochefort, est désigné pour l'*Isère*, en remplacement de M. Rousseau, promu médecin de première classe, et qui est appelé à servir à Lorient.

— M. le médecin de première classe Ardeber, du port de Rochefort, est désigné, par application de l'article 37 de l'arrêté du 15 avril 1899, pour aller concourir au service général du port de Toulon et sera embarqué en corvée sur le *Lavoisier*, qui entrera en armement pour essais le 15 juin courant.

La paternité de la cocaïnisation spinale. — Sous la signature du docteur Ch. W. Allen, on lit dans le *Med. Record* du 27 avril 1901, l'entrefilet suivant — qui est bien américain :

« Pour remplacer la longue expression cocaïnisation spinale, je proposerai d'appeler ce procédé du mot de « Corningization ». Corningizer la moelle, ajoute Ch. W. Allen, serait un terme à la fois euphonique et bien approprié. » (*Gaz. hebd. des sc. méd.*).

Grève de médecins de Leipzig. — Les médecins de Leipzig viennent de se mettre en grève. Ils se plaignent que leurs honoraires se trouvent considérablement réduits par la création des *krakenkassen* (ou caisses de malades). Cette innovation a en effet réduit le prix de revient de leurs visites à sept pfennigs ou environ deux sous. Ils trouvent avec raison que c'est trop peu. Les malades ne pourront lutter à armes égales car ils ne penseront pas à se mettre en grève à leur tour, ce qui serait le bon moyen. Les pharmaciens, dit-on, cherchent un terrain d'entente. (*Bull. gén. de thér.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Raoul Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. vient de créer un train rapide exclusivement réservé au service postal. Depuis le 3 juin, ce train part tous les jours de Paris à 8 h. 40 du soir, c'est-à-dire après la fermeture des bureaux, et arrive à Marseille à 9 h. 13 du matin.

Cette création améliorera notablement le service postal dans les régions traversées par le nouveau train ou par ses correspondants.

— *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 70; 2e classe, 32 fr. 20; 3e classe, 21 francs. — De Paris à Vichy, 1re classe, 40 fr. 90; 2e classe, 27 fr. 60; 3e classe, 18 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le pharynx, anatomie et physiologie, par C. Chauveau, préface de M. Polaillon. Un vol. in-8° avec 165 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La tuberculose et la médication créosotée, par le docteur Samuel Bernheim. Un vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Précis d'ophtalmologie journalière, par MM. Puech et Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-18. — Prix : 5 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le compendil pour la douleur et maladie des yeulx qui a esté ordonné par Bienvenu Graffe, maistre et docteur en médecine. Édition française d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale de Paris (xve siècle), revue et collationnée par le docteur P. Pansier (d'Avignon) et M. Ch. Laborde (de Montpellier), suivie de la version provençale d'après le manuscrit de Bâle (xiiie siècle), avec 2 planches en phototypie, éditée par Henri Teulié. Un vol. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Où faut-il en France passer l'hiver? Les stations climatiques hivernales françaises, par Ch. Lavielle. Première partie : le *Sud-Ouest*, *Arcachon*, *Biarritz-Hendaye*, *Dax*, *Cambo*, *Pau*. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 65. — SAMEDI 8 JUIN 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 8 JUIN 1901. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'amputation du sein cancéreux [6 fig.] (*fin*), par M. Ét. CESTAN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DU BACILLE TYPHIQUE DANS L'EAU POTABLE, par le professeur CHANTEMESSE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

L'amputation du sein cancéreux (1).

Par M. Ét. CESTAN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

III

DESCRIPTION DES PROCÉDÉS. — Nous résumerons d'abord individuellement les trois techniques les plus importantes, celles de Halsted, W. Meyer et Kocher. Nous essaierons ensuite dans une revue d'ensemble et en décomposant les opérations en ses divers temps, de synthétiser les procédés secondaires qui se rattachent aux premiers.

a. *Méthode de W. S. Halsted.* — Dans son premier travail de 1894, Halsted divisait sa méthode en quinze temps, dont voici le résumé :

1° Inciser la peau sous forme d'un 6 ou d'un 9 renversé ou d'une raquette dont la queue, concave en bas et en dehors vers l'aisselle, part de la face antéro-supérieure du bras au niveau des insertions humérales du grand pectoral, passe curviligne sous la clavicule et se continue par une large boucle qui embrasse tout le globe mammaire à bonne distance du néoplasme.

2° Disséquer de haut en bas le lambeau triangulaire à base inféro-externe, compris entre la queue et la boucle de l'incision. Ce lambeau, qui recouvre l'aisselle, doit être détaché en ne prenant absolument que la peau et laissant sur place tout le tissu cellulaire sous-cutané; il sera libéré jusqu'au bord postérieur de l'aisselle, c'est-à-dire jusqu'au bord antérieur du grand dorsal.

3° Mettre largement à nu le grand pectoral avec ses deux parties principales normalement séparées par un interstice appréciable : la partie claviculaire qui sera respectée et la partie sterno-chondro-costale qui sera enlevée. Sectionner les insertions costales de cette dernière et commencer à la séparer de la partie claviculaire, le long de leur interstice, jusqu'au niveau du tubercule scalénique de la première côte.

4° Sectionner ses insertions sternales jusqu'à la clavicule et cette partie sterno-costale étant ainsi libérée en dedans, l'abaisser fortement pour exposer le sommet de l'aisselle.

5° Avec un écarteur, relever alors en haut la partie claviculaire et disséquer le tissu cellulaire lâche situé au-dessous.

6° Continuer en dehors jusqu'à l'humérus la séparation déjà commencée en dedans de la partie sterno-costale et sectionner ses attaches humérales au ras de l'os.

7° Soulever en bloc toute la masse à enlever comprise dans la boucle de l'incision cutanée (peau, graisse, muscle). L'attirer en haut et en dehors pour tendre le fascia sous-musculaire et séparer le tout d'abord du thorax au ras des côtes, puis du petit pectoral, en emportant la mince aponévrose qui recouvre ce dernier muscle jusqu'à ce que son bord inférieur soit bien découvert.

8° Sectionner le petit pectoral en son milieu, perpendiculairement à ses fibres.

9° Disséquer le tissu cellulaire, situé au-dessous de lui jusqu'à la coracoïde.

10° Récliner en haut et de chaque côté les moitiés correspondantes du muscle.

11° Isoler avec soin les vaisseaux (surtout veineux) situés près des insertions de ce muscle; les lier au ras des gros troncs axillaires, et les sectionner en emportant avec eux le tissu cellulaire qui les accompagne.

12° Exposer et dénuder les gros troncs axillaires, particulièrement la veine, le plus haut possible et jusque sous la clavicule. Eviter la dissection mousse avec les doigts ou les pinces et se servir d'un bistouri bien affilé. Isoler soigneusement, lier et couper les branches vasculaires qui s'en détachent.

S'il est à ce moment utile de poursuivre l'évidement jusqu'au-dessus de la clavicule, diviser cet os en son milieu.

13° Soulever de nouveau en haut et en dehors la masse à enlever, tendre le fascia qui l'unit à la paroi latérale du tronc et dépouiller cette paroi au ras des côtes et du grand dentelé jusqu'aux confins de la paroi postérieure de l'aisselle.

14° Tirer alors en bas et en dehors le lambeau cutané axillaire triangulaire, disséqué au début, ce qui tend le tissu

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 597.

cellulaire qui tapisse la paroi postérieure de l'aisselle. Dépouiller attentivement les muscles sous-scapulaire, grand rond et grand dorsal, lier et couper les vaisseaux scapulaires inférieurs, respecter ou non le nerf correspondant dont la section n'a pas les conséquences fonctionnelles fâcheuses que lui accorde Küster.

15° Retourner enfin la masse en bas pour la remettre dans sa situation naturelle et diviser ses dernières attaches pour la libérer complètement.

Rapprocher les bords de la plaie par une suture en bourse passant à la base du lambeau cutané, lequel est employé à tapisser le fond de l'aisselle. Le reste de la plaie cicatrise par seconde intention. Pas de drainage axillaire.

Dans son deuxième travail, de 1898, Halsted a modifié la technique dans un sens plus radical. Il augmente encore l'étendue de l'exérèse cutanée et enlève les deux pectoraux d'une façon complète. Il divise d'abord les insertions costo-sterno-claviculaires du grand, puis ses insertions humérales ainsi que celles du petit. Il expose ainsi la veine axillaire dans toute sa hauteur jusqu'à la clavicule et dépouille l'aisselle en une fois de dedans en dehors et de haut en bas.

Il fait toujours systématiquement et d'emblée le curage de la région sus-claviculaire. Dans ce but, il ne divise plus la clavicule comme il le conseillait jadis, car la section simple ne facilite pas assez la besogne et la résection cause des dégâts inutiles. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'enlever en bloc les tissus sus et sous-claviculaires en allant de haut en bas et de dedans en dehors. Au cou, il vaut mieux procéder inversement de bas en haut et de dehors en dedans, le long de la veine sous-clavière prise comme point de départ. Pour cela, on fait une incision parallèle au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, intéressant quelques fibres de ce muscle. On découvre la jonction des veines jugulaires externe et sous-clavière; on divise l'omo-hyoïdien au niveau de son tendon et les deux ventres de ce muscle, attirés en haut, servent de rétracteurs. La veine sous-clavière découverte, on élève fortement l'épaule; on éloigne ainsi la clavicule de la première côte de plus de deux centimètres et demi. Cela suffit pour permettre la destruction du trousseau fibreux qui relie étroitement la veine sous-clavière à la clavicule, pour passer les doigts sous cet os, du cou vers l'aisselle et enlever ainsi par le cou la graisse située près du bord postéro-interne de l'omoplate, entre le grand dentelé et le sous-scapulaire, ce qu'on ne pourrait faire par l'aisselle.

Au lieu de laisser la partie de la plaie non recouverte par le lambeau cutané triangulaire cicatriser par seconde intention, Halsted la couvre immédiatement avec des greffes empruntées à la peau de la cuisse. Il panse au papier d'argent et ne renouvelle pas ce pansement avant deux ou trois semaines.

Une extirpation ainsi conduite est laborieuse, longue et demande de deux à quatre heures lorsqu'on est bien aidé. Aussi pour remédier au choc opératoire, faut-il éviter aux malades tout refroidissement et toute perte de sang inutile. Grâce à ces précautions, une opérée de Halsted, après une intervention longue de trois heures, n'avait pas plus de 66 à 70 pulsations.

b. *Méthode de W. Meyer.* — Tandis que Halsted ne relève qu'un lambeau cutané à pédicule axillaire et enlève le ou les pectoraux des insertions thoraciques aux insertions humérales, W. Meyer dissèque trois lambeaux et enlève les pectoraux de leurs attaches huméro-coracoïdiennes aux attaches thoraciques. Ainsi les artères musculaires sont pincées dès l'origine, les artères perforantes se tendent, deviennent visibles et peuvent être facilement pincées aux abords des muscles intercostaux, tandis qu'avec la méthode précédente elles se rompent souvent au ras des muscles, se rétractent et sont difficiles à lier.

W. Meyer distingue six temps :

1° Incision de la peau en ellipse allongée ou plutôt en raquette, dont la boucle embrasse le globe mammaire, dont la queue longue et rectiligne court obliquement vers la face interne du bras aux limites de l'aisselle. Sur cette queue tombe une perpendiculaire partant de l'union des tiers externe et moyen de la clavicule.

2° Dissection des trois lambeaux cutanés, deux supérieurs, un inférieur, relevés avec une couche de tissu cellulaire aussi mince que possible, jusqu'à ce que soient exposés : en bas le bord du grand dorsal, en haut les insertions costo-sterno-claviculaires du grand pectoral ainsi que l'espace clavi-pectoral.

3° Section du tendon du grand pectoral près de l'humérus, dégagement de ce muscle jusqu'à la clavicule; section de ses insertions claviculaires et réclinaison de sa masse en bas et en dedans pour découvrir l'aisselle.

4° Dissection et excision au bistouri du tissu adipolymphatique de l'aisselle. Commencer en haut sur le faisceau vasculo-nerveux au ras de la clavicule et poursuivre d'abord de haut en bas le long du bord inférieur de la veine axillaire. Cette dissection amorcée sur la paroi externe de l'aisselle le long de la veine axillaire, soulever la nappe graisseuse et la libérer de dehors en dedans et de bas en haut. Dépouiller ainsi successivement la paroi postérieure de l'aisselle (grand dorsal, grand rond, sous-scapulaire) puis la paroi interne (grand dentelé, côtes et intercostaux), jusqu'aux insertions costales du grand pectoral encore intactes. A ce moment, la nappe graisseuse libérée de par ailleurs reste encore appendue en une seule pièce au bord inférieur du grand pectoral dans ses rapports anatomiques normaux.

5° Section des insertions coracoïdiennes du petit pectoral. Soulever en haut et en dedans la masse à enlever (pectoraux et mamelle) pour tendre les vaisseaux du grand pectoral; les lier et les couper. Tendre de nouveau la masse et sectionner les insertions costales des pectoraux en rasant le sternum et les côtes. L'extirpation est terminée. Il faut dans ce temps, éviter de trop tirer sur la masse à libérer, car on risquerait de dépouiller les cartilages costaux de leur péricondre, ce qui amènerait la nécrose de ces cartilages, comme Meyer l'a observé dans deux cas.

6° Suture des lambeaux après drainage; greffe primitive ou secondaire de la partie de la plaie non recouverte par des lambeaux. Pansement.

W. Meyer trouve sa technique plus rationnelle, plus anatomique, plus radicale (ablation en masse des deux pectoraux) et moins sanglante que celle de Halsted.

c. *Procédé de Kocher.* — C'est avec dessein que nous avons écrit « procédé » et non méthode car la technique de ce chirurgien dérive directement de la méthode de W. Meyer. Elle consiste, en effet, après une incision analogue en raquette, à sectionner d'emblée les pectoraux à leurs attaches huméro-caracoïdiennes, à ouvrir directement l'aisselle et à l'évider de haut en bas et de dedans en dehors, du bras au thorax, pour terminer par la section des pectoraux

à leurs attaches thoraciques. En voici, du reste, les temps principaux, d'après Wood (1) :

1° Circonscrire la glande par deux incisions curvilignes se rejoignant à leurs extrémités et n'intéressant uniquement que la peau. Prolonger l'extrémité externe de l'incision curviligne inférieure le long de la paroi postérieure de l'aisselle, puis, contournant le bord inférieur du grand pectoral, relever cette incision vers la clavicule, suivant l'interstice pectoro-deltoïdien. Le tout forme une raquette à queue angulaire.

2° Approfondir la partie de l'incision qui se relève vers la clavicule et couper immédiatement les deux pectoraux au ras de leurs insertions respectives à l'humérus et à la coracoïde.

3° Ouvrir ainsi l'aisselle; découvrir les vaisseaux axillaires, les dénuder avec soin de haut en bas, évider ensuite le creux de l'aisselle de dehors en dedans, du bras au thorax, en dépouillant le grand dorsal, le grand rond, le sous-scapulaire, puis enfin le grand dentelé. Sur le muscle sous-scapulaire et le muscle grand dentelé, ménager si cela est possible les paquets vasculo-nerveux correspondants; les emporter s'ils sont environnés de tissus suspects.

4° Approfondir alors les incisions curvilignes qui entourent la glande à bonne distance. Soulever en masse les tissus disséqués, tendre leurs attaches internes et trancher d'un coup les insertions thoraciques des pectoraux.

5° Réunir toute la peau possible et combler ce qui reste de cruenté par des greffes de Thiersch, soit immédiatement, soit le lendemain.

Kocher conseille, s'il est nécessaire, de faire l'évidement du cou, de prolonger l'incision première au-dessus de la clavicule et faire la résection temporaire de cet os.

Revenons maintenant sur les principaux temps opératoires pour montrer, à propos de chacun d'eux, le faire des divers opérateurs. Ces temps peuvent être réduits à quatre : incision de la peau, section des pectoraux, curage de l'aisselle, réunion de la plaie et pansement.

1° *Incision de la peau.* — On s'accorde aujourd'hui sur la nécessité de circonscrire très largement le sein, à bonne distance du mal, sans que l'on doive se préoccuper jamais de la façon dont on pourra réunir ultérieurement la plaie. Watson Cheyne attache à l'ablation totale de la glande et de la peau qui la recouvre plus d'importance qu'aux autres temps de l'opération. Mais on se montre toujours trop économe des téguments, si, par avance, on n'en mesure pas la quantité à enlever.

Il faut, dans ce but, soulever la glande à pleine main pour en déterminer les limites et inciser franchement à trois bons centimètres au delà, même si la tumeur est petite. Si cette tumeur siège à la périphérie de la glande, il faut, comme le conseille Bell, faire à ce niveau une encoche supplémentaire, sacrifiant toute la peau voisine. Il faut aussi toujours prolonger l'excision cutanée en dedans, vers le sternum, car là siègent souvent des lobes accessoires, foyers de récidives futures.

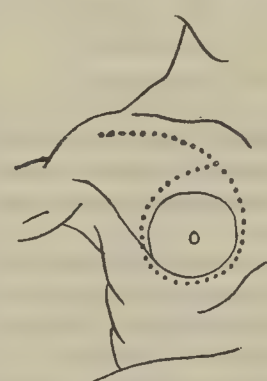
Il faut encore, lorsqu'on relève les lambeaux cutanés délimités par l'incision, *disséquer la peau du plus près, avec juste assez de tissu cellulaire sous-cutané pour en assurer la nutrition.* H. Stiles, W. Meyer, Halsted, W. Cheyne insistent sur ce point.

(1) Wood. *Transact. of the College of Phys. of Philad.*, 12 nov. 1897.

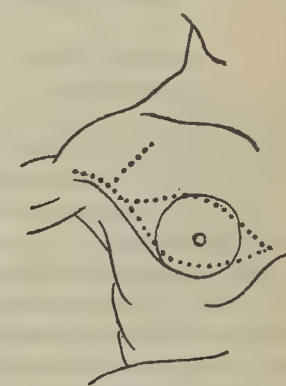
Il faut enfin relever ces lambeaux très largement pour bien découvrir toute la région thoraco-axillaire, du grand dorsal à la clavicule et du bras au delà de la ligne médiane. Ainsi seulement, on risquera d'enlever toute la glande, tous ses lobes accessoires, toute son atmosphère graisseuse et ses lymphatiques.

D'ailleurs, cette très large dissection facilitera ultérieurement le glissement des lambeaux cutanés et la réunion de la plaie que, compléteront au besoin les autoplasties ou les greffes de Thiersch.

Le tracé de l'incision varie avec les auteurs. Halsted fait une raquette à queue curviligne sous-claviculaire; Kocher, une raquette à queue angulaire, se relevant suivant l'interstice pectoro-deltoïdien vers la clavicule; W. Meyer, une raquette à queue rectiligne, mais avec branchement ascen-

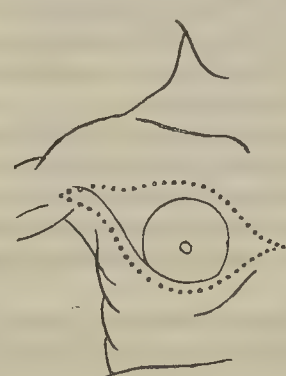


W. Halsted.

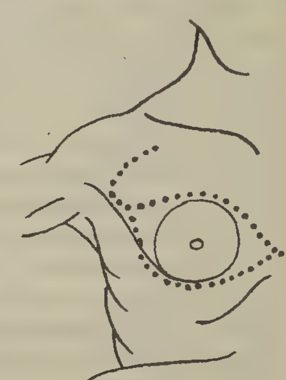


W. Meyer.

dant vers la clavicule, assimilable au crochet de Kocher. Senn (1) préconise une incision elliptique, prolongée en dehors par une queue recourbée à la Halsted, qui suit d'abord la saillie du grand pectoral, puis contourne le sommet de l'aisselle, à 3 centimètres de lui. Mac Burney (2) conduit la queue de son ellipse, non plus sur la paroi antérieure de l'aisselle et le grand pectoral, mais bien sur la paroi



W. Cheyne.

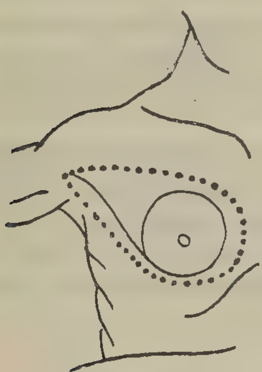


Kocher.

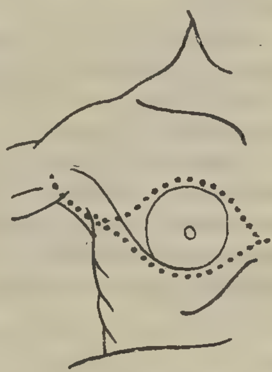
postérieure, au-dessous de l'aisselle, jusqu'au grand dorsal, le long duquel elle remonte vers la face interne du bras. Il y trouve pour les malades l'avantage d'avoir une cicatrice très basse, éloignée de l'aisselle, qui leur permet de se décolleter. Noble (3) a deux fois employé avec succès l'incision de Mac Burney. Harold Stiles et Watson Cheyne préconisent une incision elliptique très large, dont l'extrémité interne déborde la ligne médiane sternale, dont l'externe court vers l'aisselle le long du bord inférieur du grand pec-

(1) Senn. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 27 mai 1899, p. 1147.
(2) Mac Burney. *New-York surg. med. Soc.*, déc. 1896.
(3) Noble. *Transact. of the College of Phys. of Philad.*, 14 janv. 1898.

toral, avec une encoche triangulaire circonscrivant le néoplasme à bonne distance, lorsque celui-ci est excentrique. Tansini (1), plus radical encore, comprend toute la région mammaire dans les trois quarts internes d'une vaste incision circulaire, dont le quart externe se prolonge vers l'aisselle en triangle allongé circonscrivant le creux axillaire; la plaie prend ainsi la forme d'un grand ovale à grosse extrémité interne, qui ne peut être ultérieurement comblée que par autoplastie.



Tansini.



Mac Burney.

Après expériences faites, nous donnons la préférence à l'incision de Stiles et W. Cheyne, laquelle d'ailleurs n'est autre que l'ellipse classique, faite très largement. Elle permet de disséquer aisément deux lambeaux, supérieur et inférieur, bien nourris, faciles à réunir ; on découvre autant qu'on le veut toute la région axillo-mammaire, sans qu'il soit besoin de recourir au crochet pectoro-deltoïdien de Willy Meyer et de Kocher. Les incisions de ces deux auteurs et celles de Halsted, plus compliquées, créent un ou plusieurs lambeaux angulaires, dont la pointe, mal nourrie, se sphacèle aisément, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé. Ce nous est un motif de plus pour préconiser l'ellipse simple.

2° *Ablation des pectoraux.* — Willy Meyer, dès sa première publication, Halsted dans son travail de 1898, Kocher et de nombreux opérateurs à leur suite préconisent systématiquement l'ablation totale des deux pectoraux.

Watson Cheyne, plus éclectique et fidèle à la première manière de Halsted, n'enlève que la moitié inférieure du grand pectoral et se contente, pour disséquer l'aisselle, de récliner la moitié supérieure avec le petit pectoral après les avoir dépouillés de leur fascia ; il ne les sacrifie complètement que lorsqu'ils paraissent envahis.

Monod et Jayle, moins radicaux, se bornent à fendre le grand pectoral qu'ils reconstituent par la suture, après évidement de l'aisselle.

Enfin, nombre de chirurgiens, plus modérés encore, emportent seulement avec le sein l'aponévrose et la couche superficielle du grand pectoral, qu'ils réclinent ensuite très fortement en haut. Gangolphe et son élève Legendre (2) défendent cette manière de faire.

Nous avons vu que les objections faites à l'extirpation des pectoraux sont plus théoriques que réelles. Sans imposer aux malades ni des suites opératoires plus sérieuses, ni des troubles fonctionnels ultérieurs désagréables, cette ablation donne pour l'évidement axillaire une facilité considérable, pour la réunion cutanée une aisance plus grande, pour la guérison définitive une sécurité plus réelle. Elle mérite donc d'entrer dans la pratique, *et nous la conseillons complète, regardant l'ablation de la partie sternale du grand pectoral comme un minimum dont il est prudent de ne pas se contenter*.

L'extirpation des pectoraux se peut faire de deux façons : du thorax au bras (Halsted), du bras au thorax (Willy Meyer et Kocher). Chacune d'elles a eu ses défenseurs. Nous croyons cependant la seconde préférable ; elle est plus simple, plus rapide, plus anatomique, et ménage davantage le sang, car elle conduit immédiatement sur les pédicules vasculaires.

Pour la pratiquer, une fois relevés largement les lambeaux cutanés, il suffit de glisser l'index gauche sous le tendon du grand pectoral au ras de l'humérus, de sectionner ce tendon d'un coup de ciseaux, de le faire érigner légèrement en haut et en dedans pour découvrir la caracoïde, isoler le tendon du petit pectoral que l'on coupe et relève pareillement. L'aisselle se trouve largement béante.

3° *Curage de l'aisselle.* — Le tissu cellulaire de l'aisselle se divise en deux systèmes distincts : pariétal et cavitaire. Le premier est formé par les minces fascias fibro-celluleux, plus ou moins infiltrés de graisse, qui tapissent les parois musculaires et leur servent d'enveloppe. Le second est constitué par l'ensemble de pelotons adipeux, agglomérés dans un vague feutrage, qui remplit le creux de la pyramide axillaire et joue le rôle d'une rudimentaire bourse séreuse interscapulo-thoracique. Il se prolonge sous forme d'une lame prismatique entre le sous-scapulaire et le grand dentelé, d'une part jusque vers le creux sous-claviculaire en haut, d'autre part jusqu'au bord spinal de l'omoplate en arrière.

C'est au milieu de cette graisse de remplissage que cheminent les organes vasculo-nerveux et se cachent les groupes ganglionnaires, tandis que les fascias d'enveloppe proprement dits sont presque indépendants des vaisseaux et des lymphatiques.

Les vaisseaux sont représentés par la veine et l'artère axillaires, couchées avec le plexus brachial dans l'angle externe de l'aisselle. L'artère est peu visible, accolée au bras, cachée par les gros nerfs et la très grosse veine qui la recouvrent en dedans. La veine, au contraire, énorme sur le vivant, très mince, animée de gonflements isochrones aux mouvements expiratoires, occupe vers l'aisselle le plan saillant et se présente naturellement à l'opérateur lorsque le bras est en abduction et rotation externe. J'ajoute, avec Verneuil, qu'elle est mobile, obéit facilement aux tractions exercées sur elle par l'intermédiaire du tissu cellulaire ambiant; ainsi peut-on la déplacer et la couder, si l'on n'y réfléchit; ainsi s'expose-t-elle aux offenses du bistouri ou de la sonde cannelée d'un opérateur non prévenu ; je l'ai vue deux fois blessée dans ces conditions.

De cet axe vasculaire principal se détachent plusieurs troncs secondaires, variables dans leur origine, leur nombre et leur distribution, mais que l'on peut cependant ranger en deux groupes : 1° des branches antérieures, destinées aux muscles pectoraux, fournies principalement par l'acromio-thoracique, accessoirement par la ou les thoraciques postérieures de Sappey, de nombre variable, toutes hautes, naissant vers le sommet de l'aisselle, dans le triangle clavi-coraco-axillaire, aux abords immédiats du tendon du petit pectoral; 2° des branches postérieures, destinées aux muscles dorsaux et thoraciques, représentées

(1) Tansini. *Riforma med.*, 2 janv. 1896.
(2) Legendre. Loc. cit.

par la mammaire externe et la scapulaire inférieure, toutes deux appliquées à leur origine sur le muscle sous-scapulaire. La mammaire externe, assez irrégulière, naît tantôt isolément, tantôt d'un tronc commun avec la scapulaire inférieure en bas ou la thoracique postérieure en haut, repose d'abord sur la paroi postérieure de l'aisselle, puis gagne obliquement la paroi interne où elle rejoint sur le grand dentelé le nerf de ce muscle. La scapulaire inférieure, beaucoup plus fixe, naît dans l'interstice qui sépare le grand dorsal du sous-scapulaire et descend verticale, accolée au nerf du grand dorsal. Au résumé, trois pédicules vasculaires principaux : l'un antéro-supérieur formé par l'acromio-thoracique, les deux autres postérieurs : mammaire externe au milieu, scapulaire inférieure en bas, appliquées sur la paroi postérieure.

Chacun d'eux accompagne ou rejoint un groupe nerveux d'importance variable. A l'acromio-thoracique correspondent les nerfs du grand et du petit pectoral, que l'on pourra sacrifier avec les muscles correspondants. A la mammaire externe correspond le nerf du grand dentelé qui, né sous la clavicule, descend verticalement appliqué sur le fascia du grand dentelé, donnant un filet à chaque digitation musculaire et rejoint au niveau de la troisième côte par l'artère qui se place en arrière et en dehors de lui. A la scapulaire inférieure enfin et à ses branches correspondent d'une part les nerfs du grand rond et du sous-scapulaire placés en dedans et en arrière de l'artère, et le nerf du grand dorsal placé en dehors et en avant. Ces branches nerveuses jouent un rôle fonctionnel important et doivent pour Küster être soigneusement épargnées. Elles ne peuvent l'être qu'au prix d'une dissection extrêmement minutieuse, car, avant de s'accoler aux fascias prémusculaires, elles cheminent dans la graisse cavitaire dont il faut les séparer délicatement pour ne pas rompre leurs fins rameaux. C'est pourquoi d'autres opérateurs, avec Halsted, n'hésitent pas à les sacrifier pour assurer l'évidement intégral de l'aisselle.

Quant aux ganglions lymphatiques, masqués dans cette même graisse, ils sont appendus en grappes plus ou moins régulières aux trois pédicules vasculaires que nous avons décrits et leur chaîne se prolonge en haut le long de la veine axillaire, jusque par delà la clavicule, vers le cou et le médiastin. Kirmisson, Poirier et d'autres auteurs les ont rangés en plusieurs groupes distincts. Mais il serait excessif de vouloir préciser et limiter par trop leur disposition, car on trouve toujours des ganglions indépendants, disséminés çà et là au milieu des pelotons adipeux, qu'il faut absolument enlever pour pouvoir prétendre à curer radicalement l'aisselle.

Or, si l'accord semble fait aujourd'hui sur la nécessité de ce curage systématique, on discute encore sur l'extension qu'il faut lui donner.

Nombre d'opérateurs se contentent, après avoir relevé le grand pectoral, d'effondrer au doigt la lame fibro-celluleuse qui ferme la base de l'aisselle et d'extirper par arrachement les ganglions perceptibles dans cette exploration absolument incomplète.

D'autres, plus consciencieux, essayent, avec Gangolphe et Legendre, d'isoler d'abord le gros faisceau vasculo-nerveux avec ses trois pédicules secondaires, et libèrent par dissection mousse les trois groupes ganglionnaires correspondants qu'ils enlèvent en respectant la majeure partie de la graisse cavitaire. Ils estiment que cette graisse, bourse séreuse interscapulo-thoracique, est indispensable pour éviter la soudure post-opératoire des tissus musculaires du bras à ceux du thorax et pour assurer la liberté des mouvements du membre supérieur.

Malgré les bons résultats qu'elle a donnés jusqu'ici au chirurgien lyonnais, nous estimons cette technique insuffisante.

Pour enlever tous les tissus suspects, susceptibles de récidive, il faut curer complètement l'aisselle, extirper méticuleusement tout son contenu, respectant seulement le plexus brachial, les gros vaisseaux et, si cela est possible, les nerfs du grand dorsal et du grand dentelé. Halsted et ses imitateurs vont plus loin encore car, en plus du contenu axillaire, ils enlèvent soigneusement tous les fascias d'enveloppe qui recouvrent les muscles environnants; W. Cheyne recommande même d'emporter les couches superficielles du grand dentelé.

Cet évidement peut être pratiqué de façon différente. Il doit porter successivement sur les quatre parois de l'aisselle. C'est à l'antérieure qu'on s'attaque toujours en premier lieu, soit qu'on sectionne les pectoraux pour les relever, soit qu'on les dépouille de leurs fascias pour les récliner simplement en haut. Il faut, en effet, découvrir d'abord les gros vaisseaux, repère primordial. Ces vaisseaux et le plexus brachial, accolés à la paroi externe, sont recouverts d'une fine lame cellulo-graisseuse, dont il faut les dépouiller de la clavicule à la base de l'aisselle. Ceci fait et les trois pédicules vasculaires liés, le contenu axillaire peut être extirpé, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. Halsted et Senn, qui enlèvent les pectoraux du thorax au bras, évident l'aisselle dans le même sens, dépouillant d'abord la paroi interne, puis la paroi postérieure. Meyer et Kocher, au contraire, qui extirpent les muscles du bras au thorax, ouvrent l'aisselle de dehors en dedans, nettoyant d'abord la paroi postérieure, puis la paroi interne.

Cette dernière manière nous semble préférable, parce que plus simple, plus anatomique et plus ménagère du sang. La besogne est facile lorsqu'on veut sacrifier vaisseaux et nerfs secondaires; il suffit, après avoir lié au ras des gros troncs vasculaires l'acromio-thoracique, la mammaire externe et la scapulaire inférieure, de disséquer au bistouri les muscles grand dorsal et sous-scapulaire, d'arriver ainsi au grand dentelé, que l'on dépouille pareillement en remontant vers les insertions des pectoraux, que l'on emporte d'un dernier coup de couteau avec la masse de la tumeur. Elle est beaucoup plus délicate lorsqu'on veut conserver les nerfs du grand rond, du grand dorsal et du grand dentelé, qu'il faut alors très minutieusement séparer de la graisse ambiante et des branches vasculaires ou lymphatiques qui les environnent.

Nous avons dit que le tissu cellulaire de l'aisselle se prolongeait sous forme d'une lame interscapulo-thoracique jusqu'aux insertions du grand dentelé sur le bord spinal de l'omoplate. C'est à extirper complètement cette lame, qu'il faudra particulièrement s'attacher. On devra la poursuivre soigneusement en arrière et aussi en haut, vers le cou. Il faudra pour cela s'aider d'une forte abduction du bras.

C'est dans le même but que Bloodgood, Cushing et Halsted recommandent de faire une incision sus-claviculaire pour enlever la partie supéro-postérieure de cette lame difficilement attaquable par l'aisselle et pour extirper, en même temps, les ganglions cervicaux suspects. On se reportera, pour plus de détails, à la technique de Halsted que nous avons longuement exposée plus haut.

Avant de terminer ce qui concerne l'évidement axillaire, nous devons dire un mot des cas dans lesquels les gros vaisseaux et le plexus brachial sont adhérents aux masses néoplasiques de l'aisselle ou englobés par elles.

Pour de nombreux auteurs, cette complication, lorsqu'elle est reconnue d'avance, suffit à condamner toute tentative opératoire. Mais, outre que le diagnostic particulièrement délicat n'a été et ne sera fait qu'exceptionnellement avant l'intervention, il semble que les progrès de la technique en ce qui touche les plaies nerveuses et vasculaires doivent atténuer la valeur absolue de cette contre-indication.

Le plexus brachial est rarement intéressé dans les cas légitimement opérables; Djelmilpacha dut cependant, chez une de ses patientes, emporter les deux racines du nerf médian. Si l'on était aujourd'hui forcé de pratiquer pareille résection nerveuse, on devrait tenter la suture des deux bouts ou l'anastomose de ces bouts avec les troncs nerveux voisins épargnés.

L'envahissement de la veine axillaire est beaucoup plus fréquent, car cette veine est beaucoup plus immédiatement en rapport avec les groupes ganglionnaires, et sa blessure n'est pas rare, car elle est mince, mobile, s'offre aux coups du bistouri ou se déchire facilement, quand on veut essayer d'arracher brutalement les masses néoplasiques adhérentes. Lorsque ces adhérences seront lâches, on pourra tenter de les disséquer en respectant l'intégrité de la veine. Pour peu que la fusion soit plus intime, il sera prudent d'emporter avec les ganglions une partie plus ou moins considérable du vaisseau, pratiquant soit une plaie longitudinale incomplète par excision partielle, soit une plaie circulaire complète par résection segmentaire. A ces diverses lésions répondent trois moyens d'hémostase : la forcipressure, la ligature, la suture. La forcipressure à demeure a été employée avec succès dans deux observations de Camail et de Legueu (1); elle reste un expédient commode mais exceptionnel. Le choix pourrait paraître plus difficile entre la ligature et la suture, puisque les faits témoignent aujourd'hui des succès donnés ailleurs par cette dernière. Mais la perméabilité de la veine axillaire, pourtant utile et désirable, n'est pas d'une absolue nécessité; d'autre part, la ligature est plus simple et plus sûre que la suture. Nous pensons donc, en ce qui concerne la veine, que la ligature doit être préférée lorsqu'il y a plaie circulaire complète, tandis qu'on peut tenter la suture dans les cas de plaie longitudinale incomplète où cette manœuvre est beaucoup moins malaisée. La ligature latérale sera applicable dans les cas plus rares où la brèche veineuse est de très petites dimensions.

Le problème se pose autrement pour l'artère axillaire dont le rôle est plus important pour assurer la nutrition du membre supérieur. Cette artère est assez rarement envahie. L'on doit, comme pour la veine, tenter de la ménager le plus possible, sans reculer cependant devant son excision ou sa résection, si ce sacrifice paraît nécessaire. Pour assurer l'hémostase, on peut recourir à la ligature, comme le fit Julliard avec succès, sans trop redouter la gangrène du membre, gangrène qui paraît aujourd'hui dépendre beaucoup plus d'une asepsie insuffisante que de l'ischémie artérielle proprement dite. On peut également tenter la suture. Elle a été faite cinq fois (2) avec succès pour des plaies longitudinales

(1) Voir Chartier. Th. de Paris, 1898.

(2) Voir Veau. *Gaz. des hôpit.*, 14 mars 1901, p. 297.

produites au cours de l'évidement axillaire [cas de Heidenhain, Djelmilbey (deux fois), Ricard et Durante]. La plaie mesurait 1 centimètre environ, dans les faits de Heidenhain, Ricard et Durante; elle atteignait 15 millimètres dans un cas de Djelmilbey; la suture réussit constamment et jamais il n'y eut oblitération de l'artère. On n'a pas encore essayé pareille manœuvre pour des cas de plaie transversale complète ou de résection segmentaire. Nous pensons cependant que les remarquables succès obtenus sur la fémorale, par Murphy et Kümmel, autoriseraient semblable tentative dans l'aisselle.

4° *Réunion de la plaie et pansement.* — On sait quelles discussions a soulevées cette question. En 1837, Martinet et Roux, à la réunion par suture des bords avaient tenté de substituer l'anaplastie immédiate par apposition d'une peau nouvelle, moins apte à la récidive. Velpeau estime que cette dernière ne saurait être prévenue par l'autoplastie; sans combattre la réunion immédiate, il préconise volontiers le pansement à plat avec réunion secondaire. En 1885, Verneuil et Després défendent encore ardemment cette dernière devant la Société de chirurgie, mais la réunion première triomphe avec Mouchet, Lucas-Championnière, Le Fort, Trélat et Monod. Depuis, le procès est définitivement jugé en sa faveur.

La réunion immédiate doit être tentée dans tous les cas et on doit la faire aussi complète que possible. Malgré de larges exérèses cutanées, on peut le plus souvent arriver à rapprocher les bords de la plaie à l'aide d'un léger décollement et d'une tension, forte le premier jour, mais qui s'atténue rapidement par la suite; le sphacèle est très rare; seuls les points trop tendus sectionnent parfois la peau.

Lorsque la surface cruentée est trop étendue, il faut recourir à deux procédés auxiliaires : les greffes et les autoplasties.

Willy Meyer, Halsted et Kocher usent des greffes de Thiersch qu'ils empruntent à la peau de la cuisse soit immédiatement, soit le lendemain de l'intervention première. Reclus (1), Quénu et Robineau (2), Græve [d'Upsal (3)] ont reproché à ces greffes de donner une cicatrice précaire, peu solide, et c'est pour éviter leur emploi qu'on est revenu aux méthodes autoplastiques.

Tansini (4) dissèque sur les téguments du dos un lambeau suffisant pour combler la perte de substance et dont le pédicule correspond à l'angle de l'incision axillaire; il la suture au pourtour de la plaie mammaire; il réunit ensuite la plaie dorsale dont il mobilise les lèvres par deux incisions linéaires pratiquées en haut et en bas.

Roux (de Lausanne) a volontiers recours à deux incisions obliques pratiquées sur les lèvres de la plaie, l'une, supérieure, courant vers la clavicule, l'autre, inférieure, vers le rebord costal, qui lui suffisent pour mobiliser la peau et amener les lèvres au contact.

Quénu et Robineau procèdent comme les deux auteurs précédents. Si la plaie est étroite, à l'exemple de Roux, ils se contentent d'une incision oblique en bas et en dehors qui libère la lèvre inférieure. Si la plaie est plus vaste, comme Tansini, ils prennent sur l'hypocondre un lambeau quadrilatère à base postérieure, à direction parallèle à la

(1) Reclus. Soc. de chir., 1er juillet 1896.

(2) Quénu et Robineau. *Rev. internat. de thérap. et pharmacol.*, 17 août 1896, n° 8.

(3) Græve (d'Upsal). *Centralbl.*, 8 oct. 1898.

(4) Tansini. Loc. cit.

perte de substance, qu'ils attirent en haut et suturent aux bords de la plaie mammaire. La surface cruentée résultant de la transplantation du lambeau, est comblée à son tour soit par suture simple dés bords, soit par une deuxième autoplastie pareille dont le lambeau est pris alors sur la paroi abdominale et parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

Legueu (1), en avril 1897, a eu l'idée d'emprunter son lambeau non plus aux téguments de l'abdomen et du dos mais à ceux de la mamelle saine. Après avoir réuni dans la mesure du possible la partie supéro-externe de la plaie, il trace deux incisions parallèles qui se portent horizontalement l'une au-dessus, l'autre au-dessous du sein opposé, jusqu'aux limites de l'aisselle correspondante. Une dissection rapide permet de mobiliser le sein et de l'attirer vers la surface à combler. Deux courtes incisions, faites aux extrémités d'un même diamètre vertical passant par le mamelon, permettent d'étaler davantage la peau du globe mammaire, lequel s'aplatit presque complètement sous l'influence des tractions. On peut d'ailleurs en ce but dépouiller le sein de sa graisse et de sa glande et n'en conserver que la couverture cutanée. On peut aussi, à l'exemple de Franke, extirper le mamelon s'il est trop saillant. Quoiqu'il en soit, le sein étalé, on le suture au pourtour de la plaie opératoire sans ménager les points. Il n'y a pas de sphacèle à craindre et les résultats déjà obtenus par Legueu (2) Græve (3), Assaky (4), Franke (5), Morestin (6), ont été satisfaisants tant au point de vue esthétique qu'au point de vue opératoire. Morestin fait seulement des réserves sur la nécessité d'examiner minutieusement la mamelle d'emprunt qui, malgré ses apparences, peut renfermer aussi des germes néoplasiques dont le développement ne se fait pas attendre, ainsi qu'il arriva dans son cas personnel. Aussi pour éviter cette éventualité, rare d'ailleurs, vaudrait-il mieux employer seulement le sac cutané de cette mamelle que l'on dépouillerait au préalable de sa glande et de sa graisse avant de la transplanter sur la plaie à recouvrir.

Nous insisterons peu sur le drainage. Quénu le conseille pendant quarante-huit heures. Il est utile lorsqu'un suintement sanguin abondant paraît devoir se produire, mais on peut s'en passer habituellement et au prix d'une très minutieuse hémostase, car l'assèchement absolu de la plaie est nécessaire à sa bonne réunion.

Quant au pansement, nous dirons seulement que, pour prévenir l'accolement du bras au thorax par rétraction des parties profondes de la plaie et la gêne ultérieure de l'abduction, Watson Cheyne et Cotterell, au lieu de fixer par un bandage le bras contre le tronc, l'en éloignent au contraire et le maintiennent à angle droit pendant plusieurs semaines à l'aide d'un très gros tampon placé dans l'aisselle ou d'une attelle en croix spécialement disposée dans ce but.

IV

RÉSULTATS. STATISTIQUES (7). — Nous savons trop de quelles réserves prudentes, il faut tempérer la valeur des statistiques en général pour ne pas mettre en garde contre leur insuffisance ou leurs défauts et leur accorder une importance relative. Pour atténuer leurs vices inévitables, nous avons cherché non pas à rassembler ici le plus grand nombre de faits possible, ce qui eût été facile, mais à réunir seulement des séries intégrales de longue haleine, assez bien détaillées pour prêter moins à l'erreur.

Avec leur aide nous allons étudier les progrès réalisés par les méthodes nouvelles dans les résultats immédiats et éloignés des amputations du sein.

1° *Résultats immédiats.* — Et d'abord quelle est aujourd'hui la gravité de l'acte opératoire?

Les sttatistiques anciennes évaluaient la mortalité moyenne à 17 p. 100 environ, avant l'ère antiseptique. Depuis, ce chiffre s'est singulièrement abaissé. Curtis, sur 1213 cas opérés par divers auteurs de 1888 à 1893, l'estimait à 5,9 p. 100. Butlin sur 116 interventions personnelles, perdait 5,17 p. 100 de ses malades. Barker et Simpson sur 100 opérés en perdaient 5, mais de ces derniers trois moururent d'infection en 1878, 1880, 1888, ce qui ne se renouvellerait plus aujourd'hui. Hörner, sur 144 cas de Krönlein, arrivait à 4 p. 100; Clarence A. Mac Williams, sur 100 opérés, donnait le même chiffre de 4 p. 100; Powers réduisait ce pourcentage à 3 p. 100, Bennett May à 2 p. 100; enfin Homer Gage, sur 233 cas empruntés à Halsted, Dobson Cheyne et Gage, l'abaissait à 0,42 p. 100, soit moins d'un demi pour cent de mortalité.

Nous avons rassemblé nous-même plusieurs séries intégrales, extraites des principales statistiques publiées, et représentant un total de 1016 opérations faites de 1889 à 1900, dont voici le tableau résumé par ordre alphabétique :

Auteurs.	Nombre de cas.	Morts opératoires.
W. M. Banks	60	»
Bull	76	»
Cheyne	99	1 (mort subite 15 jours après).
Dahlgren	60	1 (?)
Dennis	71	1 (hémophilie).
Dobson	63	»
Dowd	29	1 (73 ans).
Halsted	133	»
Helferich (Jœrss).	35	»
Homer Gage	56	»
Bennett May	78	»
Poulsen	120	»
Rotter	10	»
Weir	126	»
TOTAL	1016, avec 4 morts, soit une moyenne de 0,4 p. 100.	

Ce tableau renferme à la fois des interventions larges

(1) LEGUEU. Cong. de chir., 1891.
(2) LEGUEU. *Ibid.*, et Th. de Cornilus, 1898.
(3) GRÆVE. Loc. cit.
(4) ASSAKY. *Münch. med. Wochens.*, 1899, n° 10, p. 31.
(5) FRANKE. Cité par Morestin.
(6) MORESTIN. *Gaz. des hôpit.*, 10 avril 1908, p. 425.
(7) Pour les statistiques, consulter : R. T. ABBE. *Med. Record*, 31 mars 1900, p. 567. — W. M. BANKS. *The Lancet*, 7 avril 1900, p. 492, loc. cit. — A. E. BARKER. *The Lancet*, 8 sept. 1900, p. 725. — BRAQUEHAYE. Cong. de chir., 1899. — BULL. *Med. Record*, 1894, t. II, p. 223. — BUTLIN. *The Brit. Med. Journ.*, 3 déc. 1898, t. II, p. 1665. — W. CHEYNE. *The Lancet*, 18 mars 1899, loc. cit. — CURTIS. *Med. Record*, 24 fév. 1894, p. 228. — DAHLGREN. *Hygiea*, 1899, t. LXI, p. 231. — DENNIS. *System of Surgery*, 1896, p. 931: — DOBSON. Cité par Homer Gage. — DOWD. *Med. Record*, 11 déc. 1897, t. II, p. 865. — H. GAGE. *The Boston med. Journ.*, 30 août 1900, n° 9, p. 203. — W. HALSTED. *Ann. of Surg.*, 1898, loc. cit. — HELFERICH. In Jœrss, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1896, loc. cit. — HÖRNER. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1894, Bd. XII, Hft. 3, p. 619. — B. MAY. *The Brit. med. Journ.*, 1897, t. I, p. 1269. — JONES et PLATT. *The Lancet*, 31 août 1890. — POULSEN. *Hospital Tidende*, 21 juin 1899. — J. ROTTER. *Berl. klin. Wochens.*, 27 janv. 1896, n° 4, p. 69 et 99. — WEIR. *Med. Record*, déc. 1892. — Clarence A. MAC WILLIAMS. *Med. News*, 28 avril 1900.

avec extirpation des pectoraux et des opérations moins radicales se bornant au curage axillaire.

Il est plus important de savoir la gravité vraie des premières, c'est-à-dire des opérations dites de Halsted-Meyer. En voici le tableau :

Auteurs.	Nombre de cas.	Morts opératoires.
Braquehaye	7	1 (broncho-pneumonie).
Butlin	33	1 (?)
Cheyne	99	1 (mort subite 15 jours après).
Dowd	26	1 (73 ans).
Halsted	133	»
Helferich (Jœrss)	35	»
Rotter	10	»
Cestan et Mériel	11	»
TOTAL	354, avec 4 morts, soit 1,12 p. 100 envir.	

Mais si de ces 4 morts on défalque le cas de Braquehaye, dont la malade très emphysémateuse succomba douze jours après à des accidents broncho-pneumoniques, le cas de Cheyne dont le décés, survenu subitement quinze jours après l'intervention, ne paraît pas se rapporter directement à l'acte opératoire, et celui de Dowd, imputable à l'âge de l'opéré, on voit que la mortalité moyenne des larges interventions avec ablation partielle ou totale des pectoraux n'atteint pas 0, 5 p. 100.

On peut donc affirmer sans exagération que la léthalité actuelle est descendue aux abords d'un demi pour cent et que, entre les mains d'un chirurgien aseptique, la gravité de l'acte opératoire peut être pratiquement considérée comme nulle.

Nous parlerons peu des complications post-opératoires possibles; elles relèvent presque toutes de l'infection et la responsabilité doit en retomber le plus souvent sur l'opérateur. Signalons les névrites persistantes du plexus brachial, les œdèmes d'ordre veineux ou lymphatique, les phlébites, enfin la gêne fonctionnelle du bras par accolement trop étroit des parois externe et interne de l'aisselle après évidement.

2° *Résultats éloignés.* — Malgré que nous considérions comme très insuffisant le délai de trois ans fixé par Volkmann pour juger de la cure définitive, car on a vu des récidives se produire dix, vingt, trente-cinq ans après l'opération (Verneuil), nous prendrons ce terme de trois ans comme commune mesure de comparaison.

Il ressort des statistiques de Gross que la fréquence des récidives locales, à la suite des opérations incomplètes de jadis, était : pour Billroth de 85 p. 100, pour Czerny de 62 p. 100; pour Fischer, de 75 p. 100; pour Gussenbauer, de 64 p. 100; pour Kœnig et Küster, de 60 p. 100; pour Lücke, de 66 p. 100; pour Volkmann de 59 p. 100; pour Smith de 74 p. 100. soit une moyenne de 66,8 p. 100, que Jœrss abaissait à 56,5 p. 100 pour Kœnig, Bergman et Helferich.

Voici, pour mesurer les progrès accomplis, deux tableaux représentant les résultats obtenus : d'un côté, par les amputations du sein suivies seulement de curage axillaire; de l'autre, par les opérations larges avec ablation systématique partielle ou totale des pectoraux.

On voit quels résultats meilleurs fournissent les méthodes opératoires modernes. La fréquence des récidives locales, évaluée en moyenne par Gross à 66,8 p. 100, tombe pour le premier groupe à 52,5 p. 100, et pour le second à 25,9 p. 100, soit une différence de 40,9 p. 100, c'est-à-dire

1. *Amputations avec curage axillaire, sans ablation systématique des pectoraux.*

AUTEURS.	TOTAL DES CAS SUIVIS.	RÉCIDIVES LOCALES		SANS RÉCIDIVES LOCALES					
				MORTS		VIVANTS		TOTAL	
		Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.
Banks	175	67	38,2	35	19,9	73	41,6	108	61,5
Bull	76	56	72,8	»	»	20	27,2	20	27,2
Butlin (1883-1894)	107	51	47,6	27	25,2	29	27	56	52,2
Dahlgren	60	21	34,8	12	19,9	26	41,1	38	61
Dennis	38	21	55	»	»	17	45	17	45
Homer Gage	46	27	57,5	10	21,7	9	19,5	19	41,2
B. May	20	13	65	»	»	7	35	7	35
Poulsen	120	79	65,8	»	»	41	34,2	41	34,2
TOTAL	642	335	52,5	84	13,1	222	34,4	306	47,5

2. *Amputations, avec curage axillaire et ablation systématique des pectoraux.*

AUTEURS.	TOTAL DES CAS SUIVIS.	RÉCIDIVES LOCALES		SANS RÉCIDIVES LOCALES					
				MORTS		VIVANTS		TOTAL	
		Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.
Butlin (1894-1898)	13	3	23	»	»	9	69	9	69
W. Cheyne (1896-1899)	37	17	46	»	»	19	51,3	19	51,3
Dowd	6	2	33,3	2	33,3	2	33,3	4	66,6
Halsted	76	8	10,4	37	48,3	31	40,5	68	88,8
Jœrss	35	14	39,9	11	31,3	10	28,5	21	59,8
Rotter	10	2	20	2	20	6	60	8	80
TOTAL	177	46	25,9	52	29,3	77	43,4	129	72,8

de près d'une moitié, en faveur des opérations complètes. Parallèlement, le pourcentage des guérisons constatées après trois ans, monte de 18,7 à 34,4 pour le premier tableau et à 43,4 pour le second, soit un bénéfice de 24,7 p. 100, c'est-à-dire d'un quart également en faveur des interventions radicales. Encore faut-il faire observer que logiquement un certain nombre de malades, mortes de maladies intercurrentes sans récidive locale au moment de leur décès, devraient venir grossir ce chiffre de 43,4 p. 100, car 72,8 p. 100 des opérés du second tableau ont passé le terme de trois ans sans trace de récidive locale.

Pour rendre cette démonstration plus frappante, je résumerai dans leurs traits essentiels trois statistiques récentes : celle de W. M. Banks qui fait l'ablation totale de la mamelle avec curage axillaire sans toucher aux pectoraux; celle de Watson Cheyne qui enlève la portion sternale du grand pectoral; celle de W. Halsted qui pratique systématiquement l'extirpation totale des deux pectoraux.

1° *Statistique de Banks.* — *a.* Nombre des cas opérés : 175.

b. Récidives locales : 67 soit 38,2 p. 100, dont :

49 vécurent de cinq mois à trois ans; 11, de cinq à douze mois; 22, de douze à vingt-quatre mois; 16 de vingt-quatre à trente mois.

10 vécurent de trois à quatorze ans : 6, trois ans; 6, quatre ans; 3, cinq ans; 1, sept ans; 1, douze ans; 1, quatorze ans.

c. Sans récidive locale : 108 soit 61,8 p. 100, dont :

38 encore vivants, avec survie de trois à vingt et un ans; 73 morts, avec survie : 40, de trois à six ans; 28, de sept à quatorze ans; 5 de seize à vingt et un ans.

2° *Statistique de Watson Cheyne.* — W. Cheyne avait déja publié en 1896 une première statistique, comprenant 61 cas, dont 21 vieux de trois à six ans et 40 vieux de un à trois ans. En 1899, il publie une deuxième statistique pour montrer le devenir de ces 61 cas, auxquels il ajoute 38 faits nouveaux opérés de 1896 à 1899, soit un total de 99 opérations, divisibles en trois groupes : 21 cas opérés de 1890 à 1893; — 40 cas opérés de 1893 à 1896; — 38 cas opérés de 1896 à 1899.

Nous allons successivement les passer en revue.

a. 21 *cas opérés de* 1890 à 1893. — En 1896, comprenaient : 9 récidives (43 p. 100) et 12 sans récidives (57 p. 100).

En 1899, sur les 12 cas sans récidive en 1896 : 1 perdu de vue; 2 morts sans récidive locale, trois et six ans après; 9 vivants bien portants, opérés depuis neuf à six ans.

b. 40 *cas opérés de* 1893 *à* 1896. — En 1896, comprenaient : 4 faits à négliger (morts opératoires ou perdus de vue); 10 récidives (25 p. 100) et 27 sans récidive (67,5 p. 100).

En 1899, sur les 27 cas, sans récidive en 1896 : 1 perdu de vue; 4 morts de récidive locale; 3 morts de récidive viscérale; 1 mort de grippe sans récidive; 18 vivants bien portants, opérés depuis un à trois ans.

c. 38 *cas opérés de* 1896 *à* 1899. — Comprenant : 9 récidives (23,6 p. 100), 26 sans récidive (68,3 p. 100); 3 morts opératoires ou perdus de vue.

Synthétisons les résultats de ces trois groupes.

En négligeant les 6 cas qui ne peuvent entrer en ligne de compte (décès opératoires ou perdus de vus), du total des 99 faits, restent 93 valables, qui peuvent se partager ainsi :

	Total.	Sans récidive.	Vivants et guéris.
De 1 à 9 ans.	93	56, soit 60,2 p. 100	53, soit 56,9 p. 100
De 3 à 9 ans.	56	30, — 53,4 —	27, — 48,06 —
De 6 à 9 ans.	20	11, — 55 —	9, — 45 —

Watson Cheyne fait observer que ces statistiques comprennent de très mauvais cas, car il a seulement refusé d'opérer les malades atteintes de métastases internes et celles porteuses de tumeurs externes absolument inextirpables. Il a pu cependant obtenir de très durables succès dans des cas en apparence fort défavorables. S'il avait fait une sélection, la proportion des guérisons confirmées se fût sans doute élevée à 80 p. 100. Il estime : 1° que l'opération donne en bloc 50 p. 100 de guérisons sans récidive; 2° qu'elle fournit toujours un gain de survie considérable, même s'il y a récidive; 3° que les récidives, fréquentes dans les premiers mois, sont rares après deux ans et très rares après trois; 4° que les chances de guérison durable résident essentiellement dans la première intervention qui doit être précoce et ultra-complète; les opérations secondaires donnant beaucoup moins de chances de survie; 5° que le chirurgien doit actuellement être aussi responsable des récidives locales que des accidents d'infection.

3° *Statistique de W. Halsted.* — Total des opérations : 133, dont 76 datant de plus de trois ans.

Sur ces 133 : 35 récidives locales ou régionales, soit 26,2 p. 100.

Sur les 76 : 8 récidives locales, soit 10,4 p. 100 ; 37 morts sans récidives locales, soit 48,3 p. 100; 31 vivants sans récidives locales, soit 40,5 p. 100.

Parmi les 45 morts avec ou sans récidives locales : 34 (46 p. 100) moururent dans les trois ans dont 7 avec récidive ; 10 (13 p. 100) moururent plus de trois ans après, dont 1 avec récidive ; 1 mourut cinq ans et demi après.

Tandis que 40 (52 p. 100) vécurent plus de trois ans, sans signes de récidive locale.

Cette statistique est incomparablement la plus belle de toutes, au point de vue de la rareté des récidives et de la longueur moyenne des survies. Les récidives locales, en effet, y atteignent seulement un pourcentage de 10,4 ; tandis que 88,8 p. 100 des opérés atteignirent le terme de trois ans et 52 p. 100 le dépassèrent, sans en porter trace, 40,5 p. 100 d'entre eux restant absolument guéris, au moment où Halsted publiait son travail.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux de Butlin et de Rotter qui ont suivi très exactement la technique de Halsted, on mesure immédiatement la supériorité de la méthode américaine et la nécessité absolue d'enlever systématiquement et totalement les pectoraux.

En somme et pour nous résumer, nous voyons, que par les progrès successifs de la technique :

a. La mortalité opératoire est tombée de 17 p. 100 à moins de 0,5 p. 100.

b. La fréquence des récidives locales s'est abaissée de 66 p. 100 à près de 25 p. 100.

c. Les cas de survie au delà de trois ans sont montés de 10 p. 100 à plus de 40 p. 100.

Ces résultats sont encore plus beaux, si l'on envisage isolément la statistique du promoteur de la méthode nouvelle, W. Halsted. Quoi qu'on ait voulu récemment prétendre, ils démontrent, avec l'utilité de l'intervention dans le cancer du sein, la nécessité d'une opération aussi précoce et aussi complète que possible, comprenant l'ablation systématique et totale de la glande, des pectoraux et de leurs dépendances lymphatiques.

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DU BACILLE TYPHIQUE DANS L'EAU POTABLE

Par le professeur CHANTEMESSE.

Voici la technique du nouveau procédé préconisé récemment par M. le professeur Chantemesse à l'Académie de médecine, dans une remarquable communication dont nos lecteurs connaissent déjà les conclusions (voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 64). M. Chantemesse ensemence d'abord les eaux suspectes dans un milieu de *prolifération* et de *rajeunissement*, puis dans un milieu de *différenciation* :

MILIEU DE PROLIFÉRATION ET DE RAJEUNISSEMENT. — L'examen de l'eau à analyser porte sur 6 litres. Dans un récipient qui renferme cette eau, une bougie Chamberland stérilisée et dans laquelle on fait le vide, arrête sur sa surface externe tous les microbes. On lave cette bougie avec 200 grammes d'eau stérile renfermant 3 p. 100 de peptone (Defresne). On obtient ainsi un liquide trouble que l'on place à l'étuve à 37 degrés dans un petit bocal à large goulot. L'orifice du bocal est fermé par un bouchon de caoutchouc percé de quatre trous. Dans le premier trou pénètre une petite bougie poreuse filtrante; dans le second, un tube de verre muni en haut d'un bouchon d'ouate et par lequel descend au fond du liquide de l'air qui vient y barbotter constamment; dans le troisième, s'engage un tube de verre destiné à faire le vide; le quatrième enfin reçoit un tube de verre mis par sa partie supérieure en communication avec un vase rempli d'eau peptone stérile à 3 p. 100. Quand l'appareil est en marche, à l'aide de tuyaux d'aspiration actionnés par une pompe à eau, on fait le vide dans le flacon pour y aspirer et y faire barbotter l'air, et ensuite, le moment venu, on soutire par aspiration à travers la bougie le liquide qui a servi à la culture et

qui entraîne avec lui les produits solubles de sécrétions microbiennes. Les germes étant retenus dans le vase et sur les parois de la bougie, on fait pénétrer par l'un des tubes dont j'ai parlé de l'eau peptone stérile. La culture et le barbottage de l'air recommencent alors dans un bouillon frais. Le changement de liquide usé doit être renouvelé toutes les douze heures, une fois ou deux fois. Au bout de ce temps, le bocal renferme une culture extrêmement riche en microbes, où toutes les espèces — y compris le bacille typhique — capables de pulluler à 37 degrés dans un milieu aussi favorable que l'eau peptone très aérée, ont abondamment proliféré et on retrouvé la jeunesse et l'énergie. Le bouillon de culture est alors placé dans le centrifugeur pendant environ une demi-heure, puis décanté. Au fond des tubes de centrifugation un magma épais s'est déposé, formé surtout de microbes assez volumineux, peu mobiles, ou de chaînettes de microcoques, tandis que la plupart des bacilles typhiques, minces, très mobiles, munis de cils vibratils, restent en suspension dans le liquide. Ce dernier servira à ensemencer le milieu de différenciation.

Milieu de différenciation. — Il est formé d'eau peptone à 3 p. 100 additionnée de gélose à 2 p. 100 et cuit à l'autoclave à 120 degrés pendant trois quarts d'heure, afin de supprimer l'expulsion d'eau qui fait suite à la solidification de la gélose hâtivement préparée. Ce milieu doit être *parfaitement* neutre, et mis à l'abri de la dessiccation. Quelques minutes avant de l'utiliser on lui ajoute 1g05 d'acide phénique cristallisé pour 1000 grammes. Il est important que l'addition de l'acide phénique soit récente, car il surviendrait peu à peu une diminution de la quantité de phénol par le fait de sa combinaison avec les matières organiques. On opère ainsi : dans le milieu de culture fondu et maintenant au bain-marie à 46 degrés, on verse pour 50 grammes de gélose 2 centimètres cubes 1 dixième d'une solution d'acide phénique cristallisé à 1/40.

Telle est la composition du milieu de différenciation. Mais pour donner les résultats attendus, il doit être utilisé d'une certaine façon. En effet, chacun sait que les colonies qui se développent à la surface d'un milieu solide n'ont pas la même apparence que celles qui germent dans la profondeur, à l'abri de l'air. Pour que les colonies soient bien comparables, il faut qu'elles soient toutes des colonies de surface; il faut, en un mot, que le milieu solide de gélose nourricière ait une minceur extrême, celle, par exemple, d'une pellicule de plaque photographique au gélatino-bromure. Une douzaine de tubes stérilisés plongés dans un bain-marie à 42 degrés reçoivent chacun 2 centimètres cubes environ de la gélose phéniquée; ils sont ensuite ensemencés avec un fil de platine trempé dans le premier bouillon sorti du centrifugeur. Une fois trempé, le fil de platine suffit pour ensemencer successivement quatre tubes, de telle sorte qu'il inocule dans chacun d'eux un nombre de moins en moins grand de colonies. Pour ensemencer les douze tubes, le fil de platine a donc été trempé trois fois seulement dans le liquide de prolifération. L'ensemencement pratiqué, les tubes sont portés l'un après l'autre dans un bain-marie à 46 degrés et la gélose, maintenue très liquide par la chaleur de l'eau du bain-marie, est agitée doucement et roulée sur la surface interne du tube qu'elle mouille partout. On retire alors le tube en le renversant le fond en haut et l'orifice en bas; la gélose fluide descend sur l'ouate, mais il reste, sur la surface interne du verre, une mince pellicule de gélose qui se solidifie en quelques instants par le fait du refroidissement des parois du verre. Le bouchon d'ouate et le culot de gélose qui le recouvre sont enlevés et remplacés par un bouchon de liège qui sort de la paraffine maintenue en fusion. Ainsi est assurée la fermeture hermétique du tube et empêchée la dessiccation de la gélose. Mis à l'étuve à 37 degrés, les tubes laissent se développer des colonies largement aérées, toutes en surface. De la seizième à la dix-septième heure, toutes les colonies de coli-bacilles sont sorties. Très rares sont celles qui naissent après ce laps de temps. A ce moment, on pointe à l'encre chaque colonie apparente à l'œil nu et on reporte de nouveau les tubes dans l'étuve. De la dix-huitième à la vingt-quatrième heure, de nouvelles colonies très petites, et gardant toujours leur petitesse, deviennent visibles. Examinées à un faible grossissement, elles sont constituées par deux espèces microbiennes distinctes. Les unes sont entourées toujours d'une périphérie claire, translucide, transparente : ce sont des colonies typhiques dont ils reste à faire la preuve. Les autres, de même volume que les précédentes, ont un centre foncé, et la zone qui entoure ce centre est jaunâtre. Elles sont formées de microcoques. L'aspect de ces deux espèces de colonies est très caractéristique pour ceux qui ont l'habitude d'une telle recherche. L'examen est naturellement d'autant plus facile que les colonies développées ne sont pas trop nombreuses; une distance de trois à quatre millimètres de séparation entre elles est convenable pour qu'elles puissent acquérir leur développement maximum. Il importe de délaisser pour l'examen les régions où une exsudation d'eau hors de la gélose a provoqué par cheminement des contaminations.

Quand les petites colonies ont été reconnues à l'œil nu et explorées à un faible grossissement, on les prélève soit à l'aide d'un fil de platine ordinaire, soit avec le petit instrument que j'appelle le *micro-dièrète*, et que M. Collin a bien voulu faire construire sur mes indications. Le tube de culture est introduit dans un petit cylindre creux métallique dans lequel il se meut de droite à gauche et d'avant en arrière, ou inversement, sous l'influence de deux vis. Sous le microscope et à un faible grossissement, on peut, grâce à ces vis, placer au point voulu la colonie que l'on vise. Le jeu d'une troisième vis fait élever mécaniquement une aiguille terminée par un fil de platine flambé qui vient lentement et avec sûreté piquer la colonie visée sous l'objectif du microscope.

On peut facilement de la sorte saisir la plus fine colonie et s'assurer qu'elle est prise et seule prise. Le tube retiré, l'aiguille, sous l'impulsion de la vis, sort de l'appareil et permet un ensemencement. Lorsque la colonie est assez volumineuse, on peut la dissocier dans un peu de bouillon; une partie du mélange recevant du sérum agglutinant anti-typhique permet quelquefois de porter un diagnostic immédiat. Ce cas n'est pas fréquent, il faut d'ordinaire que le bouillon ensemencé ait fructifié pour permettre d'établir le diagnostic avec certitude. Pour cela, l'ensemencement est pratiqué dans du bouillon (eau peptone) lactosé, dont la fermentation, comme je l'ai montré avec Widal en 1891, est un moyen précieux de diagnostic entre le colibacille et le bacille d'Eberth.

Cette fermentation de la lactose se reconnaît par l'addition au bouillon lactosé de carbonate de chaux, ou, à la gélose lactosée, de tournesol (Wurtz), ou mieux, de ce même tournesol au bouillon neutre (indication de M. Grimbert). Au bout d'un jour ou deux le bouillon lactosé, tournesolé, a été rougi par le colibacille, tandis que le bacille typhique laisse le milieu violet et peu à peu le rend bleu. Souvent même, il le décolore à sa partie inférieure et le bleu reparaît par le vieillissement de la culture. Ce fait est peut-être en rapport avec la sécrétion d'une diastase réductrice ou toxine soluble que j'ai montrée se fabriquer et se détruire en peu de jours.

La constatation de ce caractère : la réaction du milieu lactosé, restant neutre d'abord et devenant peu à peu alcalin et jamais acide, jointe aux résultats de l'examen microscopique qui montrent la forme et la mobilité du bacille typhique, a une grosse importance.

Il arrive surtout dans les analyses d'eau, où le bacille typhique a vécu longtemps, que les petites colonies en question présentent par la forme, la mobilité du bacille et ses réactions à la lactose tous les caractères du bacille d'Eberth, à l'exception de ce fait, que ces germes ne sont pas agglutinables par le sérum d'animaux vaccinés contre l'Eberth. Cette particularité ne suffit pas pour faire douter de la nature du microbe, car ces germes éberthiformes bleuissant le bouillon neutre lactosé, tournesolé, inoculés pendant un certain temps à des cobayes ou à des lapins, provoquent dans le sérum de ces animaux l'apparition de la réaction agglutinante à l'égard du bacille d'Eberth parfaitement authentique. J'ai vérifié cette constatation déjà signalée par M. Rémy. On peut même, chez ces microbes éberthiformes retirés de l'eau, voir reparaître spontanément, par des cul-

tures successives sur gélose, le pouvoir agglutinatif caractéristique de l'espèce.

Lorsqu'on ajoute à de l'eau de Seine naturelle du bacille typhique agglutinable, ou des matières fécales de typhiques contenant le bacille agglutinable, on constate que ces microbes, vivant dans l'eau, conservent pendant une vingtaine de jours leurs propriétés d'agglutination. Plus tard, cette propriété se perd; on ne la retrouve plus au bout de trente jours, de quarante-quatre jours, et cependant le microbe reste bien du bacille typhique, puisqu'on peut souvent lui restaurer sa propriété d'agglutination. Il a perdu seulement quelques-uns de ses attributs et une partie de son pouvoir pathogène.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie. — *Paris* : MM. Marion, Gosset et Auvray.
Bordeaux : M. Bégouin.
Lille : M. Lambret.
Lyon : MM. Villard et Tixier.
Montpellier : M. Jeanbrau.
Nancy : M. Michel.
Accouchements. — *Paris* : MM. Demelin et Potocki.
Bordeaux : M. Andérodias.
Lyon : M. Fabre.

Concours des hôpitaux (médecine). — Le jury n'ayant pu se réunir hier, le résultat ne sera connu que demain soir samedi.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Lowitz, en interrompu d'embarquement à Brest, est désigné pour embarquer sur le transport la *Drôme*, en remplacement de M. Brugère, qui terminera, le 21 juin 1901, deux années de service à la mer.

Externe de troisième année, marié, demande remplacements, en province, de préférence dans le Midi, du 1er juillet au 1er octobre.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Chamonix (Mont-Blanc)*, viâ Mâcon, Culoz, Bellegarde et Genève ou Saint-Julien (Haute-Savoie). — Valables 15 jours, avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs. Franchise de 30 kilos de bagages.

Prix : de Paris à Chamonix, 1re classe, 124 fr. 75; 2e classe, 92 fr. 10; 3e classe, 62 fr. 80.

Brides et Salins-Moutiers (Savoie), par le docteur Émile Philibert. Une br. — Prix : 50 centimes. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 66. — MARDI 11 JUIN 1901. 74e ANNÉE. MARDI 11 JUIN 1901. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — PNEUMONIE ET GROSSESSE (*3 tracés*), par M. LOP, chargé de cours d'accouchements à l'École de médecine de Marseille. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Formulaire de la zomothérapie antituberculeuse, d'après M. J. HÉRICOURT. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

Paris, le 10 juin 1901.

Le Conseil de la Faculté a délibéré sur les conclusions du rapport du professeur Pinard, tendant à ce que certaines modifications soient apportées au mode actuel de soutenance des thèses. Le principe de la thèse a été maintenu et sauf cette minuscule réforme, obligeant le candidat à choisir le sujet de sa thèse dès sa seizième inscription et à le soumettre dès cette époque à l'acceptation du président du jury, tout restera comme par le passé et la thèse demeure intacte dans son officielle nullité.

Notre dernier article a suscité bien des réflexions et entre autres celle-ci de la part d'un des maîtres les plus estimés : « Il est impossible, nous disait-il, de supprimer l'obligation de la thèse et de la rendre facultative au moment même où la loi vient de supprimer l'officiat de santé. Ne serait-ce pas rétablir deux degrés dans la hiérarchie que d'avoir des docteurs à thèse et des docteurs sans thèse ? »

L'argument n'est pas sans valeur et pour notre part nous préférerions un bon diplôme de docteur obtenu, sans thèse, avec de bons et solides examens, à la plus brillante soutenance de la meilleure des thèses. Mais au point où en sont tombés les examens, alors que le titre de docteur en médecine est descendu à la portée de toutes les inintelligences et de toutes les paresses ; alors qu'il n'est aucun exemple qu'un élève ayant commencé ses études n'ait pu les mener à bout, en y consacrant un temps plus ou moins long ; dans ces conditions une thèse bien faite, un mémoire original bien étudié eussent relevé le niveau scientifique de nos futurs confrères. Et c'eût été une sélection entre les incapables, reçus par veulerie coutumière, et les meilleurs qui volontairement auraient demandé à faire plus, pour se distinguer. C'est parmi ces derniers que l'on eût choisi les médecins d'hôpitaux, les médecins du bureau de bienfaisance, les médecins experts ; c'est à ceux-ci que les grandes compagnies eussent demandé leur concours ; les journaux, leurs rédacteurs.

Pour notre part, nous plaçant uniquement au point de vue professionnel, nous attachons peu d'importance à la thèse en elle-même. Nous disons seulement que la thèse telle qu'elle est n'est plus qu'une vaine formalité, nulle autant que surannée. Aucune raison sérieuse ne peut être invoquée pour la conserver.

Si on persiste à la maintenir, il faut alors en modifier complètement les conditions. L'imposer à tous comme une dernière épreuve difficile et éliminatoire alors que les véritables examens probatoires de la capacité professionnelle sont devenus d'une facilité sans égale, est un non-sens auquel on ne peut songer.

La meilleure des solutions — il faut avoir le courage de le reconnaître — serait de supprimer la thèse purement et simplement et, en remaniant de fond en comble le système et l'esprit des examens, rendre l'obtention du diplôme plus difficile et par suite en rehausser la valeur.

Nous nous résumons en disant qu'actuellement le diplôme de docteur en médecine est à la portée de toutes les incapacités, pourvu qu'elles soient persévérantes. Que ce diplôme soit sanctionné ou non par une thèse, peu importe, ce n'est pas là qu'est la vraie réforme à accomplir.

PNEUMONIE ET GROSSESSE

Par M. LOP,
Chargé de cours d'accouchements à l'Ecole de médecine de Marseille.

En présence des liens si étroits qui unissent la mère au fœtus, on peut se demander comment, dans les trois observations qui suivent, la grossesse a pu suivre son cours sans retentissement fâcheux apparent sur la santé des enfants, résultat déjà appréciable chez l'un deux, la naissance ayant eu lieu plus d'un mois après la pneumonie.

On sait en effet que, de toutes les infections intercurrentes de la grossesse, la pneumonie est, après la variole et la fièvre typhoïde, des plus meurtrières pour le fœtus.

Les observations de Flatté, Petter, Wallich démontrent la fréquence de l'avortement au cours de la pneumonie aiguë. Vinay donne une moyenne de 26 avortements sur 40 cas.

Dans ma pratique personnelle, j'ai réuni 8 cas dans lesquels la grossesse a été interrompue 5 fois. Ces trois obser-

vations démontrent que la pneumonie n'est pas fatalement fœticide et que dans les cas, même les plus graves, la grossesse peut aller jusqu'au terme.

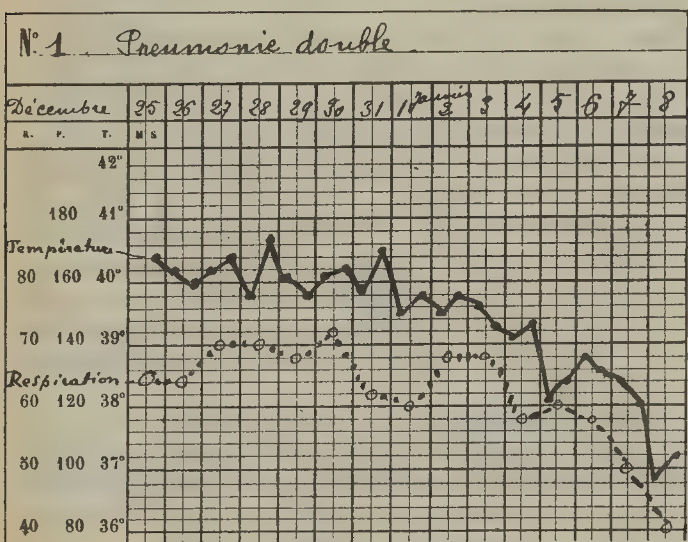
Observation I.— *Pneumonie double*.— X..., pluripare, vingt-sept ans, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, contracte le 16 décembre dernier une grippe légère, qui, négligée, devient en quelques jours (le 25) une *pneumonie lobaire droite*, suivie trois jours après d'une *pneumonie massive gauche*.

Cette double pneumococcie s'est en outre manifestée par des symptômes très aigus et graves : points de côté atroce sous les deux seins, orthopnée, fièvre vive, délire, anurie.

Depuis le 28, l'enfant n'a plus remué et la malade se plaint de coliques sourdes, de pesanteurs à l'anus avec mictions fréquentes. Les bruits du cœur fœtal sont toujours perceptibles.

En prévision d'un avortement, je fais soigneusement désinfecter le vagin par une injection bi-quotidienne de permanganate de potasse. Pendant les journées des 29, 30 et 31 décembre, l'état pulmonaire est resté stationnaire, la malade en proie à une violente dyspnée est obligée de rester assise au bord du lit, les jambes pendantes.

Urines rares non albumineuses. Cet état aphyxique dure



jusqu'au 1er janvier au matin, où je constate à mon arrivée une amélioration notable dans le poumon droit (râles de retour et souffle bien moins rude).

Toujours rien de particulier du côté de l'utérus.

Le 3 au soir les râles de retour apparaissent aussi à gauche, la dyspnée est bien moins forte et la position à demi allongée est possible.

Dans la nuit du 4 au 5 la résolution se fait très franchement, en même temps qu'apparaissent des phénomènes critiques de bonne augure (diarrhée, sueurs et mictions abondantes, herpès labialis).

Le 11 la malade entre en convalescence, les mouvements du fœtus sont redevenus perceptibles et l'auscultation est toujours positive. Aujourd'hui 30 janvier la grossesse suit son cours normal.

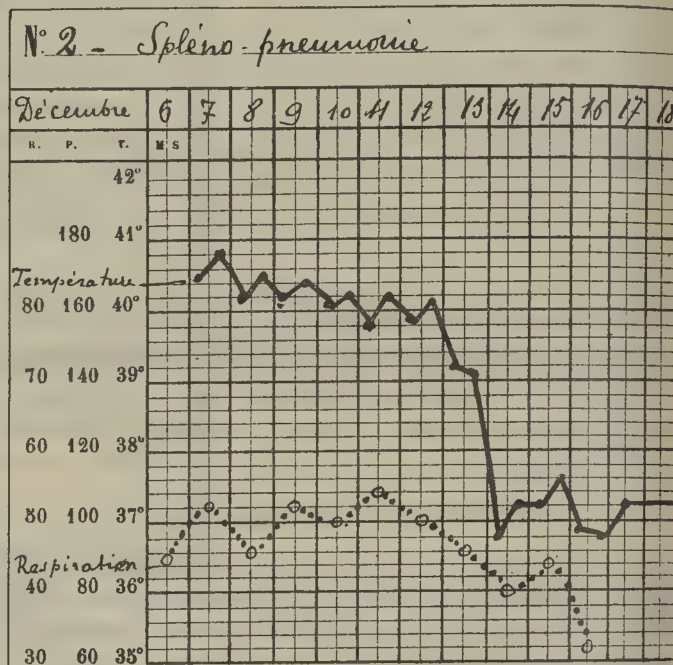
Obs. II. — *Spléno-pneumonie droite.* — D..., secondipare, vingt-sept ans, a eu ses dernières règles le 10 avril, premiers mouvements en septembre, bonne santé antérieure (âge de la grossesse au moment de la pneumonie, septième mois accompli).

Mme D... prend la grippe dans la dernière semaine de novembre 1900, mais à cause de la santé de son enfant elle ne peut se soigner convenablement; elle passe plusieurs nuits se surmenant ainsi physiquement et moralement.

Le 6 décembre au soir, grands frissons et vomissements bilieux abondants. Le 7 au matin appelé en hâte, je trouve le poumon droit complètement bâti (matité absolue, pas de souffle, pas de murmure vésiculaire, à tel point que j'hésite entre une pneumonie et une pleurésie).

La température est très élevée, 40°5, la respiration est fréquente, les lèvres sont légèrement cyanosées.

Pas de douleur thoracique, un seul point légèrement douloureux dans les inspirations profondes, au niveau de l'ombilic.



Du 7 au 9 l'auscultation ne varie pas, je penche néanmoins, à cause de la rapidité du début, pour une *spléno-pneumonie*. Le 10 au soir la malade, qui n'avait jamais expectoré, rejette après de pénibles efforts deux crachats rouillés suivis de trois ou quatre autres dans la journée du 10. La dyspnée est toujours intense et la teinte cyanotique des lèvres persiste encore.

Urines rares, hautes en couleur, mais non albumineuses.

L'utérus est silencieux, les bruits du cœur fœtal perçus à gauche sont bien frappés.

Le 12 au matin, je trouve le long de la ligne axillaire, en avant, quelques craquements secs s'exagérant à la toux, le soir ces râles secs sont plus nombreux et le 13 au matin j'entends des râles humides en abondance dans tout le poumon et un léger souffle bronchique au niveau de l'angle de l'omoplate.

La température s'est légèrement abaissée et la respiration est moins fréquente.

Le 14, chute massive de la température annonçant la défervescence qui s'effectue sans incident aucun.

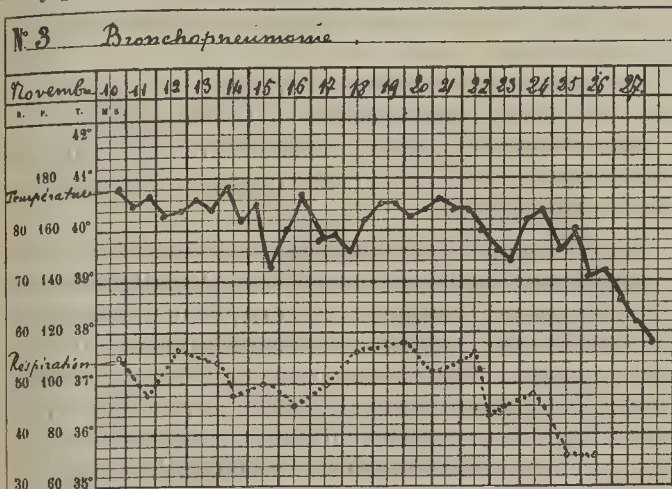
La guérison peut être considérée comme définitive le 20. L'accouchement a eu lieu à terme, l'enfant, un garçon bien constitué et robuste, ne paraît pas avoir souffert de la maladie de sa mère.

Obs. III. — *Bronchopneumonie double.* — G..., vingt et un ans, secondipare, bonne santé antérieure, contracte une bronchite aiguë le 15 novembre 1900 qui, quoique soignée avec beaucoup de précautions, mais sans médecin, devient une broncho-pneumonie double le 25 du même mois.

Cette jeune femme n'a plus vu ses règles depuis le 5 août, aussi se croit-elle enceinte; l'examen obstétrical démontre l'existence d'une grossesse arrivée à 3 mois et demi environ.

La broncho-pneumonie s'est d'abord localisée sur le poumon droit, puis a envahi successivement, sous la forme dite érésypèle du poumon ou serpigineuse, le poumon gauche. Cette affection broncho-pulmonaire a eu une durée de dix-

sept jours pendant laquelle la malade n'est pas restée moins de six jours assise sur un fauteuil, tellement la position même demi-allongée était rendue pénible par l'intensité de la dyspnée.



La température était aussi demeurée constamment très élevée; on peut dire que l'hyperthermie a été presque absolue pendant dix jours. La guérison s'est cependant effectuée le 12 décembre. Durant toute cette grave complication l'utérus est resté silencieux et aujourd'hui 27 janvier la grossesse suit son évolution normale et l'enfant, comme j'ai pu le constater, est encore vivant.

Ces trois observations m'ont paru plus intésessantes à faire connaître que les cinq autres qui le seront ultérieurement (1), par ce fait seul qui la grossesse n'a nullement été influencée par l'infection pneumococcique, qui dans ces trois cas a été des plus graves.

Ici, deux des principales causes qui peuvent, au dire des auteurs, déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré, les *troubles respiratoires* et l'*hyperthermie* ont atteint leur maximum, la dyspnée entre autres était si intense, que dans les observations I et III, les malades sont restées, l'une trois jours assise sur le bord du lit et l'autre six jours dans un fauteuil, le décubitus dorsal étant impossible à cause de la suffocation immédiate dans cette position.

Les courbes de la respiration dans ces trois cas montrent ce qu'a été la dyspnée pendant la période la plus aiguë de la maladie.

La température a été des plus élevées, elle est restée autour de 40 degrés et 40°5 matin et soir pendant sept jours dans l'observation I, six jours dans l'observation II et quinze jours chez la malade III.

Dans les cinq autres cas auxquels je fais allusion et qui se sont terminés par l'avortement ou l'accouchement prématuré, les troubles respiratoires et la température ont été à peu près ce qu'ils sont toujours dans une pneumonie aiguë chez un adulte bien portant, c'est-à-dire de peu d'intensité.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(7 JUIN 1901)

M. Paul Dalché présente un malade pour lequel il a cru pouvoir songer au diagnostic possible de **dystrophie orchidienne** ou, à son défaut, à celui de **pseudo-myxœdème syphilitique**. C'est un homme de trente-six ans, qui entra à l'hôpital Tenon pour une faiblesse générale empêchant tout travail et un gonflement, une infiltration assez molle des membres inférieurs et de l'abdomen. La face ronde, pâle et bouffie, gardait une vague apparence myxœdémateuse. Signalons, en outre, une choroïdite syphilitique gauche, la chute des poils de la barbe, du tronc et du pubis, une atrophie des organes génitaux et deux testicules syphilitiques. La parole était lente, l'intelligence faible, l'émotivité extrême, les mouvements rares et pleins de nonchalance.

Le malade, qui a eu la syphilis à l'âge de vingt ans, a vu sa maladie commencer à trente ans par la faiblesse, puis le gonflement qui a gagné peu à peu ; aujourd'hui l'impuissance génitale est absolue.

Le traitement, par l'iodure de potassium à haute dose et les frictions mercurielles, n'a amené aucun résultat. Soumis alors aux préparations d'orchidine (Yvon), à la dose de quatre cachets par jour, le malade a éprouvé une amélioration rapide : le gonflement a disparu aux membres et à la face, l'activité est revenue, les troubles psychiques se sont amendés.

On ne peut véritablement pas porter le diagnostic de myxœdème, tout au plus peut-on songer au pseudo-myxœdème syphilitique. Mais, si l'on hésite à accepter celui de dystrophie orchidienne, un point demeure indiscutable : l'amélioration est survenue du jour seulement où le malade a été soumis à l'opothérapie testiculaire.

La question du **cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien** est toujours à l'ordre du jour : deux nouvelles communications à enregistrer à ce sujet.

La première, de MM. Seglas et Nageotte, qui ont pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien, chez sept malades atteints de démence précoce, puis chez une malade alcoolique avec affaiblissement intellectuel; enfin, chez un syphilitique de trente-six ans, qui avait eu, quelques jours auparavant, une première attaque épileptiforme. Dans aucun de ces cas, il n'y avait de lymphocytose. Au contraire, chez cinq malades chez qui, avant la ponction, la paralysie générale était certaine ou probable, il existait une lymphocytose très accentuée.

La seconde de MM. E. Dupré et A. Devaut. Les auteurs, pour apporter au diagnostic et peut-être au traitement de quelques maladies mentales, l'intéressant appoint de l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien, ont pratiqué la ponction lombaire chez huit malades.

Chez deux paralytiques généraux, le résultat a été positif, ils ont constaté une riche lymphocytose, comme l'ont indiqué Widal et ses élèves. Les six autres cas concernent une démence sénile, une démence précoce, et trois cas de mélancolie délirante, ils ont tous donné un résultat cyto-diagnostique négatif.

Les recherches démontrent le grand intérêt, signalé par Widal, de l'examen cyto-diagnostique céphalo-rachidien, dans les cas où le diagnostic peut hésiter entre une encéphalopathie organique, avec participation des méninges, comme la paralysie générale, et diverses encéphalopathies organiques ou non, mais sans lésions méningées, et les affections vésaniques, jusqu'ici sans substratum anatomique connu.

M. Étienne (de Nancy) présente une étude sur les **septicémies staphylococciques**. Il insiste surtout sur les infections généralisées dues au staphylocoque, dans lesquelles l'infection reste une infection générale, sans localisation, sans suppuration en aucun lieu, et qu'on peut rappro-

(1) Vont être publiées dans une thèse de doctorat en préparation.

de certaines septicémies à streptocoques à point de départ puerpéral, qui peuvent évoluer, elles aussi, sans localisation. Ces infections générales peuvent se présenter sous des formes à évolution variable, et on peut en distinguer une forme suraiguë, une forme rapide et une forme prolongée. Dans tous ces cas, ce qui caractérise l'infection, c'est une adynamie profonde dès le début et un amaigrissement très rapide, caractères communs aux septicémies à streptocoques ou à staphylocoques. Rien ne permet de différencier les deux infections ; seule l'étiologie donne parfois des renseignements utiles : une angine, un furoncle, un abcès, un foyer d'ostéomyélite, une suppuration mammaire peuvent être le point de départ du mal. Presque toujours l'examen bactériologique du sang permet de poser le diagnostic de la nature de l'infection.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(5 juin 1901)

M. Felizet, à propos d'une présentation faite dans la dernière séance par M. Quénu et relative à un cas de **fracture paramédiane de la base du crâne**, lit une note sur ce sujet et rapporte plusieurs faits analogues à celui de M. Quénu.

Bien que la discussion sur la **rachicocaïnisation** soit close, M. Reynier y revient pour relever une assertion de M. Tuffier, qui lui semble absolument erronée. M. Tuffier a dit que la cocaïne n'était pas dangereuse, et qu'il n'était pas arrivé à tuer des animaux par des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne. M. Reynier a fait, de son côté, des expériences qui l'ont conduit à des conclusions tout à fait opposées, et qui montrent, au contraire, que dans ces conditions la cocaïne peut déterminer des accidents graves, y compris la mort.

M. Reynier vient d'observer dans son service, à Lariboisière, une petite **épidémie de tétanos**, dont il est bien difficile de déceler la cause.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, très nerveux, est opéré d'une hernie par l'interne de M. Reynier, le 31 janvier. Dix jours après il est pris de trismus, et malgré des injections de sérum antitétanique, malgré des lavements avec 12 grammes de chloral, il meurt le cinquième jour. Il n'y avait rien du côté de sa plaie. Ce malade avait été aussitôt isolé.

Treize jours après, une malade de la salle des femmes qui est dans le bâtiment opposé à celui où se trouve la salle des hommes est opérée d'un pyo-salpinx, par M. Bouglé, qui n'avait pas vu l'autre malade; quatre jours après la mort de celui-ci, cette femme est prise de tétanos et meurt le huitième jour.

Un homme de quarante-huit ans est opéré, par M. Bouglé, d'une hernie inguinale. Ce malade reçoit une injection préventive de sérum antitétanique; il est pris de tétanos, on continue les injections de sérum et on lui donne des lavements, non plus de 12 grammes, mais bien de 20 grammes de chloral. Ce malade guérit.

M. Reynier insiste sur ce fait que, dans ce cas, il a été fait une injection préventive de sérum, et que ce malade a reçu des lavements de 20 grammes de chloral pendant une dizaine de jours. Il semble accorder une plus grande part à ces lavements dans la guérison.

MM. Quénu, Brun, Monod, Bazy citent des cas analogues. M. Bazy cite un fait où, malgré le conseil de M. Roux, qui prétendait qu'avec les injections de sérum antitétanique, il fallait bien se garder de recourir aux lavements de chloral, il emploie simultanément le sérum et les lavements de choral à hautes doses et réussit à sauver son malade.

Il résulte de cette petite discussion qu'il ne faut pas oublier, dans le traitement du tétanos, les lavements de chloral à hautes doses.

M. Hermann (de Mulhouse) présente un jeune garçon atteint d'une rare **malformation de la voûte palatine**.

Une discussion s'engage ensuite entre MM. Delbet, Le Dentu et Hermann, sur les meilleurs moyens de remédier à cette malformation.

M. Albarran présente une malade à laquelle il a fait une **néphrectomie lombaire** pour un **kyste hydatique du rein**. Une discussion s'engage à ce sujet, d'où il résulte que, lorsque le kyste hydatique est bien séparé du rein, il y a tout avantage à recourir au procédé de Delbet : évacuation, suture et fermeture complète. Quand le rein est altéré ou que le kyste fait corps avec lui, c'est à la néphrectomie qu'il faut recourir, comme l'a fait M. Albarran dans son cas.

M. Gérard Marchant a guéri en cinq jours une sciatique rebelle, datant de quatre mois, par le **hersage du sciatique**.

M. Chaput a fait une **résection du coude** sous l'anesthésie par la rachicocaïnisation ; résultat parfait.

M. Morestin présente un malade auquel il a fait une **désarticulation de la hanche**, pour une vieille coxalgie qui l'avait immobilisé vingt ans dans les hôpitaux. Ce malade a très bien guéri et, selon ses propres expressions, n'a commencé à vivre qu'à partir du jour où il n'a plus eu son membre inférieur.

MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire de la zomothérapie antituberculeuse,
D'après M. J. Héricourt.

Dans un très intéressant mémoire rélatant 35 observations de zomothérapie antituberculeuse (1), M. J. Héricourt donne des détails, utiles à connaître, sur la façon d'appliquer la méthode.

Préparation du suc musculaire :

Prendre de la viande de bœuf (tranche) très fraîche, hachée, dégraissée.

La faire macérer deux heures dans une quantité d'eau froide (préalablement stérilisée par l'ébullition ou la filtration) égale au cinquième de son poids.

Soumettre à la pression cette viande imbibée d'eau à l'aide d'une presse de ménage, par portions dont le volume sera en rapport avec les dimensions de la presse. Les efforts de pression devront être peu intenses et espacés de cinq en cinq minutes. Dans la presse, la viande devra être enveloppée d'un linge résistant. La presse devra être nettoyée à l'eau bouillante avant et après chaque opération.

Les *doses* de liquide à ingérer sont variables avec la période et la gravité de la maladie. On peut les fixer de la manière suivante, d'après le poids de la viande à presser.

	Il faut presser :
Pour une tuberculose latente ou du premier degré........	de 500 à 1000 grammes.
Pour une tuberculose pulmonaire du deuxième degré....	de 1000 à 2000 grammes.
Pour une tuberculose du troisième degré ou une granulie	de 2 à 3 kilogrammes.

En tenant compte de la quantité d'eau ajoutée à la viande, la totalité du liquide obtenu par pression doit être au moins

(1) *Revue de la tuberculose*, 1901, n° 2.

de 400 grammes par kilogramme de viande. Avec une très forte presse, cette quantité peut atteindre 500 grammes.

Par conséquent il faut absorber : dans le cas d'une tuberculose latente ou du premier degré, de 200 à 400 grammes de liquide; dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré, de 400 à 800 grammes; et dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du troisième degré ou d'une granulie aiguë de forme typhoïde ou cérébro-spinale, de 800 à 1200 grammes de liquide.

Le suc musculaire ainsi obtenu est d'une grande fragilité et s'altère très facilement.

Il ne peut être transporté.

Il doit être pris aussitôt préparé.

Si sa quantité est trop abondante pour être prise en une fois, il faut faire deux opérations de pression dans les vingt-quatre heures.

Il doit être pris *nature*, ou avec addition d'une petite quantité de sel.

En cas de dégoût très accentué ou de susceptibilité stomacale très grande, on pourrait le sucrer avec du sirop d'écorces d'orange amère et même y ajouter de l'eau de Seltz.

Le meilleur moment pour l'administrer est une demi-heure avant le déjeuner. Dans ces conditions, le plus souvent l'appétit du malade n'est pas coupé. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait chercher, par tâtonnement, un autre moment propice.

M. Héricourt insiste sur ce fait que le suc musculaire bien préparé et consommé de suite ne produit jamais de troubles intestinaux.

Autant que possible, le malade remplacera toute la viande *cuite* de son alimentation par une égale quantité de viande *crue*, prise râpée, dans une petite quantité de bouillon froid, ou en boulettes salées ou sucrées, ou enrobées dans de la confiture, ou avec de la sauce mayonnaise, ou mélangée de jaunes d'œufs durs, avec câpres et vinaigre, etc.

Mais si le malade ne pouvait supporter la viande crue, il serait tout de même préférable de supprimer les viandes noires *cuites* de son alimentation.

Le reste de l'alimentation sera normal, ne pas trop insister sur les œufs, donner du riz, des pois, lentilles, boulettes préparées avec de la farine, des huîtres, coquillages, poissons fumés.

En cas de fièvre, le jus de viande, la viande crue, le riz au lait formeront la base de l'alimentation réduite.

Si le malade n'est pas arthritique, n'est pas prédisposé aux poussées congestives et hémorragiques, s'il a conservé un bon appétit, on peut *remplacer le suc par la viande crue en grande quantité.*

Mais il faut alors que le malade prenne au moins, par jour:

Pour une tuberculose au premier degré, de 300 à 400 grammes de viande crue.

Pour une tuberculose au deuxième degré, de 500 à 800 grammes de viande crue.

Chaque prise de viande crue pourra être suivie de l'absorption d'une petite quantité (un demi-verre à madère) de quelque vin généreux, bordeaux ou muscat.

M. Héricourt fait remarquer avec juste raison que la *crainte du tænia* ne doit pas détourner les malades du traitement par la viande crue, l'inconvénient ne pouvant être comparé aux avantages. D'ailleurs, la viande de mouton ne présente pas cet inconvénient, et bien que M. Héricourt ne l'ait pas vérifié, il est probable que son action est la même que celle de la viande de bœuf.

Pendant le traitement zomothérapique il faut *supprimer toute médication*, sauf l'huile de foie de morue, et placer le malade dans de bonnes conditions de repos et d'hygiène.

La *durée* du traitement est indéterminée, mais il est bon, dit M. Héricourt, de le continuer pendant six mois après la disparition des symptômes alarmants et d'y revenir pendant quelques semaines à la moindre alerte. S.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 JUIN 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 JUIN, à une heure. — 2e : MM. Gley, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Tuffier, Rémy et Lepage; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Pozzi, Legueu et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Walther; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie, nouveau régime), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Reynier; — (2e série) : MM. Reclus, Jalaguier et Delbet; — M. Méry, suppléant.

MARDI 18 JUIN, à une heure. — 2e de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Marfan et André.

2e : MM. Hanriot, Retterer et Langlois; — (oral, 1re partie) : MM. Cornil, Richelot et Faure.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Proust, Dieulafoy et Thoinot; — (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Berger, Bar et Thiéry; — (ancien régime) : MM. Pozzi, Schwartz et Campenon; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Ménétrier et Vaquez; M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Gilbert; — (2e série) : MM. Debove, Roger et Thiroloix; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 19 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Widal.

1er : MM. Rémy, Retterer et Mauclaire.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Landouzy, Walther et André.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Segond, Reynier et Lepage; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Reclus, Tuffier et Lejars; — (2e série) : MM. Pozzi, Delens et Delbet; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 20 JUIN, à une heure. — 2e de chirurgien-dentiste : MM. Gilbert, Thiéry et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Budin, Schwartz et Brun; — (ancien régime) : MM. Rémy, Bonnaire et Albarran; — (oral, nouveau régime) : MM. Guyon, Faure et Wallich; — (2e partie) : MM. Cornil, Achard et Roger.

4e MM. Proust, Ménétrier et Vaquez.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Dieulafoy, Charrin et Marfan M. Gley, suppléant.

VENDREDI 21 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

A une heure. — 1er : MM. Reynier, Retterer et Gley.

2e de chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Legueu et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Hanriot et Broca (Aug.); — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delens et Walther; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Thoinot et Wurtz; — M. Gaucher, suppléant.

SAMEDI 22 JUIN, à une heure. — 1er : MM. Quénu, Retterer et Langlois; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Gilbert et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Thiroloix; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Pozzi, Campenon et Brun; — (2e partie, 1re série, nouveau régime) : MM. Debove, Troisier et Widal; — (2e série) : MM. Raymond, Hallopeau et Marfan; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

Thèses.

20. M. Blotin. De l'emploi de l'eau oxygénée en thérapeutique infantile. — 21. M. Weiss. Contribution à l'étude des méthodes servant à déterminer le pouvoir antiseptique. — 22. M. Chofardet. La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. — 23. M. Morhange. Contribution à l'étude de la gingivite expulsive et de son traitement. — 24. M. Kaplan. Contribution à l'étude du charbon, son état actuel en Beauce. — 25. M. Martial. Hémiplégie traumatique. — 26. M. Dumont. Traitement des différentes formes du paludisme et de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par le bleu de méthylène. — 27. M. Liron. Étude chimique, physiologique et clinique sur l'aspirine (acide acétylsalicylique). — 28. M. Housquain. La fièvre jaune (épidémiologie, pathogénie, prophylaxie). — 29. M. Touraille. Épilepsie fonctionnelle, primitive et héréditaire de cause et d'origine alcoolique. Son traitement médical par le bromure de strontium. — 30. M. Saint-Cene. Des abcès de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique. — 31. M. Moret. Contribution à l'étude chimique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires. — 32. M. Curie. Traitement du spida bifida. — 33. M. Audic. Contribution à l'étude de la scoliose de l'adolescence. — 34. Bruneau. Des arrachements du cuir chevelu et de leur traitement. — 35. M. Saint-Martin. Accouchements. Dystocie par excès de volume des épaules. — 36. M. Chaillous. L'opération de Kröulna dans les affections de l'orbite. — 37. Collard. Essai sur l'hygiène dentaire publique. — 38. M. Moulin. Hydrothérapie domestique. Hygiène de la peau. — 39. M. Meunier. Mesures de quelques modifications physiologiques provoquées chez les aliénés par l'alitement thérapeutique. — 40. M. Leveille. Syndrome de Maurice Raynaud et péricardites. — 41. M. Poirault. Mort subite par inhibition. — 42. M. Malynsky. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la tuberculose testiculaire. — 43. Luys. Contribution sur les lésions traumatiques du sinus de la dure-mère. — 44. M. Besserve. Contribution à l'étude du traitement des abcès urineux. — 45. M. Wintrebert. Des luxations de l'astragale par rotation. — 46. M. Barrois. Contribution à l'étude de la maladie de Behring infantile. — 47. M. Lauvinerie. Traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche. — 48. M. J. Mayeur. De l'état objectif du foie chez les dyspeptiques. — 49. M. Foulon. Étude sur la pachyméningite hypertrophique probablement rhumatismale à forme curable. — 50. M. Monthioux. Étude sur le cancer bi-latéral du sein. — 51. M. Lemarchand. Contribution à l'étude de la gastrostomie. Ses résultats fonctionnels. — 52. M. Ferry. Étude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires. — 53. M. Leh. Considérations générales sur la structure et la pathogénie des sarcomes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (médecine). — Le concours pour quatre places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Enriquez, Dufour, Belin et Claude.

Concours pour deux places de médecin du dispensaire de Lyon. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Levrat, Cade et Voron.

École de médecine de Grenoble. — A la suite du concours qui vient de se terminer M. le docteur J. Termier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé professeur suppléant.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Jacob, embarqué en sous-ordre sur la *Bretagne*, et M. le docteur Bernal, officier du même grade, désigné pour l'*Isère*, sont autorisés à permuter.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à M. le docteur Gallet (de Constantine).

Don aux hospices de Marseille. — Les hospices de Marseille viennent de recevoir de M. Blanc, entrepreneur, une somme de 100000 francs et une propriété.

Asiles d'État pour aliénés criminels. — Dans sa séance du 5 juin dernier, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a voté les deux articles suivants du projet relatif aux aliénés dits criminels.

« I. Il sera créé sur le territoire de la République, au fur et à mesure des besoins, des asiles spéciaux pour l'internement et le traitement des aliénés criminels.

« II. Ces établissements seront dénommés : Asiles d'État pour les aliénés criminels. Les frais de construction et d'installation seront supportés par l'État; les frais d'entretien des internés seront acquittés par les départements en conformité des prescriptions de la loi de 1838. »

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 22e semaine, 1005 décès, chiffre un peu inférieur à celui de la semaine précédente (1025), mais encore un peu supérieur à la moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil respiratoire présentent une fréquence normale.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (la moyenne est 8).

La variole a causé 10 décès. Le nombre des cas nouveaux, signalés par les médecins, est revenu au chiffre de 75.

La rougeole, qui, jusqu'à présent, s'était montrée beaucoup plus discrète qu'elle ne l'est ordinairement en mai, s'est élevée brusquement; elle a causé 36 décès (dont 31 dans les quartiers pauvres de la périphérie), au lieu de 11 pendant la semaine précédente. La moyenne ordinaire des semaines de mai est de 60.

La scarlatine a causé 2 décès, la coqueluche 11 ; la diphtérie, 12. Ces chiffres s'éloignent un peu de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 34 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 32).

En outre, 20 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 150 décès, au lieu de 178 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 13); bronchite chronique, 21 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 43); autres maladies de l'appareil respiratoire, 92 (au lieu de la moyenne 79), dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire et 47 à la bronchopneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 222 décès ; la méningite tuberculeuse 25 décès; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 41 décès; les maladies organiques du cœur, 67; le cancer a fait périr 62 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès ; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 24; enfin, 49 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bleicher, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Nancy, qui vient de succomber dans des circonstances particulièrement tragiques, tué dans son cabinet à la Faculté, d'un coup de revolver, par M. Four, pharmacien de première classe à Nancy, qui s'est suicidé aussitôt après, d'un autre coup de revolver. La commission d'inspection des pharmacies avait saisi, la veille, un échantillon de quinquina de titre insuffisant, et dressé procès-verbal à M. Four. Celui-ci prétendait que la commission n'avait pas le droit de pénétrer dans son laboratoire particulier « fermé à tous », ni de saisir un échantillon qui n'était pas destiné à la vente, mais seulement conservé depuis plusieurs années, pour montrer combien on peut être trompé par les apparences d'un quinquina très beau et ne valant rien, tandis qu'un quinquina vilain peut être excellent. M. Four demandait donc au président de la commission d'inspection d'arrêter les poursuites. M. Bleicher avait répondu que le procès-verbal des visiteurs serait maintenu, et, sans doute, à la dernière entrevue, M. Bleicher aura refusé d'annuler les opérations de la commission.

M. Raymond Four était pharmacien de l'École de Paris, et avait considérablement agrandi et fait prospérer sa pharmacie à Nancy. Sa malheureuse victime, M. le docteur Bleicher, était une figure bien connue à Nancy. Alsacien, ancien médecin militaire, puis docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine et pharmacien de première classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, M. Bleicher était devenu professeur d'histoire naturelle, puis directeur de l'École supérieure de pharmacie de Nancy. M. Bleicher était, en outre, un géologue et un archéologue distingué, lotharingiste passionné, et fervent membre de la Société de géographie de l'Est dont il dirigeait les excursions dans tous les sites pittoresques ou préhistoriques de la banlieue de Nancy.

Le sultan tue son médecin particulier. — Un télégramme parvenu à Athènes annonce que le sultan aurait tué, d'un coup de revolver, son médecin particulier, Hegib bey, qu'il soupçonnait de vouloir l'assassiner.

Une seconde version dit que Hegib Bey aurait été tué par un officier du sultan au moment où il allait assassiner celui-ci. (*Le Journal.*)

Cours. — *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.* — Le cours de M. le docteur Savariaud, prosecteur, commencera le lundi 1er juillet 1901, à une heure et demie et continuera tous les jours. S'inscrire au secrétariat, guichet n° 3, de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis. Droit d'inscription : 50 francs.

Externe de troisième année, marié, demande remplacements, en province, de préférence dans le Midi, du 1er juillet au 1er octobre.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 67. — JEUDI 13 JUIN 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 13 JUIN 1901. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Le sang et les réactions défensives de l'hématopoïèse dans l'infection variolique, d'après M. E. Weil. — Séance de l'Académie de médecine. — Séance de la Société de neurologie. — Revue de la Presse. *Médecine :* Contribution à l'étude expérimentale de la sérothérapie de la fièvre typhoïde. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LE SANG ET LES RÉACTIONS DÉFENSIVES DE L'HÉMATOPOIÈSE DANS L'INFECTION VARIOLIQUE

D'après M. E. Weil (1).

Le sang subit dans l'infection variolique des modifications variables suivant les cas : tantôt il n'est pas modifié d'aspect (formes ordinaires), tantôt il devient noir, poisseux, offrant le caractère du sang dissous (formes confluentes graves, formes hémorragiques).

Comme toutes les pyrexies, la variole produit une déglobulisation et un état anémique, tout au moins transitoires. La variole serait même l'infection s'accompagnant de la plus forte destruction hématique. La diminution du nombre des hématies apparaît brusquement après la suppuration; la réparation est lente, la déglobulisation, très intense, dès le début, dans les formes hémorragiques, est surtout en rapport avec l'abondance des hémorragies (Hayem). Pour R. Pick, ces résultats sont surtout valables pour les varioles intenses; pour les varioles moyennes, au contraire, les globules rouges sont peu touchés.

La preuve de l'intensité de l'anémie est donnée par la présence, dans le torrent circulatoire, de *globules rouges nucléés*. Ces cellules ne s'y montrent exceptionnellement au cours des varioloïdes; peu nombreuses et survenant d'une façon transitoire dans les formes suppurées, elles apparaissent en grand nombre dans les varioles hémorragiques. « Sauf les purpuras infectieux et les leucémies myélogènes, aucune affection de l'adulte ne fait ainsi passer dans la circulation cette forme qui est le globule rouge normal de la période fœtale. »

(1) Th. de Paris, 1901.

Les globules rouges nucléés de la variole sont de petites dimensions : ils appartiennent à la variété dite *normoblaste* par M. Ehrlich. Ils ne sont que rarement en karyokinèse. On les reconnaît à leur noyau arrondi, brutalement coloré par l'hématéine, et à leur protoplasma teinté par l'éosine et la thionine. Cette poussée normoblastique ne doit pas être seulement mise sur le compte de l'anémie : elle relève ainsi, vraisemblablement, de l'action exercée par les agents infectieux sur les centres hématopoiétiques.

Les *hématoblastes* sont augmentés de nombre pendant la période de suppuration (Hayem, Pick); ils diminuent de nombre, au contraire, dans les cas de purpura variolique sans éruption.

Les recherches entreprises par M. E. Weil sur la *coagulation du sang variolique* ont conduit cet auteur aux mêmes résultats que M. Hayem. Dans les varioles suppurées, le sang se coagule au bout de cinq à dix minutes *in vitro*; le caillot, surmonté d'une mince couenne blanchâtre, se rétracte en laissant exsuder un sérum jaunâtre. Sous le microscope, le réticulum fibrineux apparaît au bout de dix à quinze minutes dans les lacs plasmatiques : il varie parallèlement au nombre des leucocytes (Hayem). Il présente, dans son ensemble, le type des sangs phlegmasiques atténués, il est à peine plus riche que normalement dans les varioles hémorragiques.

Les recherches cliniques de Quinquaud ont établi que, dans la variole confluente, l'*hémoglobine* diminue dès la période d'éruption : sa diminution se poursuit et s'accroît pendant la suppuration, pour atteindre son chiffre normal à la dessiccation. Le pouvoir d'absorption, le pouvoir oxydant du sang, les matériaux solides du sérum subissent des variations à peu près parallèles. La réparation est rapide.

Malgré la fièvre, la quantité de gaz du sang est diminuée dans les cas graves (Brouardel). Cet abaissement a pour cause la déchéance des échanges nutritifs résultant de la dégénérescence graisseuse du foie, des reins, des muscles, etc. Le pouvoir d'absorption du sang tombe à la moitié du chiffre normal.

Le premier travail sur la *leucocytose* de la variole est dû à M. Brouardel, qui montra que la maladie s'accompagne d'une augmentation numérique des leucocytes. Déjà marquée dans le stade qui précède l'éruption, la leucocytose s'accentue pendant celle-ci et diminue à l'arrivée de la suppuration. Si l'on voit alors remonter le chiffre de la leucocytose, c'est qu'il survient une complication. Les formes

très légères et les formes très graves ne présentent point de leucocytose.

En 1875, M. Verstraeten conclut, de l'examen de onze cas de variole, que la maladie s'accompagne d'une leucocytose proportionnelle au degré de gravité et à l'intensité de la fièvre, surtout intense dans les formes hémorragiques. La période de leucocytose maxima s'observe pendant le stade de suppuration et la dessiccation. Elle cesse brusquement une fois la dessiccation terminée. Ces conclusions sont en désaccord avec celles de la plupart des auteurs. M. Hayem, MM. Halle et Pée admettent que la variole s'accompagne de leucocytose. Pick, dans un important travail, conclut que dans les varioloïdes légères, il n'y a pas de leucocytose. Dans les varioloïdes ordinaires, il n'y en a pas davantage pendant la période éruptive, mais, pendant le stade de suppuration, les leucocytes augmentent considérablement de nombre. Leur courbe ne suit pas celle de la température.

Dans la variole suppurée, l'apparition de l'éruption ne s'accompagne pas de leucocytose, dans les formes hémorragiques secondaires il en est encore de même. En somme la variole ne s'accompagne pas ordinairement de leucocytose, celle-ci ne se montre que lors de la suppuration des pustules. Ce sont les complications infectieuses qui déterminent la leucocytose.

Enfin, récemment, MM. Courmont et Montagard et M. Weil ont publié simultanément des notes sur la leucocytose de la variole. Pour ce dernier, les formes cellulaires de la leucocytose de la variole se rapprochent dans leur type, de celle de la leucémie myélogène. Pour MM. Courmont et Montagard, la variole s'accompagne toujours d'hyperleucocytose. Cette hyperleucocytose, d'abord moyenne, augmente toujours au début de la perturbation pour baisser progressivement ensuite. Elle retombe lentement à la normale après la chute des croûtes; elle remonte pendant la convalescence s'il y a des complications suppurées. Sauf de rares exceptions, la leucocytose, dans le période terminale des formes mortelles, ne s'abaisse pas à la normale.

L'*étude quantitative* de la leucocytose, dans une quarantaine de cas, a conduit M. E. Weil aux conclusions suivantes : la variole s'accompagne de leucocytose dans toutes ses formes. Dans les varioloïdes légères, elle est le plus souvent peu marquée. Elle est, au contraire, très accentuée dans les varioles suppurées. Dans les varioles hémorragiques, elle est peu accusée. Ces résultats sont d'ailleurs assez variables et expliquent les divergences des auteurs : *a.* Dans la variole la leucocytose apparaît dès le rash et les papilles, parfois seulement au stade de la vésiculation; exceptionnellement, elle ne se montre que lorsque les pustules se dessèchent et se recouvrent de croûtes. Elle atteint d'ordinaire son maximum au moment où les pustules deviennent troubles, grisâtres et jaunâtres, rarement plus tard. Parfois la leucocytose n'est appréciable que pendant un jour ou deux, maintes fois, au contraire, elle se prolonge longtemps. — *b.* Dans les varioles suppurées, le nombre des leucocytes augmente dès le début, s'élève au stade des vésiculations et diminue ensuite pendant la suppuration. D'autres fois, le maximum de la leucocytose coïncide avec la suppuration, la leucocytose se prolonge quand la suppuration est intense, et alors, elle peut s'élever même après la terminaison de la suppuration. — *c.* Dans les varioles hémorragiques, il existe, comme l'avaient déjà vu Brouardel et Pick, un chiffre extrêmement faible de leucocytes. Il semble que, dans les formes hémorragiques, les organes hématopoiétiques ne peuvent plus réagir contre l'agent infectieux, qui ne tarde pas à triompher de l'organisme. — *d.* Dans les varioles compliquées enfin, la leucocytose est variable. Il est exceptionnel que la courbe leucocytaire suive la courbe thermométrique.

Ces notions peuvent servir au pronostic. Dans les formes graves, qui régulièrement doivent s'accompagner de leucocytose, la constatation d'un nombre de leucocytes se rapprochant de la normale est fâcheuse. Cette chute brusque des leucocytes s'accompagne ordinairement de l'affaissement de l'éruption, de la diminution des œdèmes de la face et des mains.

L'*étude qualitative* de la leucocytose offre un intérêt considérable. Les leucocytes circulant dans le sang se présentent en un groupement, un syndrome spécial, au point que l'étude d'une préparation pourra faire le diagnostic de la maladie dans tous les cas où la clinique hésite.

La technique suivie par M. E. Weil est des plus simples : le sang, sur des lames propres, est fixé par la chaleur à 110 degrés, coloré à la thionine, à l'hématéine éosine, au triacide d'Ehrlich.

On se rappelle que les leucocytes du sang humain ont été schématiquement divisés en : lymphocytes, formés en presque totalité par un noyau arrondi, homogène, très colorable, grands mononucléaires, grosses cellules à noyau périphérique, ovulaire, parfois échancré, peu colorable, clair, occupant à peine la moitié de la cellule; polynucléaires neutrophiles, leucocytes à noyau unique multilobé. Leur protoplasma, abondant, se teint en rose par l'éosine et contient des granulations neutrophiles de petit volume; polynucléaires éosinophiles, un peu plus volumineuses, colorables, à protoplasma contenant des granulations que teint vivement l'éosine. Les mastellen sont de grandes cellules polynucléaires, à noyau contourné renfermant de grosses granulations irrégulières que teint en violet rougeâtre la thionine.

Normalement, il n'existe aucune forme de transition entre les polynucléaires éosinophiles et neutrophiles. Mais il existe des formes de passage, entre le lymphocyte et le grand mononucléaire, entre le grand mononucléaire et le polynucléaire neutrophile. Les polynucléaires constituent 65 p. 100, les mononucléaires 34 p. 100, les éosinophiles 1 à 2 p. 100 du sang normal (Leredde et Bezançon).

Ceci étant posé, voici en quoi consiste la formule leucocytaire de la variole. Toutes les formes normales de leucocytes se retrouvent dans le sang des varioliques, mais, en plus on y trouve des éléments nouveaux : ce sont des mononucléaires granuleux, encore appelés myélocytes (neutrophiles éosinophiles, basophiles), des plasmazellen, et aussi des cellules spéciales décrites par Türck sous le nom de Reizung formen (formes d'irritation).

Les mononucléaires neutrophiles sont de grandes cellules à gros noyau clair, entouré d'un protoplasma plus ou moins abondant, qui renferment des granulations colorées en rouge violet par la thionine. L'abondance de ces leucocytes est variable. Souvent le noyau de ces cellules est échancré légèrement ou occupe presque toute la cellule.

Les mononucléaires éosinophiles sont moins constants et moins abondants; ce sont de grandes cellules très volumineuses, possédant un gros noyau arrondi peu colorable et un protoplasma abondant rempli de grosses granulations éosinophiles. De plus, il existe parfois dans la variole des transitions entre les mononucléaires neutrophiles et les mononucléaires éosinophiles.

Les basophiles mononucléées sont rares et inconstantes.

Les cellules de Türck sont, d'après M. Weil, des mononucléaires plus ou moins volumineux, quelquefois énormes, à noyau arrondi, clair. Leur protoplasma se colore en bleu foncé par la thionine, en lilas par l'hémateïne, en rouge violet par le triacide. De ce groupe se rapprochent les plasmazellen que l'on peut aussi rencontrer dans le sang les varioliques. Les plasmazellen qui, pour Unna, dérivent des cellules fixes, et, pour Malschalko, des éléments leucocytaires, sont des cellules ovulaires, à noyau excentrique, formé de plusieurs grains chromatiques radiaires. Le protoplasma, homogène, se colore fortement par la thionine.

Quant aux leucocytes normaux, ils présentent des proportions différant sensiblement du chiffre habituel. Le lymphocyte extrêmement rare pendant toute l'évolution de l'affection ne reparaît qu'à la convalescence. Les mononucléaires sont très augmentés et ne diminuent qu'à la fin. Les polynucléaires neutrophiles diminuent de nombre : 30 à 50 p. 100, au lieu de 65 p. 100.

Les *varioloïdes* les plus discrètes réalisent un syndrome leucocytaire spécial. La leucocytose de la variole est une mononucléose produite aux dépens des gros mononucléaires tels qu'on en trouve dans la moelle osseuse proliférée. Dans la varioloïde, les mononucléaires sont augmentés, tandis que les lymphocytes, les polynucléaires neutrophiles, les formes de transition sont diminués de nombre. Les éosinophiles sont ou normaux ou plus nombreux que d'habitude; à la convalescence, ce sont surtout ces cellules mononucléées granuleuses qui disparaissent d'abord, les cellules de Türck ne s'effacent qu'ensuite. Parallèlement augmentent les lymphocytes et les polynucléaires.

Dans les *varioles suppurées*, on constate toutes les mêmes formes leucocytaires que dans la varioloïde. Dans les *varioles hémorragiques*, existe aussi, très net, le syndrome leucocytaire de la variole.

Quant aux modifications qu'apportent les complications à ce syndrome leucocytaire, elles varient avec les cas. De ces modifications, les unes arrivent à la convalescence, alors que le malade est guéri, les autres se produisent pendant la période d'état, à la suppuration de l'éruption. Tandis que les premières sont nécessairement dues à des infections secondaires, les deuxièmes peuvent avoir la même origine ou être fonction du parasite de la variole. Les complications de la convalescence modifient profondément le syndrome leucocytaire de la variole, tandis que celles de la période d'état ne le changent qu'en ses détails. Les varioleux ne réagissent pas comme des gens normaux aux infections banales : la réaction des organes hématopoïétiques est incomplète, ébauchée, insuffisante. Aussi les complications secondaires sont-elles d'un pronostic grave.

En somme la variole : 1° cause une destruction globulaire notable et une forte diminution de la charge hémoglobique; 2° détermine, dans les formes graves, des poussées normoblastiques; 3° s'accompagne de leucocytose variable au point de vue quantitatif, mais constante au point de vue qualitatif : la leucocytose de la variole est une mononucléose d'un type particulier, formé de mononucléaires grands ou moyens, non granuleux, de cellules de Türck. Cette leucocytose, comparable à celle de la leucémie myélogène, permet d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux, de différencier la variole de la rougeole, de la scarlatine, de l'acné, des pustules de Colles, de l'érythème polymorphe, de la syphilis, de la varicelle, du purpura, de la leucémie aiguë. Elle présente donc une importance capitale. Cette leucocytose, comparable à celle de la malaria, a conduit MM. Roger et Weil à penser que la variole, comme la malaria, est due à un protozoaire, à rechercher et à trouver, dans le sang des varioleux, l'agent spécifique de la maladie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1900, n° 132).

Il convient maintenant de se demander quelle part revient aux différents organes hématopoïétiques dans l'établissement de cette leucocytose. Depuis Ehrlich, on admet que les polynucléaires et le grand mononucléaire ont la même origine, que les ganglions et la rate forment des lymphocytes. Relativement au rôle de la *moelle osseuse* dans la variole, les recherches concordantes de MM. Courmont et Montagard, Roger, Josué et Weil, on peut dire que cet organe réagit suivant un mode très spécial dans l'infection variolique : l'examen histologique de la moelle osseuse donne en effet la formule suivante : grande prédominance des mononucléaires, diminution relative des polynucléaires. Ce sont, à peu de chose près, les réactions que présente la moelle osseuse dans la leucémie myélogène, quand une complication infectieuse vient se greffer sur le processus protopathique. Le tissu médullaire n'est plus capable de former des leucocytes adultes. La moelle osseuse a cessé de représenter l'étuve où mûrissent et se transforment les cellules originelles des globules blancs.

Quel est l'état de la *rate* dans la variole? Les corpuscules de Malpighi sont le plus souvent volumineux, tant dans la variole suppurée que dans la variole hémorragique. D'autres fois, ils sont normaux, ou même diminués de volume. Dans la pulpe, on trouve une augmentation du nombre des cellules des travées, de la distension des capillaires, une abondance considérable, dans la pulpe et les vaisseaux, de macrophages contenant du pigment ocre. Les cellules de la rate variolique sont à peu près les mêmes que celles de la moelle osseuse. Chez l'enfant, les réactions spléniques sont plus intenses. En somme, les réactions cellulaires spléniques au cours de la variole sont semblables à celles de la moelle osseuse.

Les lésions et les réactions des *ganglions lymphatiques* et du *thymus* sont analogues à celles que nous venons d'étudier. En somme, l'organisme se défend par tous les moyens contre l'infection variolique. Il réagit surtout en se rajeunissant. Les organes hématopoïétiques présentent des signes de prolifération cellulaire, de transformation myélogène, de karyokinèse, de macrophagie, de phagocytose, de congestion vasculaire, d'exsudation fibrineuse. Mais ils s'affaiblissent dans la lutte, et à côté des réactions défensives apparaissent des lésions qui proviennent de l'intoxication. La leucocytose si spéciale n'est que la manifestation clinique des processus réactionnels des organes hématopoïétiques, processus qui se réalisent dans toutes les formes de la maladie, qui sont nécessaires à la défense de l'organisme contre le parasite et constituent, dans la lutte, une des principales ressources de l'économie.

En somme, lorsque le parasite de la variole pénètre chez un individu prédisposé, il produit une lésion locale qui passe inaperçue puis cause une septicémie.

Contre cette invasion, le corps humain réagit par la tuméfaction et la prolifération de ses organes hématopoïétiques : ces réactions profondes se manifestent, cliniquement, par l'apparition d'une leucocytose notable survenant dès l'éruption, avant la suppuration des pustules. En même temps, le sang se charge de fibrine.

Par un mécanisme encore mal connu, le sang se débarrasse de ses envahisseurs qu'il chasse vers les téguments et extériorise en quelque sorte. La lutte se continue au niveau de l'éruption, et l'on retrouve dans dans la pustule, tous les procédés de défense qu'emploie d'ordinaire l'organisme menacé. On peut donc dire que, dans la variole, l'éruption est le principal moyen de défense de l'organisme, d'autant qu'elle ne se manifeste pas dans les cas les plus graves et les varioles hémorragiques. Dans cette forme, l'économie sidérée a perdu non seulement ses moyens de lutte locale, mais même de lutte générale, car il n'y a ni leucocytose, ni hyperfibrinose sanguine et la mort survient dans la période de septicémie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(11 juin 1901)

M. Budin fait un rapport sur une communication de MM. Ballestre et Gilletta de Saint-Joseph (directeur et secrétaire du Bureau d'hygiène de Nice), qui était relative à **la mortalité de la première enfance dans la population urbaine** de la France de 1892 à 1897. Ces auteurs ont montré que, sur 1000 morts de tout âge, il y avait en moyenne 167 enfants de zéro jour à un an. Dans certaines villes, la proportion atteint jusqu'à 294 p. 1000 (Lille), 342 (Dunkerque), 414 (Marcq-en-Barœul) et même 509 p. 1000.

Ils ont aussi montré quelles étaient les causes qui déterminaient la mortalité la plus grande, ils ont trouvé que, sur 1000 décès d'enfants de zéro à un an, 385 étaient dus à la gastro-entérite, 147 aux maladies des voies respiratoires, 171 à la débilité congénitale, 25 à la tuberculose, 50 aux maladies contagieuses, 222 à toutes les autres causes réunies.

M. Budin passe successivement en revue les diverses causes et il montre comment on peut les combattre. Il rappelle la création de nombreuses « consultations de nourrissons » et de « gouttes de lait », à Paris, dans le département de la Seine, dans les différentes villes de France et à l'étranger : à Florence, à Bruxelles, à Montréal, etc. Il indique quels résultats on peut obtenir si on surveille attentivement les enfants débiles. A la Clinique Tarnier en 1898, 1899 et 1900, sur 435 enfants nés en état de faiblesse congénitale, 383, c'est-à-dire 88 p. 100, sont sortis vivants et bien portants de l'hôpital. En 1900, alors que le service d'isolement avait été créé, 137 enfants sur 148, c'est-à-dire 92,6 p. 100, ont été sauvés. Ceux des enfants de ces 3 années qui sont venus à la consultation des nourrissons sont au nombre de 61, 57 sont encore vivants, ce qui fait une proportion de 93,4 p. 100.

MM. Ballestre et Gilletta de Saint-Joseph montrent que les maladies auxquelles succombent les nourrissons, dans la première année, sont des affections évitables dans la proportion de 766 p. 1000. Si on veut appliquer tous les moyens qui sont à la disposition des hygiénistes et des médecins, la mortalité pourra donc être considérablement réduite. On peut chercher à obtenir une augmentation dans le nombre des naissances, mais la première chose à faire est de réduire la mortalité infantile, de réduire la mortalité des enfants qui sont nés.

Cette intéressante communication de M. Budin a été écoutée avec une grande attention et a soulevé une petite discussion qui a abouti à une proposition d'envoi au ministre compétent, ce qui équivaut presque aux honneurs de l'affichage.

Parmi les causes invoquées par M. Budin pour expliquer cette effrayante mortalité des enfants nouveau-nés, il en est une dont il n'est même pas fait mention, c'est la syphilis. Il appartenait à M. Fournier de combler cette lacune, et il n'y a pas manqué.

La syphilis, dit-il, tue un nombre considérable d'enfants; veut-on quelques chiffres? Dans la clientèle bourgeoise et aristocratique, pour 100 enfants nés de parents syphilitiques, il y a 40 morts. Cette mortalité infantile par la syphilis est, à Saint-Louis, de 84 p. 100, à Lourcine, de 86 p. 100. Cette mortalité peut être atténuée par un moyen très simple, qui consiste à traiter la mère pendant la grossesse.

La syphilis est donc une des principales causes des avortements et des morts prématurées des jeunes enfants. Elle devrait donc figurer au premier rang des causes invoquées par M. Budin.

A cela M. Budin répond que c'est exactement son avis, mais il fait observer que MM. Ballestre et Gilletta se sont documentés sur des statistiques officielles ; or, la syphilis ne figure jamais dans ces statistiques.

Remarquons, en passant, que cela prouve leur exactitude et c'est avec raison que M. Fournier proteste énergiquement contre l'absence de la syphilis dans les statistiques officielles de mortalité.

M. Laveran, à propos de cette communication, fait observer que la question de la dépopulation lui semble bien mal posée. Il y a vraiment mieux à faire qu'à légiférer pour forcer les gens à avoir plus d'enfants. Qu'on s'occupe donc d'abord de conserver ceux qui naissent; et à ce point de vue, la communication de M. Budin semble à M. Laveran si instructive qu'il propose de l'adresser au ministre de l'Intérieur en lui faisant remarquer qu'on perd ainsi chaque année un corps d'armée.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Riche présente un travail de M. Bordas sur les **intoxications causées à Manchester par une bière contenant de l'arsenic**. Officiellement, le nombre des intoxications est évalué à 4182, avec 300 décès.

Pour la fabrication de la bière en question, on n'employait ni malt, ni houblon, mais de la glycose de mauvaise qualité. Cette glycose était fabriquée elle-même par action sur le maïs d'un acide sulfurique impur, obtenu avec des pyrites arsenicales, non purifiées, et contenant, par suite, de l'arsenic.

Ce travail renferme, en outre, d'intéressantes indications sur les nombreuses falsifications de la bière en usage en Angleterre. Il existe, à Liverpool, une fabrique de houblons artificiels, neutraliseurs, poudres à mousser, antiseptiques divers, notamment sulfites alcalins. On a constaté de l'arsenic dans certains sulfites et dans certaines bières jusqu'à 4 milligrammes par litre.

M. Laborde, toujours sur la brèche quand il s'agit de combattre l'**alcoolisme**, l'**absinthisme**, communique un travail qu'il a fait en collaboration avec le regretté secrétaire perpétuel, M. Bergeron.

« Dans la discussion du projet de loi sur le régime des boissons et la réforme de leur impôt, dit-il, c'est à peine si le mot « alcoolisme » était prononcé. Subordonnant et sacrifiant — de ce cœur léger que façonnent l'égoïsme et la préoccupation politique — sacrifiant les intérêts majeurs de la santé publique, et jusqu'aux intérêts sacrés de la vie nationale, à ceux de l'industrie, qui préside à la distillation, à la vente et à la propagation du poison, on élaborait et l'on édictait une loi, qui sous un prétexte fiscal et protectionniste — disons le vrai mot, électoral — accorde une prime à l'empoisonnement public, en même temps qu'à la fraude qui l'aggrave, en encourageant et renforçant en quelque sorte le privilège des bouilleurs de cru.

Mais il est un point plus grave encore, qui domine les autres, par cette gravité hors de pair : c'est celui des essences et de leur intervention dans la consommation courante des boissons spiritueuses dites apéritives.

C'est, en un mot, la question de l'absinthe et de ses simi-

laires, dont la solution, dans le problème anti-alcoolique, se pose d'une façon toute particulière, personnelle, en quelque sorte, et avec une urgence de plus en plus impérieuse. »

M. Laborde étudie à fond cette question et la résume ainsi :

« Est-il possible, dit-il, que l'Académie — gardienne née des intérêts de la santé publique — continue à assister, impassible, avec les apparences d'une indifférence que répudie la conscience réelle de ses responsabilités, aux ravages d'un empoisonnement public, dont elle a la mission, le devoir suprêmes de dénoncer les progrès incessants et mortels pour la race et pour le pays?

Il y a tantôt six années que, sur notre proposition, a été instituée, au sein de l'Académie, ou plutôt renouvelée, une commission de l'alcoolisme...

En 1871, en effet, à la suite de l'année terrible, retentissaient, à cette tribune, les éloquentes paroles suivantes :

« Malgré les tristesses et les angoisses de l'heure présente, l'Académie ne saurait avoir de plus légitime occupation que celle d'étudier les grands fléaux qui menacent la prospérité de notre race, son développement physique, ses forces d'expansion et de résistance.

Après la discussion sur la tuberculose et la mortalité des nourrissons, la question de l'alcoolisme se pose.

Ce sont là, peut-être, les causes les plus actives de destruction et d'affaiblissement de nos populations.

C'est la conscience des dangers publics, c'est le sentiment du devoir, qui poussent et soutiennent l'Académie dans cette voie d'études et de recherches. »

C'est le regretté professeur Chauffard qui adressait à l'Académie cet appel suprême, qui n'a rien perdu de son opportunité. »

M. Laborde, avec la collaboration posthume (et sous le patronage respecté de M. Bergeron, présente à l'Académie les propositions suivantes :

I. Prendre, sans plus tarder, — en conformité de la motion votée par le Parlement, — l'initiative, issue de sa haute compétence, de l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, à l'effet d'en interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente.

II. Charger de cette étude et de cette indication la Commission de l'alcoolisme.

III. Communiquer, sous forme de vœu, aux Pouvoirs publics et au Parlement, la délibération adoptée et prise par l'Académie, à ce sujet, après avoir entendu le rapport de la Commission.

Ces propositions seront soumises au vote de l'Académie dans la prochaine séance.

L'Académie a nommé M. Chantemesse comme membre titulaire dans la section d'hygiène publique, et M. Heurtaux (de Nantes) comme associé national.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(6 juin 1901)

MM. Achard et Laubry présentent un nouveau cas d'**adipose douloureuse de Dercum**, concernant une malade âgée de soixante-huit ans. Obèse, cette femme ne présente cependant des lipomes douloureux qu'au niveau des chevilles; elle démontre combien la maladie de Dercum peut être localisée et échapper ainsi souvent à l'examen.

On sait que M. Déjerine a isolé de l'atrophie musculaire Charcot-Marie un type spécial caractérisé surtout par l'hypertrophie des nerfs, et pour cette raison, lui a donné le nom de **névrite interstitielle hypertrophique**. Il s'était appuyé sur deux malades, la sœur et le frère, et, en collaboration avec M. Sottas, avait donné le résultat histologique de la sœur. Le frère, présenté d'ailleurs au Congrès de neurologie de 1900, a succombé et M. Thomas montre les pièces macroscopiques; chez le frère comme chez la sœur, le fait essentiel est l'hypertrophie énorme des troncs nerveux; ultérieurement, seront donnés les résultats de l'examen histologique. Nous devons signaler aussi la présentation d'une pièce anatomique par MM. Heitz et Bender : au cours d'une pleurésie purulente, un malade tombe dans le coma et présente des accès d'épilepsie commençant toujours par une **déviation conjuguée de la tête et des yeux** vers la gauche ; à l'autopsie, les auteurs ont trouvé un abcès cérébral streptococcique sous-cortical, d'un très petit volume et placé dans le tiers postérieur de la deuxième circonvolution temporale droite; ce cas paraît donc démontrer, conformément d'ailleurs aux expériences de Ferrier et de Schäfer, l'existence d'un centre de la déviation conjuguée de la tête et des yeux dans la partie postérieure du cerveau ; nous connaissons déjà l'existence et d'un centre frontal antérieur et d'un centre au niveau du pli courbe; dans le cas actuel, l'abcès siège à une distance assez notable du pli courbe, dans la deuxième temporale droite; le malade a obéi à la règle de Prévost; il avait une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté des membres convulsés.

Dans son travail de la *Revue de médecine*, M. Étienne (Nancy) avait publié un cas d'**atrophie musculaire myélopathique avec arthropathie de l'épaule**; l'auteur montre la pièce anatomique qui permet de constater d'énormes lésions articulaires avec rupture de la capsule articulaire et dépôt de nombreux ostéophytes dans les insertions musculaires.

Les cas d'**œdème hystérique** sont rares et cependant très curieux à cause des erreurs de diagnostic qui peuvent entraîner de sérieuses interventions chirurgicales au moins inutiles. M. le professeur Raymond et M. Cestan en présentent un nouveau cas, celui d'une jeune fille de quatorze ans, atteinte au mois de janvier d'une tourniole de l'index gauche. Bientôt, survient un œdème bleu, puis blanc du dos de la main, à envahissement progressif, atteignant bientôt l'avant-bras qui est double de volume et créant des troubles trophiques extrêmes avec bulles de pemphigus et sphacèle de la peau; on allait se résoudre à une intervention chirurgicale sérieuse, lorsqu'on envoie la malade consulter à la Salpêtrière; or, on a constaté une contracture avec anesthésie absolue de la main œdématiée et en huit jours de temps par un massage léger, sans pansement antiseptique, surtout par la suggestion on a fait complètement disparaître la contracture et l'œdème pseudo-phlegmoneux.

M. Guillain a fait la remarque que, malgré une atrophie extrême des muscles des mains, les malades atteints d'atrophie musculaire du **type Charcot-Marie** peuvent exécuter des travaux manuels très délicats; M. le professeur Raymond appuie cette juste observation, car les malades de son service atteints de cette même affection se rendent très utiles en accomplissant des actes qui demandent une grande habileté des membres supérieurs.

M. Scherb apporte les résultats de sa pratique concernant la **fréquence de la syphilis des centres nerveux chez les Arabes**. Sa communication est donc des plus intéressantes puisqu'elle concerne les rapports de la syphilis avec le tabes et la paralysie générale. M. Scherb est à la tête d'un service hospitalier très vaste; or, malgré la fréquence bien connue de la syphilis chez les Arabes, malgré l'existence dans cette race de syphilides cutanées tertiaires très graves, il n'a pu relever en trois ans que quatre cas de syphilis des centres nerveux soit cérébrale soit médullaire. Au surplus, ces quatre malades étaient, soit des alcooliques, soit des nerveux héréditaires. Au contraire, la race israélite, dans les mêmes conditions de climat, présente souvent des accidents nerveux de cause syphilitique. M. Scherb n'a jamais constaté le tabes ou la paralysie générale chez les Arabes. On peut

dire que les Arabes ont un système nerveux que n'atteint pas la syphilis, pour des raisons encore obscures. M. Babinski rapelle en effet qu'on sait fort bien que les moutons d'Algérie sont réfractaires au charbon, or il n'est pas douteux que la syphilis est une maladie infectieuse. Mais la communication de M. Scherb, comme le font remarquer M. Ballet et M. le professeur Raymond, vient ruiner le raisonnement tenu habituellement contre l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale. On dit en effet : les Arabes ont souvent la syphilis, ils sont exceptionnellement atteints du tabes et de la paralysie générale, donc il n'existe pas de relation entre ces dernières affections et la syphilis. Grâce à la statistique de M. Scherb on peut répondre : les Arabes ont souvent la syphilis, on ne constate jamais chez eux la syphilis cérébro-médullaire ordinaire de même qu'on ne constate pas le tabes, il faut, en bonne logique conclure, non pas que le tabes et la paralysie générale ne sont pas d'origine syphilitique, mais bien que le système nerveux des Arabes n'est pas un locus minoris resistentiæ pour le virus syphilitique et que, de même que cette race est épargnée par les accidents nerveux syphilitiques vrais, elle est a fortiori épargnée par les accidents nerveux lointains, parasyphilitiques selon l'expression de M. le professeur Fournier, tabes et paralysie générale. L'hérédité nerveuse ou arthritique, l'intoxication chronique alcoolique, le surmenage physique et intellectuel doivent jouer un grand rôle de causes favorisantes dans l'éclosion de ces maladies.

M. Chipault a traité **l'ulcère chronique de la jambe par l'élongation des troncs nerveux à distance moyenne** ; cette élongation est complétée par un traitement chirurgical de la plaie cutanée : pansements antiseptiques, ablation des bords de la plaie avec suture si l'étendue de la plaie le permet ou simplement curetage ; enfin pansement compressif de tout le membre inférieur. Le résultat immédiat a été excellent 22 fois sur 26 cas : certains malades ont été suivis plusieurs mois de suite et la guérison s'est maintenue. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que l'auteur avait choisi de vieux ulcérés sur lesquels avait échoué tout autre traitement.

MM. Maurice Faure et Laignel-Lavastine ont recherché systématiquement, dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, **à quel moment apparaissent les lésions cadavériques dans l'écorce cérébrale des cerveaux** recueillis deux ou trois jours après la mort, et abandonnés pendant plusieurs jours dans le laboratoire à une température constante de 16 degrés, sans aucune précaution d'asepsie. Ce n'est guère que du troisième au sixième jour que des lésions cadavériques se sont produites. Elles étaient généralement légères, et des cerveaux de cinq jours ont pu être étudiés sans aucune difficulté.

Il faut six, sept, huit jours pour trouver des altérations considérables dont voici les caractères :

La substance blanche et les éléments interstitiels ne prennent plus aucune coloration. Les cellules ont gardé leur forme, mais leurs contours sont ondulés, irréguliers, et peu nets. Les grains chromophyles sont disparus, ou beaucoup diminués de volume. Le noyau et le nucléole sont à leur place mais à contours irréguliers, les lésions sont donc très différentes d'aspect de celles que l'on observe dans les cas pathologiques et peuvent en être facilement distinguées.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étude expérimentale de la sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Lagriffoul a effectué une série d'expériences sur la propriété préventive du sérum des animaux immunisés contre le bacille d'Éberth et le bacillus coli. Il a également fait un certain nombre d'expériences avec des extraits d'organes (rate et moelle osseuse) d'immunisés, ainsi qu'avec le sérum, et les extraits d'organes d'animaux infectés.

L'auteur rapporte les divers résultats expérimentaux qu'il a obtenus ; d'après lesquels il semble bien que l'on puisse obtenir des sérums doués de la propriété préventive à l'égard du bacille d'Éberth et du bactérium coli à l'aide des méthodes d'immunisation les plus diverses ; celle qui paraît la plus efficace est l'immunisation par cultures filtrées.

Les sérums obtenus par l'auteur sont actifs à l'égard de l'infection intraveineuse.

Le sérum coli est actif à l'égard de l'infection par le bacille d'Éberth et réciproquement.

Les sérums obtenus ne sont jamais doués d'une grande puissance.

Le tissu splénique des animaux immunisés ne présente pas de propriété préventive nettement supérieure à celle du sérum ; la moelle osseuse leur est notablement inférieure. (*Montpellier méd.*, 1900, t. XI, p. 385.) L. I.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Michon et Savariaud.

Nécrologie. — L'Université et la ville de Nancy, toutes les autorités civiles et militaires ont fait au regretté M. Bleicher, directeur de l'École de pharmacie, tué si tragiquement, des funérailles dignes de cette généreuse victime du devoir professionnel. Le général de division avait décidé qu'une musique militaire assisterait aux obsèques, avec une députation de chaque régiment et la compagnie déléguée pour rendre les honneurs au chevalier de la Légion d'honneur. Dix discours ont été prononcés sur la tombe : c'est dire combien nombreuses étaient les attaches officielles et les relations sympathiques du vaillant professeur, mort en soldat au champ d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — *Adjuvat.* — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Lecène, Desjardin, Baumgartner, Huguier et Auffret.

Le Congrès britannique de la tuberculose se tiendra à Queen's hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet 1901.

Programme préliminaire. — Les réunions auront lieu chaque jour, du mardi 23 au vendredi 26 juillet, de neuf heures et demie à deux heures.

Section I : *Nationale et municipale.*

Division I : Statistique.

Division II et III : Déclaration obligatoire de la tuberculose. — Influence du logement et de l'agglomération.

Division IV : Contrôle de l'alimentation par le lait et la viande.

Division V : Installation des sanatoria.

Section II : *Médecine, y compris la climatologie et les sanatoria.*

Le mardi 23 juillet, discussion sur la climatologie. — « Quelle est l'influence du climat sur le traitement de la tuberculose, et jusqu'à quel point peut-on classer les tuberculeux pour traitement dans certains climats ? »

Le mercredi 24 juillet, discussion sur « La Tuberculine », séance commune avec la section de pathologie.

Le jeudi 25 juillet, discussion sur « Les Sanatoria pour les tuberculeux ».

Le vendredi 26 juillet, communications personnelles.

Démonstrations : « Présentation de cas de tuberculose cutanée et leur traitement. — L'emploi des rayons de Röntgen pour le diagnostic. »

Section III : *Pathologie, y compris la bactériologie.*

Le mardi 23 juillet, discussion sur les variations morphologiques et physiologiques du bacille de la tuberculose, et ses relations avec : *a.* les autres bacilles acidophiles ; *b.* avec l'actinomyces et d'autres streptothricées.

Le mercredi 24 juillet, discussion en commun avec la section de médecine sur : « Les modifications dans les tissus et les effets constitutionnels produits par les divers éléments de la tuberculine. »

Le jeudi 25 juillet, discussion sur : « Les variétés de la tuberculose (anatomie pathologique et histologie). »

Le vendredi 26 juillet, communications personnelles.

Section IV : *Vétérinaire (tuberculose chez les animaux).*

Mardi 23 juillet : « Le diagnostic de la tuberculose chez les animaux vivants. »

Mercredi 24 juillet : « La tuberculose et le lait. »

Jeudi 25 juillet : « La tuberculose et la viande. »

Vendredi 26 juillet : « Les mesures législatives et autres moyens nécessaires pour combattre la tuberculose chez les animaux. »

Le Musée. — En même temps que le Congrès, il a été décidé de former un musée temporaire présentant la pathologie, le traitement ou la prévention de la tuberculose.

Le Musée comprendra :

Section I : Des préparations pathologiques et bactériologiques et des spécimens montrant la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Section II : Des plans et modèles d'hôpitaux et de sanatoria, des cartes et des documents historiques, géographiques, et statistiques, sur la tuberculose.

Il est à désirer que les préparations et spécimens se rapportant aux travaux du Congrès soient exposés dans le musée.

Un catalogue détaillé du musée sera publié. C'est pourquoi il serait préférable que toutes les notices soient envoyées avant ou au plus tard pour le 1er juin.

Une circulaire indiquant la date et l'endroit où les collections devront être adressées définitivement, sera envoyée aux exposants qui en feront la demande. En attendant le comité du musée désire réunir tous les renseignements possibles sur les objets qui seront exposés et surtout sur l'espace qu'il leur faudra réserver.

Toutes les communications relatives à la section I doivent être adressés au docteur Jobson Horne, 27, New Cavendish street, London, W., secrétaire du comité du musée ; celles relatives à la section II au secrétaire de la section d'architecture, M. Thomas W. Cutler, 5, Queen square, Bloomsbury, London, W.

Nota. — Pour s'inscrire comme membre au Congrès on est prié d'envoyer la cotisation de 25 francs et une carte de visite au secrétariat général, 20, Hanover square, London, W.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français et l'allemand, et les auteurs de communications sont priés de fournir à l'avance des extraits pour traduction.

Si l'on désire prendre part aux discussions on est prié aussitôt que possible de se mettre en rapport avec les secrétaires de la section choisie.

Les secrétaires recevront des communications sur d'autres points dans la pathologie de la tuberculose, qui seront discutées après les questions à l'ordre du jour.

Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser 30 minutes et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 10 minutes chacun.

Un abrégé de chaque communication doit être remis au secrétaire général, 20, Hanover square, avant le 15 juin, dernier délai.

La cotisation confère au souscripteur tous les droits de membre participant et donne droit au volume imprimé des comptes rendus des travaux du Congrès.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 68 — SAMEDI 15 JUIN 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 15 JUIN 1901. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'encéphalopathie saturnine, par M. DELÉARDE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement médical des otites aiguës non suppurées. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

REVUE GÉNÉRALE

L'encéphalopathie saturnine.

Par M. DELÉARDE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

L'imprégnation plus ou moins profonde de l'organisme par le plomb provoque sur les différents appareils de l'économie des accidents dont le pronostic est toujours grave. Une simple colique saturnine guérie en quelques jours laisse souvent après elle un état général assez mauvais, et des phénomènes plus particuliers, tels qu'une anémie globulaire et des altérations de la cellule hépatique qui s'effacent lentement. La répétition des accidents chez les individus exposés à l'intoxication plombique amène peu à peu la cachexie saturnine, causée par une déchéance de tous les organes, dont les éléments nobles ont été touchés par le poison. Dans de pareilles circonstances la mort survient comme conséquence des progrès de la cachexie et dans un délai variable. Telle est la marche ordinaire du saturnisme.

Mais des symptômes d'une extrême gravité et d'une marche rapide peuvent éclater brusquement et emporter le malade en quelques jours. Ce sont ceux qui dépendent d'une localisation nerveuse de l'empoisonnement et auxquels depuis Tanquerelle des Planches on a donné le nom d'encéphalopathie saturnine.

I

DÉFINITION. — Sous cette dénomination on entend des phénomènes d'origine cérébrale tels que coma, convulsions, délire, qui dénotent une atteinte profonde de l'encéphale sous la dépendance de l'intoxication saturnine. Le plomb agit-il directement sur les centres nerveux pour provoquer ces accidents, ou bien sont-ils causés par une complication intercurrente ou une lésion organique concomitante au saturnisme, la néphrite en particulier ? Peu importe pour le moment ; nous aurons à débattre plus loin la raison pathogénique de l'encéphalopathie.

II

HISTORIQUE. — Le saturnisme est connu dans toutes ses manifestations depuis la plus haute antiquité. Les phénomènes cérébraux n'ont pas tardé à attirer l'attention des auteurs anciens. Dioscoride, le premier, parle du délire produit par les préparations de plomb (*De mentis alienatione*).

Arétée, Paul d'Egine, Avicenne signalent l'épilepsie parmi les accidents que l'on relève dans le cours du saturnisme. Au moyen âge les observations d'encéphalopathie abondent. Jacobius Atheus, Lepois, Droët, Beauval font connaître la céphalée, l'épilepsie, le délire venant compliquer la colique de plomb et causer la mort. Pendant de nombreuses années on voit encore les cliniciens mentionner les troubles encéphaliques sans toutefois se livrer à une étude d'ensemble et complète des faits. On hésita longtemps à considérer ces accidents comme conséquence de l'intoxication saturnine, car on ignorait même la véritable cause de la colique de plomb, que l'on désignait sous le nom de colique du Poitou, de Madrid, de Devonshire. C'est ainsi que Larrey fait suivre son mémoire sur la colique de Madrid d'un travail intéressant intitulé : « Fièvre maligne particulière ou ataxie soporeuse, » qui n'est autre chose que l'encéphalopathie saturnine méconnue et sur la nature de laquelle l'auteur n'ose faire que des conjectures. Il croit pouvoir expliquer cette fièvre par l'usage des vins sophistiqués, mais sa conclusion n'est pas ferme.

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, Pariset indique toutefois l'influence pernicieuse du plomb sur le cerveau ; cet auteur paraît être le premier qui ait compris la corrélation entre l'intoxication et l'encéphalopathie.

Laënnec, Miquel étudient l'épilepsie saturnine ; puis les observations se multiplient.

Chomel, Bouillaud, Blache et Monneret s'occupent de la question dans leurs ouvrages. Grisolle et Nivet dans le *Journal hebdomadaire* (1836) et dans la *Gazette médicale* (1836-1837) consacrent quelques articles fort intéressants sur les phénomènes cérébraux provoqués par le plomb.

Les documents accumulés devaient enfin servir à une étude générale, symptomatique et étiologique. Ce fut Tanquerelle des Planches qui l'entreprit dans son *Traité sur les maladies du plomb* (1839), et c'est à lui que revient le mérite d'avoir

réuni les matériaux épars dans la science et d'avoir donné des troubles encéphaliques non seulement une description fidèle, qui reste intacte, mais encore une appellation conforme à la nature de l'affection. En effet les expressions *insania, stultitia saturnina*, démence, délire, convulsions, épilepsie, coma de plomb, avaient été employées avant Tanquerelle des Planches pour désigner une ou plusieurs formes cliniques des phénomènes que cet auteur proposa de réunir sous le nom général d'encéphalopathie saturnine. Cette expression a été conservée et elle sert maintenant à désigner les phénomènes cérébraux de l'intoxication saturnine.

Depuis ce travail de Tanquerelle des Planches de nombreux écrits sur la question ont vu le jour, mais tous s'inspirent à la même source, la description de la symptomatologie ne varie pas en effet. Seule la pathogénie des accidents est discutée et l'accord n'est pas encore fait sur la façon d'interpréter les phénomènes. Nous retrouverons l'exposition des différentes théories dans le chapitre consacré à la pathogénie; qu'il nous suffise ici de citer les noms des auteurs qui, comme Ollivier, Rosenstein, Heubel, Hermann, Jaccoud, se sont efforcés d'apporter des arguments pour résoudre ce problème.

Enfin, pour faire entrer dans la dénomination de la maladie tous les symptômes qui la caractérisent, Jaccoud (*Traité de pathologie interne*) avait proposé de substituer au terme encéphalopathie celui de saturnisme cérébro-spinal ou de névropathie saturnine, de façon à rappeler les accidents spinaux qui viennent parfois s'ajouter aux symptômes encéphaliques.

Des recherches récentes ont démontré la coexistence fréquente de l'hystérie et du saturnisme; certains symptômes tels que l'anesthésie ou l'hyperesthésie, que l'on croyait pouvoir rattacher à des lésions médullaires, relèvent en somme de la grande névrose. Aussi le terme d'encéphalopathie doit-il être maintenu pour désigner les accidents cérébraux de l'intoxication saturnine. Ceux-ci occupent du reste la première place dans le syndrome clinique qui nous intéresse.

III

Étiologie. — Toutes les causes ordinaires du saturnisme se retrouvent dans l'étiologie de l'encéphalopathie.

L'absorption du plomb peut se faire par les voies gastrique ou respiratoire. Les ouvriers qui manient le plomb, les personnes qui accidentellement absorbent des produits alimentaires falsifiés ou altérés par le plomb sont susceptibles de présenter de l'encéphalopathie.

Dans la statistique de Tanquerelle des Planches qui porte sur 72 cas, les ouvriers des fabriques de céruse entrent pour 25 cas, ensuite viennent les peintres en bâtiment avec 20 cas, les imprimeurs ne fournissent qu'un cas. La même statistique nous apprend que l'encéphalopathie se déclare à des époques variables après que l'individu s'est exposé à l'action du plomb. La date d'apparition la plus rapprochée est de huit jours, la plus tardive de cinquante-deux ans. Il est difficile de fixer une date moyenne car l'encéphalopathie peut se montrer comme premier symptôme du saturnisme ou venir compliquer d'autres accidents déjà existants, tels que paralysie, arthralgie ou colique.

De même les causes adjuvantes sont analogues à celles du saturnisme en général, l'alcoolisme, le froid, le manque de précautions se rencontrent le plus souvent; mais quant à dire pourquoi chez un individu l'encéphalopathie se montrera comme premier accident, plutôt qu'une crise de colique ou une paralysie, cela est impossible. Les prédispositions morbides à faire une localisation cérébrale, nous sont inconnues; on peut toutefois conclure, d'après les observations publiées, que les cas d'encéphalopathie sont surtout nombreux chez les personnes exposées par leur profession à absorber ou à respirer une grande quantité de poussières de plomb (ouvriers des fabriques de céruse, peintres) et que les excès alcooliques, en diminuant la résistance organique et en altérant les émonctoires naturels, favorisent l'éclosion des symptômes d'intoxication cérébrale.

Lorsque l'encéphalopathie vient s'ajouter à des signes d'empoisonnement frappant d'autres organes, la violence des premiers accidents n'entre pour rien dans l'apparition des phénomènes encéphaliques. De même la préexistence d'une maladie nerveuse comme l'épilepsie ne prédispose pas le malade déjà saturnin à la complication qui nous intéresse.

C'est surtout entre vingt et quarante ans que l'on rencontre l'encéphalopathie, c'est aussi l'âge où l'homme fournit le labeur le plus actif dans toutes les professions, aussi bien dans celles qui l'exposent à l'intoxication saturnine que dans les autres. C'est également la raison pour laquelle le sexe féminin est presque à l'abri de l'encéphalopathie, les femmes s'exposant rarement par leurs occupations à l'action délétère du plomb.

IV

Pathogénie. — La pathogénie des accidents encéphaliques de l'intoxication saturnine a été fortement discutée et la lumière n'est pas encore complètement faite sur cette question importante. L'action du plomb est indéniable, puisque les phénomènes n'apparaissent que chez les saturnins, mais le métal intervient-il à cause de sa présence dans les centres nerveux et de son action directe sur les cellules nerveuses, ou bien provoquant des troubles sérieux dans des organes chargés de l'éliminer, comme les reins, ferme-t-il ces émonctoires? D'après cette dernière hypothèse, l'encéphalopathie saturnine ne serait autre chose qu'une crise d'urémie, survenant chez un intoxiqué plombique. Les deux théories ont leurs partisans.

La première question à résoudre est celle de savoir si le plomb est capable de produire de l'albuminurie. La coïncidence de l'albuminurie et de l'intoxication saturnine a été signalée pour la première fois par Tanquerelle des Planches. Danjou (1) et Ollivier (2) firent les mêmes remarques. Ce dernier auteur se livra à des expériences qui lui permirent de conclure : 1° que le plomb est éliminé par les reins et que l'on peut trouver ce métal dans leur parenchyme et dans l'urine;

2° Que, consécutivement à cette élimination, les reins éprouvent une altération notable dans leur structure, altération qui présente toutes les lésions de la néphrite albumineuse.

Lancereaux (3), en 1863, décrit les lésions rénales dans l'intoxication saturnine.

En 1881, Charcot et Gombault (*Arch. de physiol.*) se livrent à des recherches anatomo-pathologiques sur le même sujet, qui sont confirmées par Cornil et Brault (*Études sur la pathologie du rein*, 1884), mais Paviot (Th. Lyon, 1896) arrive à des conclusions différentes, tout en reconnaissant l'exis-

(1) Danjou. *Arch. gén. de méd.*, 1864.
(2) Ollivier. *Arch. gén. de méd.*, 1863.
(3) Lancereaux. *Union méd.*, 1863.

tence d'une néphrite saturnine qui serait interstitielle, frappant le tissu conjonctif à l'exclusion de l'épithélium et des vaisseaux qui resteraient intacts, contrairement à ce qu'auraient prétendu les auteurs précités. Dans sa monographie sur la néphrite des saturnins, Lavraud, s'appuyant sur des observations cliniques et des recherches expérimentales, reconnaît l'existence d'une néphrite saturnine, mais celle-ci n'est pas la règle dans l'intoxication professionnelle ni dans l'encéphalopathie. Elle exigerait, pour s'installer, une action prolongée et lente du poison, ainsi que l'influence de certaines causes adjuvantes, comme le froid et l'alcool, qui prépareraient le terrain.

De tous ces faits choisis parmi de très nombreuses relations des cliniciens, il semble résulter que l'albuminurie saturnine et par conséquent la néphrite ne figurent pas parmi les symptômes ordinaires de l'empoisonnement plombique. Reste à savoir si toujours l'encéphalopathie coïncide avec l'albuminurie. La réponse est facile, car les accidents nerveux suivent la règle commune, ils ne sont pas nécessairement accompagnés de l'albuminurie. Tantôt elle existe, tantôt et le plus souvent elle manque.

On peut donc dire que l'encéphalopathie n'est pas forcément de l'urémie. Malgré la ressemblance des symptômes entre ces deux affections, leur pathogénie est différente. Mais on sait que l'urémie peut exister sans albuminurie et que les autres composés urinaires méritent également d'entrer en ligne de compte dans l'étiologie de cette affection.

L'urée en particulier a été cherchée souvent dans les cas d'encéphalopathie, mais le taux de son élimination ne varie guère, on peut même dire qu'il reste normal.

La recherche de la toxicité urinaire avant et pendant l'attaque arriverait sans doute à élucider la question; nous n'avons retrouvé aucune observation dans laquelle une investigation clinique aurait été poussée de ce côté, de sorte que cet élément, qui a cependant son importance, manque dans les débats.

Ce qu'on ne peut rattacher à l'urémie doit-il être considéré comme dû à l'influence directe et nocive du plomb sur les éléments nerveux? C'est la théorie proposée par Tanquerel des Planches et à laquelle un grand nombre d'auteurs se rallient. Elle s'appuie sur la présence du plomb dans le cerveau constatée souvent par l'analyse chimique. Dès 1851, Devergne, Chatin et Bouvier retrouvèrent le métal dans le cerveau d'un homme qui avait succombé à un accès d'encéphalopathie. Empis et Robinet (*Arch. gén.*, 1851), Bouchard (1873), Daremberg, Troisier et Lagrange (1874), Bergeron et L'Hote (1874), Vulpian et Personne, Roucher (1875) sont arrivés aux mêmes résultats. Il faut toutefois reconnaître que les recherches négatives ne manquent pas. On peut même dire qu'elles sont les plus nombreuses. Dans quatre cas où le plomb fut recherché avec soin dans le cerveau d'individus morts d'encéphalopathie, le professeur Lescœur, de Lille, ne l'a trouvé que deux fois.

Il n'y a donc pas une corrélation absolue entre l'encéphalopathie et l'action du plomb sur les cellules nerveuses. Un autre élément, encore inconnu, doit intervenir pour provoquer les accidents.

Hermann voit dans l'encéphalopathie l'expression de l'action toxique exercée directement par le plomb contenu dans le sang à l'état d'albuminate sur la substance cérébrale.

En résumé, la théorie cérébrale appuyée exclusivement sur l'action du plomb sur les centres nerveux ne suffit pas, comme on le voit, à expliquer tous les cas d'encéphalopathie, puisque le plomb n'a pas été retrouvé régulièrement dans le cerveau.

D'autres explications ont été proposées. C'est ainsi que Rosenstein, attribuant au plomb une action tétanisante sur les éléments contractiles des vaisseaux, fait des accidents encéphalopathiques une manifestation de l'anémie cérébrale.

Les capillaires contracturés laisseraient passer une quantité insuffisante de sang pour la nutrition des centres nerveux.

Selon Heubel, l'anémie cérébrale ne serait pas provoquée par une contraction des capillaires mais plutôt par un œdème interstitiel qui comprimerait la paroi des vaisseaux. Pour ce qui est de cette dernière hypothèse, il faut faire remarquer que l'œdème cérébral se rencontre rarement à l'autopsie des saturnins morts d'encéphalopathie. On constate au contraire, dans la majorité des cas, que la substance cérébrale est ferme, résistante; les circonvolutions, dures et tassées les unes contre les autres, donnent au cerveau l'aspect d'un bloc de mastic; ce qui ressort le plus, c'est la pâleur et l'anémie de la substance grise qui la fait ressembler à la couche blanche sous-jacente.

Partant de cette constatation nécropsique que le cerveau est surtout anémié et ne voyant pas, dans les hypothèses de Rosenstein et de Heubel, une explication naturelle des faits, Jaccoud considère l'encéphalopathie comme un symptôme d'anémie cérébrale. Mais l'action du plomb, loin de se localiser exclusivement à la circulation encéphalique ou au tissu nerveux dont il provoquerait l'œdème, se ferait sentir sur les globules sanguins en les détruisant en masse. L'anémie saturnine est bien connue. Elle est due, comme l'a prouvé Malassez à une hypoglobulie (Jaccoud, *Cliniques de la Charité*, 1874; Vercy, th. Paris, 1882). A cette théorie, on a fait le reproche de ne pas embrasser la généralité des faits. Un grand nombre de saturnins peuvent en effet arriver aux derniers termes de la cachexie et de l'anémie et mourir épuisés sans avoir présenté durant les progrès de l'intoxication des symptômes nets d'encéphalopathie. Le délire terminal qui précède le coma en serait la seule manifestation *in extremis*.

Aucune des trois hypothèses pathogéniques mises en avant par les auteurs ne remplit les conditions qui permettent de la choisir à l'exclusion des deux autres. Nous avons vu en effet que la théorie urémique n'était pas justifiée dans tous les cas, que la recherche du plomb dans le cerveau n'avait pas toujours donné des résultats positifs; enfin, que l'anémie saturnine pouvait arriver chez certains malades à un degré extrême sans amener des accidents encéphalopathiques autres que ceux précédant à brève échéance l'agonie terminale. Cependant les arguments proposés par les auteurs restent tous dans certains cas bien délimités. Le défaut est de vouloir généraliser et de ne pas tenir compte suffisamment des conditions adjuvantes qui venant s'ajouter à la cause première, l'intoxication plombique, font éclater les symptômes graves de l'encéphalopathie. Parmi ces causes, l'alcoolisme, le froid, et surtout l'hérédité nerveuse, sont les principales et les plus apparentes. C'est souvent après un excès de boisson ou un coup de froid qu'éclatent les accidents nerveux. Les affections aiguës, telles qu'une pneumonie, un érysipèle, ont été également signalées.

Il semble que chez les individus exposés à l'intoxication prolongée et lente du plomb, l'organisme, dans les conditions normales de l'existence, élimine le poison à des doses suffisantes pour éviter l'apparition des symptômes de saturation. Mais que sous certaines influences un second poison, alcool, toxines microbiennes, vienne s'ajouter au premier, alors les émonctoires naturels deviennent impuissants et les signes de l'intoxication se montrent. Ils peuvent être bénins, comme dans la colique saturnine, ou graves comme dans l'encéphalopathie, suivant la prédisposition des sujets.

V

Symptômes. — C'est Tanquerelle des Planches et Grisolle, qui ont, les premiers, donné une description complète des symptômes de l'encéphalopathie saturnine.

Celle-ci peut se traduire tantôt par un délire variable dans sa physionomie, tantôt par des mouvements brusques, désordonnés, de véritables convulsions ou encore par un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, qui précède le coma dans lequel tombe le malade avant de succomber. Enfin, en dernier lieu, l'encéphalopathie saturnine est susceptible de revêtir la forme de la paralysie générale avec ses périodes d'exaltation et de mégalomanie. Une des formes peut exister seule pendant toute la durée de la maladie. Dans d'autres cas, elles se succèdent les unes aux autres, le délire ouvrant la marche, il est bientôt suivi de convulsions épileptiformes et de coma. Enfin la combinaison des différentes variétés cliniques n'est pas rare.

Pour la commodité de la description on divise habituellement les formes de l'encéphalopathie saturnine suivant les symptômes prédominants. C'est ainsi que l'on distingue :

1° Une forme délirante ;
2° Une forme comateuse ;
3° Une forme convulsive ;
4° La pseudo-paralysie générale saturnine.

Tanquerelle des Planches fait observer avec juste raison que rien, jusqu'à présent, n'a pu faire découvrir la raison de cette diversité de formes. L'intensité de l'affection, l'organisation des malades, la multiplicité des préparations de plomb, etc., n'ont pu nous éclairer à ce sujet.

Forme délirante. — Le délire de l'encéphalopathie saturnine est tranquille ou furieux. De là, deux variétés à étudier.

Délire tranquille : c'est surtout par l'expression de la physionomie que se manifeste cette variété de délire. Tantôt le malade, plongé en extase, reste insensible aux choses qui se passent autour de lui ; il entend à peine les paroles qu'on lui adresse et il est très difficile d'attirer son attention vers un autre point que celui qui paraît occuper sa pensée. Il cause à lui-même, répond à un être fictif qui semble converser avec lui. Tantôt, il paraît plongé dans de profondes méditations et il prend tour à tour un air courroucé ou mélancolique, qui amène des larmes, comme le prouvent les observations de Tanquerelle des Planches. Les malades arrivent parfois à répondre d'une façon satisfaisante à une interpellation, mais leur attention se maintient difficilement et ils ne tardent pas, au bout de quelque temps, à divaguer, ils enchaînent une infinité de mots et de phrases qui n'ont aucun sens. La plupart de ces malheureux sont atteints de carphologie ; ils prononcent à voix basse des phases incohérentes, se lèvent de leur lit, s'y recouchent, épluchent leurs couvertures, font le geste d'écarter un objet qui les gêne. Alternativement loquaces ou silencieux, gais ou tristes, les malades sont en général, pendant quelque temps au moins, affectés du même caractère de délire.

Délire furieux : les yeux largement ouverts, brillants, lançant des regards menaçants, l'individu atteint de délire furieux profère des menaces et des injures. Il cherche à se défendre contre des êtres imaginaires qui veulent l'assaillir et s'arme de tous les objets qu'il trouve à sa portée. Les mouvements sont brusques, agressifs, et l'agitation est telle que souvent, pour mettre le malade à l'abri des accidents, on est forcé de le ligoter. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, un malheureux ouvrier cérusier, en proie à un délire furieux, que l'on fut obligé d'attacher dans son lit : malgré les exhortations et la surveillance des personnes placées près de lui, il s'obstinait à se heurter la tête contre le montant du lit, croyant avoir à se défendre contre un homme qui cherchait à le frapper. Il peut se produire des momentsd'accalmie, mais ils sont de courte durée, car toujours le malade cause à voix haute. Les muscles de la face sont parfois agités de convulsions : on remarque souvent aussi des soubresauts de tendons et des contractions fibrillaires.

La face et le tronc sont couverts de sueur, la bouche, la langue se dessèchent et se couvrent de fuliginosités qui envahissent les gencives. Le pouls est agité, vibrant, et augmenté de fréquence, mais la température est peu élevée ; dans notre cas elle était de 38°5 dans le rectum.

Les deux formes de délire sont souvent associées chez le même malade. La règle est même qu'elles se succèdent ; le délire tranquille ouvrant la scène, entrecoupé de moments de calme relatif, le malade atteint de délire tranquille commence à s'agiter, à devenir bruyant, puis par une progression qui peut être plus ou moins rapide il présente tous les signes du délire furieux. La mort survient souvent pendant une crise d'agitation. Lorsque l'évolution doit être favorable, la marche inverse des phénomènes se produit. La tranquillité renaît peu à peu, jusqu'à ce qu'un sommeil profond et lourd s'empare du malade et le laisse au réveil encore fatigué mais à l'abri provisoirement de toute complication mortelle.

La durée totale de la forme délirante dépasse rarement quatre ou cinq jours. Son début comme sa terminaison, lorsqu'elle est fatale, peuvent être brusques ; les prodromes manquent souvent, quand ils existent, ils consistent en céphalée, en lourdeur de tête et en une fatigue précoce.

Lorsque le délire tranquille ne se complique pas de délire furieux, le pronostic est moins grave, la guérison est la règle.

La forme délirante pure est rare ; le coma et les convulsions épileptiformes viennent fréquemment modifier et compliquer la scène clinique.

Forme comateuse. — Elle est souvent l'aboutissant de la forme délirante et de la forme convulsive, mais quelquefois aussi elle existe seule et, à ce titre, mérite d'être étudiée à part. Elle survient dans certains cas brusquement, comme premier et unique symptôme de l'encéphalopathie saturnine. L'individu intoxiqué est plongé dans une sorte de sommeil profond avec respiration stertoreuse. Les yeux fermés ou à demi clos, les pupilles dilatées ou rétrécies, le malade est couché, inerte. Les membres ne sont pas en résolution complète, ils résistent aux mouvements provoqués. Quand on pince la peau le malade réagit encore, mais len-

tement, il change de position, balbutie quelques mots inintelligibles et retombe dans le sommeil.

Lorsque le coma succède aux formes délirante ou convulsive et qu'il annonce la terminaison fatale, il est alors plus profond, c'est un véritable collapsus avec perte complète de la sensibilité et du mouvement et troubles respiratoires plus ou moins marqués. Picot a signalé un cas où il observa du rythme de Cheyne-Stokes.

La température, dans cette période terminale, peut s'abaisser ou au contraire s'élever. Elle fut de 39°6 quelques heures avant la mort chez un malade de l'hôpital Saint-Sauveur.

Forme convulsive. — Les convulsions sont les accidents cérébraux saturnins que l'on rencontre le plus souvent; rarement on les trouve isolés. Elles sont précédées de délire, de céphalée, et se terminent souvent dans le coma qui précède la mort.

Elles peuvent être partielles ou générales.

Les convulsions partielles consistent en contracture spasmodique de certains muscles, ceux de la face en particulier; il y a alors des grimaces causées par une tétanisation passagère des muscles, des grincements de dents ou du resserrement des mâchoires; on constate parfois du strabisme.

Les membres peuvent être atteints et présenter des mouvements brusques de contorsion, de flexion ou d'extension exagérées.

Les convulsions générales s'annoncent souvent par un tremblement avec claquement de dents. Puis le malade tombe par terre s'il n'est pas couché et tout son corps est animé de mouvements spasmodiques. Les mouvements sont plus ou moins étendus et plus marqués vers la face et les membres supérieurs. Chez un de nos malades, la crise commençait par la figure, du côté droit, s'étendait au bras correspondant, puis à la jambe, pour gagner ensuite la moitié gauche du corps, simulant ainsi le type crural de l'épilepsie jacksonienne.

A la phase clonique succède une phase tonique qui raidit le tronc et les membres. Pendant la durée de la crise qui est d'une à trois minutes, les malades ont les yeux ouverts fixes et immobiles, les pupilles dilatées. Tanquerelle des Planches différencie cette forme de l'épilepsie saturnine par ce fait que les malades conservent l'intelligence pendant la crise. L'accès terminé, ils racontent les sensations éprouvées.

L'épilepsie saturnine est la forme la plus commune et aussi la plus grave de l'encéphalopathie. Elle se déclare tantôt brusquement sans être annoncée par aucun phénomène précurseur, tantôt on observe quelques signes vagues tels que la céphalée, une tendance à l'assoupissement, ainsi qu'un changement de caractère qui devient triste, taciturne, comme si l'individu exposé à l'intoxication plombique avait conscience des accidents redoutables dont il sera bientôt la victime.

L'épilepsie saturnine peut venir également compliquer le délire ou le coma; aucun phénomène prémonitoire n'est alors perceptible et l'accès survient au milieu d'autres symptômes. L'attaque est caractérisée de la manière suivante. La perte de connaissance, si elle n'existait auparavant, est immédiate, le globe de l'œil se porte en haut, la tête devient immobile, la figure s'injecte, puis bientôt prend une teinte livide. Quelques mouvements convulsifs parcourent les membres, surtout les supérieurs, le corps se raidit et on observe des mouvements désordonnés. La main se ferme, les pouces en dedans. De violentes secousses agitent tout le corps; les membres se fléchissent et s'étendent convulsivement, puis ils se raidissent. Lorsque la raideur prédomine d'un côté on voit la face horriblement défigurée, les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche et les paupières inégalement ouvertes. Cet état de rigidité peut terminer l'accès ou être suivi d'une succession de contractions rapides alternant avec un relâchement complet des muscles. La respiration est modifiée dans son rythme; courte, pénible au début, elle devient stertoreuse et bruyante à la fin. Une salive écumeuse et sanguinolente est expulsée avec bruit et difficulté. Le pouls conserve sa régularité ou acquiert de la fréquence et de la force.

Les convulsions terminées, les membres tombent dans une résolution complète, la peau se couvre de sueur, la respiration se rétablit d'abord lentement, puis devient profonde, suspirieuse. La sensibilité revient progressivement.

A la suite d'une pareille attaque, jamais la raison n'est complète. Le malade peut tomber dans un assoupissement plus ou moins profond, délirer ou être repris de nouveaux accès d'épilepsie entre lesquels il n'existe presque aucun intervalle. Dans le premier cas, c'est le coma qui s'installe peu à peu et qui bientôt conduira le malade à la mort sans que celui-ci reprenne connaissance. Dans le second, le délire reparaît après la crise; il peut être bruyant ou calme. Enfin, dans la troisième perspective, le malade est pour ainsi dire en état de mal épileptique et il succombe brusquement au milieu de convulsions extrêmement violentes.

VI

Pseudo-paralysie générale saturnine. — A côté des formes que nous venons d'étudier, l'encéphalopathie saturnine peut revêtir une symptomatologie spéciale qui la fait ressembler à la paralysie générale des aliénés, mais qui en diffère toutefois par certains caractères. La similitude des phénomènes cliniques a valu à cette variété de l'encéphalopathie sarurnine le nom de pseudo-paralysie générale. Sans vouloir entreprendre dans ce travail la justification de cette appellation, ce qui reviendrait à discuter la question encore controversée des pseudo-paralysies générales, nous l'adopterons pour la commodité de sa description.

Tanquerelle des Planches ni Grisolle ne font mention dans leurs ouvrages de l'encéphalopathie saturnine à forme de pseudo-paralysie générale. Delasiauve en 1851 (1) et Falret en 1853 (Th. de Paris) furent les premiers auteurs qui attirèrent l'attention sur ce point. Mais la première monographie sérieuse est le mémoire de Devouges (2). Bourdesol dans sa thèse inaugurale (Th. de Paris, 1860) se borne à rapporter et à commenter les 6 observations de Devouges. Après eux Ball et Régis (3) étudièrent de nouveau la question. Des observations nombreuses ont été publiées depuis par Doutrebente, Camuset, Renaut, Vallon, Meyer, Arnaud, Voisin, enfin parmi les travaux dignes d'intérêt citons encore un article de Marandon de Montyel dans le *Bulletin médical* (1897).

Deux opinions différentes se trouvent en présence :

L'opinion de Devouges, à laquelle se sont ralliés Marie et Vallon, consiste à admettre une paralysie générale saturnine analogue à la paralysie générale ordinaire, à part quelques différences des plus minimes.

(1) Delasiauve. *Ann. méd.-psychol.*, 1851; — Soc. méd. des hôpit., 1852.

(2) Devouges. *Idem*, 1857.

(3) Ball et Régis. *Idem*, 1880.

2° L'opinion de Delasiauve, défendue également par Voisin, Regis, Meyer, Marandon de Montyel et d'autres, qui admet que certaines formes d'encéphalopathie saturnine, peuvent se rapprocher suffisamment de la paralysie générale pour simuler cette affection, d'où le nom de pseudo-paralysie générale.

Entre ces deux opinions il faut placer les cas très connus dans lesquels un saturnin, après avoir présenté plusieurs crises de pseudo-paralysie générale, tombe dans la paralysie générale vraie à marche progressive qui le conduit à la mort.

Si bien que l'on admet maintenant que le plomb peut produire deux variétés distinctes de paralysie générale, l'une régressive, l'autre progressive, cette dernière survenant d'emblée ou consécutivement à la première (Marandon de Montyel).

Les symptômes différentiels entre les deux variétés de paralysie générale seraient les suivants : association dans la pseudo-paralysie générale saturnine des signes nombreux d'intoxication tels que le liséré gingival de Burton, la teinte terreuse de la peau, les céphalées, les étourdissements, les arthropathies, les paralysies localisées (paralysies des extenseurs des doigts) et les troubles épileptiques. Dans l'ordre intellectuel on trouverait des cauchemars, des insomnies, des hallucinations de la vue. Autant de symptômes distincts dans ces deux cas, mais il en est d'autres comme l'inégalité pupillaire qui n'existent jamais, d'après Régis, dans le saturnisme ; le tremblement, d'après le même auteur, est plus intermittent, plus prononcé, plus spasmodique ; l'embarras de la parole est parfois tellement marqué au début que la voix devient inintelligible, et enfin le gâtisme qui est précoce chez l'intoxiqué par le plomb. Outre ces manifestations délirantes et hallucinatoires, le saturnin présente un affaissement psychique qui se montre d'emblée au lieu d'évoluer d'une façon progressive pour aboutir à la démence dans la paralysie générale vraie. Autre différence, tandis que le paralytique général est un être doux, humain, soumis et disposé à distribuer ses richesses ou ses titres imaginaires, le saturnin, quand il n'est pas dans la torpeur, est ombrageux, défiant, égoïste, grossier.

Dans la marche de la maladie on ne trouve encore que des constrates. Le début de la pseudo-paralysie générale est brusque, soudain, elle peut apparaître dans le cours d'une colique saturnine et les symptômes évoluent alors avec une grande rapidité. En quelques jours la paralysie est complète elle cloue le malade au lit. Mais cette marche hâtive, qui semble vouloir tuer le malade rapidement, peut aboutir de même à une amélioration et à une guérison inespérée, en apparence. En un mot le pronostic, fatal dans la paralysie générale vraie, est bénin dans la pseudo-paralysie générale saturnine, si bien que l'individu, comme le dit Marandon de Montyel, peut rechuter plusieurs fois, jusque huit et dix, s'il s'expose dans l'intervalle à l'action toxique du plomb. Au contraire il est guéri pour toujours s'il en reste à l'abri.

Le diagnostic entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale saturnine devient donc, dans la majorité des cas, facile, les différences apparaissant d'une façon suffisamment nette.

Reste la possibilité de l'éclosion d'une paralysie générale vraie chez un saturnin en dehors de l'action toxique du plomb. Dans une semblable perspective le diagnostic peut encore se faire en tenant compte de la marche des symptômes. Les phénomènes de la paralysie générale s'accroissent et s'aggravent de plus en plus ; tandis que les stigmates de l'empoisonnement s'effacent et disparaissent au fur et à mesure de l'élimination du plomb.

Des formes anormales, plus rares que celles étudiées plus haut, peuvent se rencontrer. C'est ainsi que Gaucher (*Bull. de la soc. clinique de Paris*, 1880) et Heymann (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1865) ont signalé des observations d'aphasie saturnine.

Quelle que soit la forme que revêt l'encéphalopathie saturnine elle est susceptible de précéder ou d'accompagner les autres signes de l'intoxication. La colique préexiste souvent aux accidents cérébraux et se dissipe à leur apparition. L'arthralgie suit les mêmes règles. L'appareil visuel présente des complications intéressantes qui surviennent dans le cours de l'encéphalopathie ou se montrent après elle. La cécité passagère, sans lésion du nerf optique, simulant l'amaurose urémique, est causée par une sténose artérielle due au plomb. La névrite optique est plus grave, l'affaiblissement de la vue suit une marche progressive très rapide à tel point que deux mois suffisent pour amener une cécité absolue et l'atrophie de la papille en est la conséquence.

Dans les formes de délire calme ou de coma la température ni le pouls ne présentent rien d'anormal, mais dans ce délire loquace ou furieux lorsque le malade est agité et dans la forme convulsive le thermomètre peut atteindre 38 et 39 degrés. L'état général est alors plus mauvais, les lèvres sèches et brillantes se couvrent de fuliginosités, les bords des paupières sont agglutinées par une sécrétion puriforme, le nez se remplit de croûtes sèches et noirâtres, enfin la pâleur terreuse de la peau, due à une anémie globulaire, qui contraste avec le facies ordinairement enluminé des fébricitants, donne au malade atteint d'encéphalopathie un aspect particulier et bien caractéristique.

VII

Anatomie pathologique. — On peut dire que l'anatomie pathologique de l'encéphalopathie saturnine est inconnue, car aucun signe pathognomonique, aussi bien microscopique que macroscopique, n'a encore été signalé.

Les relations d'autopsie notent dans la majorité des cas, mais pas toujours, une certaine consistance de la substance cérébrale, qui est dure à la coupe. Le cerveau se présente sous l'aspect d'un bloc de mastic de couleur blanc jaunâtre. Les circonvolutions sont aplaties et comme pressées les unes contre les autres ; il semble que l'organe est comprimé par les enveloppes qui l'entourent. On a aussi relevé des traces d'œdème cérébral s'accompagnant ou non d'hydropisie ventriculaire, avec piqueté hémorragique dans la substance blanche.

Telles sont les lésions macroscopiques que l'on observe du côté du système nerveux.

Ribakoff (Soc. des neurol. et alién. de Moscou, 1898, *Presse méd.*, 1899) a étudié, chez le cobaye par le procédé de Golgi, les modifications subies par l'écorce cérébrale sous l'influence de l'intoxication saturnine aiguë. Il a remarqué que les prolongements des cellules perdaient la netteté de leurs contours et qu'ils prenaient un aspect moniliforme.

L'altération allait même parfois jusqu'à la désagrégation en une série d'amas ou de gouttelettes avec disparition des gaines de prolongements.

A côté des observations où l'on a pu noter une modification quelconque de la substance nerveuse cérébrale combien nombreux sont les cas où rien d'anormal n'a été constaté. Aucune lésion, aucune trace d'un processus pathologique,

inflammation, œdème, ischémie ou hémorragie, n'existent en un point du cerveau ou de la moelle épinière. Ce sont de pareilles remarques qui ont ébranlé fortement la théorie de l'action directe et toxique du plomb sur le système nerveux central. Car comment interpréter cette action délétère si on ne retrouve pas des altérations cellulaires venant expliquer les symptômes observés durant la vie?

Du côté des autres organes, et en particulier du côté des reins les lésions sont variables, mais ne sont pas non plus permanentes. Sur 4 autopsies faites à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille par le professeur Curtis, deux fois les reins furent trouvés normaux; les deux autres fois ils étaient le siège dans un cas d'altération portant sur la substance parenchymateuse et sur la substance corticale qui était réduite à 2 millimètres avec une capsule adhérente, dans l'autre cas il y avait un début d'hydronéphrose double et une diminution notable de la substance corticale.

Le foie est tantôt sain, tantôt rétracté.

Le système vasculaire présente souvent des lésions d'artério-sclérose.

VIII

Pronostic. — Le pronostic de l'encéphalopathie saturnine n'est pas fatalement mortel. Dans de nombreuses observations les malades ont survécu même aux formes les plus graves, en particulier au coma. Toutefois lorsque les symptômes se prolongent pendant plusieurs jours, l'avenir du malade devient sombre. Le délire paraît être la forme la plus bénigne et celle qui peut persister le plus longtemps sans de gros inconvénients. Mais souvent elle n'est que la prélude du coma ou de l'épilepsie qui ferment la marche et conduisent plus ou moins brusquement à la mort. Il est rare que le coma persiste plus de quatre à cinq jours.

Le malade, sans reprendre connaissance succombe au milieu de crises épileptiques.

La pseudo-paralysie générale saturnine, lorsqu'elle ne se montre pas chez des individus trop débiles, guérit en règle générale. Son évolution dure quelques semaines et peu à peu, au fur et à mesure que le plomb s'élimine, la raison, les forces et le calme reviennent.

Il faut tenir compte de l'état général du malade dans l'appréciation du pronostic. Est-il robuste et encore indemne d'autres accidents d'intoxication plombique, il a naturellement plus de chances de se tirer d'affaires. Au contraire l'anémie saturnine, les dégâts produits par l'abus de l'alcool ou l'atteinte laissée par des crises de coliques antérieures ont-ils affaibi l'organisme et l'ont-ils amené à cette déchéance profonde que l'on voit souvent chez les malheureux ouvriers des fabriques de céruse dans de pareilles circonstances, l'encéphalopathie saturnine est grave et ne pardonne guère. De toute façon, si le malade en réchappe, il sortira de la crise profondément anéanti, sa convalescence sera longue et il conservera une prédisposition spéciale à contracter sous la moindre influence de nouveaux accidents encéphaliques auxquels cette fois il court grand risque de succomber.

IX

Diagnostic. — Les différents éléments qui forment la symptomatologie de chacune des formes que nous avions étudiées sont suffisamment précis pour ne pas amener de confusion entre elles. Le coma se distinguera facilement du délire furieux ou tranquille et de la forme convulsive. Mais souvent, comme nous l'avons vu, il y a association des symptômes entre eux, le délire commence bientôt suivi des convulsions et du coma final. Si l'on a eu l'occasion d'observer le malade dès le début de l'affection, on suivra aisément ces diverses étapes. Le diagnostic envisagé de cette façon ne présentera donc guère de difficultés.

De même la pseudo-paralysie générale saturnine présente, comme nous l'avons vu, des signes qui la feront reconnaître de la paralysie générale vraie ou des autres formes nerveuses de l'intoxication plombique.

Avant d'entrer dans l'étude des affections qui peuvent simuler l'encéphalopathie saturnine, il est indispensable, pour éviter des redites, de faire remarquer l'importance que peuvent avoir certaines notions, et en particulier la recherche de la profession du malade. Est-il peintre, ouvrier cérusier ou plombier, en un mot, est-il exposé dans ses occupations journalières à manier le plomb, immédiatement l'attention du médecin est attirée sur ce point, et il est naturel de penser qu'il peut y avoir un rapport de cause à effet entre le métier qu'exerce le moribond et les phénomènes nerveux qu'il présente.

En poussant plus loin l'investigation clinique, on remarque alors que, chez de tels individus, il existe un liséré gingival gris ardoisé, dit liséré de Burton, formé comme on le sait de sulfure de plomb. C'est un signe précieux, relativement précoce, qui n'apparaît que chez les saturnins, et que l'on distingue facilement du dépôt de tartre adhérent aux dents et non aux gencives. Enfin, la pâleur terreuse de la peau, la décoloration des muqueuses et les douleurs que l'on provoque par la pression sur les muscles grands droits de l'abdomen, ainsi que la possibilité de paralysie et d'atrophie musculaire des extenseurs des doigts confirmeront le diagnostic d'encéphalopathie saturnine.

A côté de ces symptômes originels en existe-t-il d'autres moins importants, capables de rattacher les phénomènes observés à leur véritable cause? C'est ce que nous allons voir en examinant une à une les formes d'encéphalopathie saturnine qui ont une analogie quelconque avec d'autres maladies.

Le délire des maladies aiguës, pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde, se distingue par une coloration rouge des pommettes, une congestion de la face, une élévation de la température et une sécheresse de la bouche, autant de signes absents dans l'encéphalopathie saturnine à forme délirante calme. La cause du délire ne tarde pas à se montrer et l'affection suit son évolution normale.

L'anémie cérébrale provoque parfois un délire que l'on pourrait confondre d'autant plus facilement avec le délire saturnin, que le plomb amène une destruction globulaire. Mais le délire de l'anémie cérébrale survient après les grandes hémorragies ou à la fin des maladies consomptives.

Le delirium tremens peut simuler le délire furieux de l'encéphalopathie saturnine. Dans le premier cas, on sera en présence d'un individu dont la face sera rouge, les yeux injectés, la bouche écumante, le nez sillonné de varicosités, la langue et les mains tremblantes. La colère est à son comble chez l'alcoolique, il se précipite tête baissée sur des personnages ou des animaux imaginaires, en proie à des hallucinations terribles, enfin, il est très loquace. Son haleine dégage souvent l'odeur du vin ou de l'alcool.

Le coma de l'encéphalopathie saturnine a pour signe distinctif de pouvoir apparaître brusquement, sans prodromes. L'individu, comme il nous a été permis de le voir, tombe

parfois pendant son travail sans avoir présenté de phénomènes capables de prévoir cette chute brutale. Le coma urémique s'annonce, au contraire, par les petits signes du brightisme, la céphalée, les vomissements, les troubles oculaires, les vertiges, les bourdonnements d'oreille. Le malade entre progressivement dans la période comateuse, et celle-ci est caractérisée par une anurie plus ou moins marquée, par une albuminurie abondante; tantôt les modifications dans le rythme respiratoire apparaissent, la respiration de Cheyne-Stokes est rare dans le saturnisme.

L'albuminurie, l'anurie ne sont pas la règle dans l'intoxication par le plomb, l'anurie est même l'exception. La température, qui est abaissée dans le coma urémique, reste normale dans le coma saturnin, elle a plutôt une tendance à monter.

Le coma diabétique se révélera par l'odeur d'acétone dégagée par l'haleine, par la respiration suspirieuse, par une hypothermie très marquée et par l'existence d'acétone et d'une quantité considérable de glucose dans l'urine.

L'apoplexie cérébrale s'accompagne de paralysie des muscles de la face, de la déviation de la tête avec déviation conjuguée des yeux, par une résolution musculaire complète avec prédominance d'un côté du corps qui contraste avec les secousses musculaires de la forme comateuse de l'encéphalopathie saturnine.

La crise d'épilepsie vulgaire diffère peu en elle-même de celle de l'épilepsie saturnine, mais outre sa répétition à intervalles en général assez longs et l'existence d'une aura, elle se distingue encore de la forme convulsive de l'encéphalopathie en ce qu'elle ne laisse pas le malade dans un coma profond après sa terminaison, et qu'elle ne se répète pas immédiatement.

L'épilepsie jacksonienne symptomatique d'une tumeur cérébrale ou de la syphilis est localisée à une partie du corps et ne s'accompagne pas de la perte de connaissance.

On voit donc, en somme, si l'on tient compte de la remarque signalée plus haut et relative à la présence de ce que l'on pourrait appeler les petits signes du saturnisme, que le diagnostic de l'encéphalopathie saturnine est aisé. Une difficulté pourrait surgir dans le cas où des phénomènes cérébraux indépendants de l'intoxication plombique apparaîtraient chez des saturnins. Il faudrait alors essayer de les rattacher à leur véritable cause. Un épileptique se livrant à la manipulation des préparations plombiques a des crises d'épilepsie avant comme pendant qu'il s'expose à l'intoxication. Un saturnin peut devenir albuminurique ou diabétique et faire du coma urémique ou glycosurique; de même il peut contracter la syphilis et faire des accidents cérébraux dépendant de cette infection.

Dans ces différents exemples, le saturnisme n'est pas obligatoirement la cause des accidents; il doit être considéré, jusqu'à un certain point, comme cause adjuvante. Pour démêler la part respective qui revient au plomb et aux affections antérieures, il faudra considérer depuis combien de temps le malade excerce une profession qui l'expose à l'empoisonnement, voir si les symptômes primitifs se modifient sous l'influence de l'intoxication, en prenant un caractère de gravité qu'ils n'avaient pas auparavant. Le seul élément capable de trancher la difficulté serait la connaissance de la cause exacte de l'encéphalopathie saturnine; l'étude la pathogénie nous a montré notre ignorance à ce sujet.

X

Traitement. — Un grand nombre de substances ont été essayées dans le traitement de l'encéphalopathie saturnine. Elles ont toutes à leur actif des cas de guérison comme des insuccès flagrants, et on peut dire qu'il n'y en a aucune qui puisse être regardée comme le véritable spécifique de l'encéphalopathie saturnine. Tous les traitements proposés sont symptomatiques, aucun d'eux n'est causal, pour l'excellente raison que la pathogénie des accidents cérébraux du saturnisme est encore inconnue, l'anatomie pathologique ne nous ayant pas renseignés sur ce sujet.

Tanquerelle des Planches, après avoir essayé l'opium à haute dose, les révulsifs, la saignée, le sulfate de quinine, la valériane, des affusions froides, en arrive à conseiller, après de nombreux échecs par ces différents moyens, la méthode expectante. L'expérience, dit-il, est le plus grand des maîtres; les faits que nous avons rapportés sont assez concluants pour persuader à tout praticien que le meilleur mode de traitement à opposer à l'encéphalopathie saturnine est celui dont nous avons suivi les effets à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, c'est-à-dire la méthode expectante, dont la diète et les boissons délayantes font la base.

Les médecins n'ont pas tous accepté cette inaction et ont repris quelques-unes des substances déconseillées par Tanquerelle des Planches.

C'est ainsi que Labarraque a guéri un cas d'encéphalopathie saturnine, par des injections de morphine à haute dose.

Jaccoud, s'appuyant sur la formation d'une albuminate de plomb dans l'économie, recommande, à l'exemple de Melsens, de Natalis, de Guillot, l'iodure de potassium. Peu de temps après le début du traitement ioduré, on retrouverait dans l'urine du plomb éliminé.

Gubler préfère le bromure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes par jour. Il le considère comme le traitement curatif par excellence des accidents cérébraux.

Les résultats obtenus dans toutes les intoxications par le lavage du sang, ont fait préconiser cette méthode dans le traitement de l'encéphalopathie saturnine. Nous-même avons obtenu de bons effets par les injections de sérum artificiel, dans le traitement de la colique saturnine (Baude, Th. de Lille 1898).

Mais dans l'encéphalopathie saturnine, le lavage du sang donne des résultats bien inégaux. Il a échoué entre nos mains dans deux cas graves, et ces insuccès se sont répétés dans de nombreuses observations.

Néanmoins, la saignée abondante (4 à 500 grammes) et l'injection dans les veines de sérum artificiel, telle est la thérapeutique qui paraît la plus recommandable pour le moment.

Il est bon d'adjoindre à ce traitement des calmants, bromure de potassium, opium, sulfonal, lorsque les mouvements convulsifs ou le délire deviennent trop intenses.

Je dois signaler, sans avoir pu trouver la relation complète de l'observation, que Seegelken est signalé par Elschnig comme ayant obtenu de bons résultats dans le traitement de l'encéphalopathie saturnine par la ponction lombaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement médical des otites aiguës non suppurées.

D'après M. Mahu.

1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 p. 1000, aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas chiffon puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaude que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par trois ou quatre gouttes de la préparation suivante tiède au bain-marie :

Glycérine neutre stérilisée......	10 grammes.
Résorcine..............................	0g75
Chlorhydrate de cocaïne..........	0g10

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demi-cuillerée à café de

Huile d'amandes douces stérilisée............................	60 grammes.
Menthol................................	0g60

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendu à 0m50 au-dessus de la tête de l'enfant et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse, — le tout soigneusement bouilli, — avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les morts mystérieuses de l'histoire (2), par M. Cabanès.

« Il y a deux choses, a dit Alfred de Vigny, que l'on conteste aux rois : leur naissance et leur mort. On ne veut pas que l'une soit légitime ni l'autre naturelle. »

Dans l'ouvrage qui vient de paraître sous le titre de : *Les morts mystérieuses de l'histoire*, M. Cabanès s'attache précisément à démontrer que les rois, tout comme les simples bourgeois, meurent souvent dans leur lit et de maladies et d'infirmités vulgaires, que la science d'aujourd'hui arrive à reconnaître et à spécifier.

Grâce à la contribution nouvelle qu'apporte le savant à l'historien, on verra disparaître de nos classiques quantité d'erreurs et de légendes, qui sont, comme on l'a bien dit, le « chiendent de l'histoire ».

Par M. Cabanès vous apprendrez comment sont morts les souverains et princes de la maison de France « de Charlemagne à Louis XVII ». L'énigmatique et irritant problème de la mort du Dauphin est enfin abordé sérieusement et la solution proposée nous paraît cette fois définitive.

Au surplus, ce sont à chaque page des révélations neuves curieuses, imprévues, sur des sujets que l'on croyait bien connaître et qui n'avaient, jusqu'alors, jamais été envisagés à ce point de vue : le tout entremêlé d'anecdotes savoureuses, telles que sait les conter — avec l'humour et la discrétion qui en doublent le charme — l'auteur du *Cabinet secret de l'histoire*.

Les anciens chirurgiens et barbiers de Marseille (1), par M. Alezais.

L'histoire locale de la chirurgie à Marseille, on peut ajouter l'histoire des corporations en général est peu connue. Les documents qui sont contenus dans cette nouvelle publication sont puisés dans les registres de l'intendance, dans les « Insinuations » de la sénéchaussée et dans quelques autres fonds qui sont déposés aux archives départementales des Bouches-du-Rhône. Ces documents ne sauraient avoir la prétention de constituer l'histoire des anciens chirurgiens qui est condamnée à rester incomplète, puisque les registres de leur collège semblent avoir disparu d'une façon irréparable. Ils ne peuvent que lui apporter une contribution et mettent surtout en lumière l'organisation de la confrérie et le mode de réception des aspirants au XVIIe et au XVIIIe siècle. Les détails les plus circonstanciés que l'on expose sur la confrérie des barbiers-perruquiers dont les registres sont en partie conservés, permettent de suppléer à ces lacunes en suivant pas à pas la vie d'une communauté qui se rapprochait par bien des points de celle des chirurgiens.

Vaisseaux sanguins et lymphatiques avec le sang et la lymphe (2), par M. J.-A. Fort.

La sixième édition de l'*Anatomie descriptive* de M. J.-A. Fort continue à paraître par extraits. Le dernier, comme le précédent, se recommande par la grande simplicité. L'étude générale des artères, des veines et des lymphatiques, est faite avec soin ; des déductions physiologiques ou pathologiques viennent à propos montrer l'utilité des connaissances anatomiques ; nous ferons une mention particulière pour le chapitre consacré aux éléments figurés du sang et surtout aux leucocytes, dont l'auteur s'est occupé d'une façon toute spéciale, et à propos desquels il donne le résultat de ses observations.

La fascicule se termine par une étude succincte des microbes et de leur action sur le sang. L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le lundi 8 décembre 1901, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Les chirurgiens des hôpitaux restent en fonctions jusqu'au jour où ils atteignent l'âge de cinquante-cinq ans.

Le traitement annuel est fixé à 2000 francs.

Facultés de province. — *Lille.* — M. de Lapersonne, doyen de la Faculté, serait démissionnaire et remplacé par M. le professeur Combemale.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Baratier (de Jeugny) et Villar (de Bordeaux) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Une médaille d'argent est décernée à M. Nouveau, interne en médecine à Bône, pour le dévouement dont il a fait preuve au cours de diverses épidémies.

Marine. — Des concours pour quatre emplois de professeur et un emploi de prosecteur d'anatomie dans les écoles de mé-

(1) *Ann. de méd. et chir. infant.* — Cf. in *Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juin 1901.
(2) In-8°. 540 p. Prix : 6 francs. — Paris, Maloine.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°, 95 p., 72 fig. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

decine navale seront ouverts dans les ports de Rochefort et de Toulon aux dates ci-après :

1° *A Rochefort*, le 2 septembre 1901. — A. Concours pour l'emploi de professeur de physiologie, d'hygiène et de médecine légale à l'école principale du service de santé à Bordeaux. (Remplacement de M. Le Méhauté.)

B. Concours pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'école annexe de Rochefort. (Remplacement de M. Gorron.)

2° *A Toulon*, le 1er octobre 1901. — Concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Toulon. (Remplacement de M. Degroote.)

3° *A Toulon*, le 21 octobre 1901. — A. Concours pour l'emploi de professeur de bactériologie à l'école d'application des médecins stagiaires. (Remplacement de M. Laffont.)

B. Concours pour l'emploi de professeur d'histologie et de physiologie à l'école annexe de Toulon. (Remplacement de M. Girard.)

M. le médecin de première classe Barillet, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir à la défense mobile de Lorient, en remplacement de M. Deblenne.

— Le ministre de la Marine a fixé ainsi le nombre de places mises à la disposition du corps de santé de la marine dans le corps de santé de l'armée coloniale.

Médecin en chef de première classe, 4; Médecin en chef de deuxième classe, 8; Médecin principal, 55; Médecin de première classe, 90; Médecin de deuxième classe, 14.

Chacun des intéressés sera tenu de faire connaître son option dans les huit jours qui suivront la notification de la circulaire. Les ayants cause conserveront leur grade et leur ancienneté.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 23e semaine, 882 décès, chiffre très voisin de la moyenne ordinaire des semaines de juin (876).

La variole a pris une extension considérable. Elle a causé 24 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 145, chiffre qui dépasse de beaucoup ceux des précédentes semaines; un tiers des décès et plus d'un tiers des cas nouveaux ont été observés à Montmartre et La Villette. Ainsi, l'épidémie de variole, qui était si longtemps restée bénigne, devient menaçante. Les personnes qui se feront revacciner (quel que soit leur âge) se mettront complètement à l'abri de cette maladie.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (chiffre identique à la moyenne.

La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 29 décès (au lieu de 36 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 25). Presque tous ces décès (25) ont eu lieu dans les quartiers pauvres de la périphérie.

La scarlatine a causé 1 décès et la coqueluche 8 (la moyenne est 7).

La diphtérie, assez fréquente depuis quelques semaines, a causé 17 décès (au lieu de la moyenne 7), dont 13 dans les arrondissements pauvres de la périphérie. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 101.

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an (la moyenne des semaines de juin est 40).

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 125 décès, au lieu de 150 pendant la semaine précédente et au lieu de 119, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 14); pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 31); autres maladies de l'appareil respiratoire, 68 (au lieu de la moyenne 65), dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire et 39 à la broncho-pneumonie.

En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès, cette maladie continue donc, de même que pendant les trois semaines précédentes, à présenter des résultats moyens; la méningite tuberculeuse, 24 décès; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48 décès; les maladies organiques du cœur, 45; le cancer a fait périr 46 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 21; enfin, 18 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Congrès annuel des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française aura lieu du 7 au 12 août prochain, à Limoges, sous la présidence de M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les questions qui y feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° Neurologie. — Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les affections du névraxe. (Rapporteur : M. Crocq, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles.)

2° Pathologie mentale. — Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. (Rapporteur : M. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon.)

3° Administration. — Le personnel secondaire des asiles. (Rapporteur : M. Taguet, médecin de l'asile de la Maison-Blanche.)

Les rapports seront distribués le 1er juillet au plus tard. L'un d'eux a été déjà envoyé aux adhérents. Les autres sont sous presse et seront expédiés prochainement.

On est prié d'adresser les adhésions et la cotisation (20 francs), le plus tôt possible à M. le docteur Doursont, secrétaire général, à l'asile de Naugeat, Limoges.

Voyages d'études médicales aux stations minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. — Le voyage d'études médicales de 1901 aura lieu du 1er au 12 septembre inclus. Il comprendra les stations du Dauphiné et de la Savoie, visitées dans l'ordre suivant : Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Evian.

Le V. E. M. de 1901 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, et celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest — est placé sous la direction scientifique de M. le docteur Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Uriage.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Évian, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

D'Uriage à Évian, prix à forfait : 300 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, bateau, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1901.

Legs aux hospices civils de Lyon. — Mme Lucien Mangini vient de faire connaître aux hospices civils qu'elle lègue, après sa mort, son château des Halles, avec le domaine qui en dépend, lequel est d'un revenu annuel de 2350 francs. De plus, Mme Mangini lègue une somme de 300 000 francs espèces, destinés à l'entretien des bâtiments et pour payer les droits de mutation; la donatrice stipule, en outre, qu'une immense forêt qui enserre le château ne devra jamais être défrichée.

Cette donation a pour but de créer un hospice gratuit pour les jeunes filles, anémiques ou chlorotiques, de quinze à trente ans,

nées à Lyon ou dans les cantons de Saint-Laurent-de-Chamousset, Saint-Symphorien-sur-Coise et l'Arbresle. L'hospice — qui devra porter le nom de Mangini-Gensoul — pourra, en outre, recevoir des malades d'autres cantons, à titre de payants, mais au cas seulement où il y aura de la place.

— M. Ant.-Marie Rémond a légué par testament toute sa fortune, dépassant un million de francs, pour la création d'une nourricerie affectée aux enfants nés dans les maternités des hospices de Lyon.

— M. Vincent a légué par testament la somme de 10 000 francs aux hospices civils de Lyon pour être attribuée à l'hospice des vieillards de la Guillotière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Serrière, ancien maire de Foug, près Toul; Arthaud de Viry (de Noirétable); Paul Bourlet (de Mouvaux); Jubiot (de Marseille).

Asile de Villejuif. — *Laboratoire de psychologie expérimentale de l'École des Hautes-Études.* (Tramway Châtelet-Villejuif, départ à 1 h. 45.) — M. le docteur Colin, médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon, fera le samedi 22 juin, à trois heures, une conférence sur « les aliénés criminels ».

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions aux gorges du Tarn par le Bourbonnais.* — Les compagnies P.-L. M., Orléans et Midi, organisent, avec le concours de l'agence Desroches, plusieurs excursions aux gorges du Tarn aux dates ci-après : 15 et 29 juin, 20 juillet, 3, 17 et 31 août et 7 septembre 1901.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire choisi) : 1re classe, 250 ou 360 francs ; 2e classe, 225 ou 325 francs.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre. On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette compagnie, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de physiologie (le 2e fasc. vient de paraître), par F. Laulanié. Un vol. in-8°. — Prix de l'ouvrage complet pour les souscripteurs : 18 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

La cure pratique de la tuberculose, par le docteur P. Pujade (d'Amélie-les-Bains). Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Tableaux synoptiques de bactériologie médicale, par A. Dupont. Un vol. in-16. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N°. 69. — MARDI 18 JUIN 1901. 74e ANNÉE. MARDI 18 JUIN 1901. — N° 69.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN APRÈS LA RACHICOCAÏNISATION, par MM. P. RAVAUT et P. AUBOURG. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le hoquet dans la fièvre typhoïde et son traitement (M. A. BÖMCHIS); — Le traitement de la blennorragie par l'acide picrique (M. DE BRUN). — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 17 juin 1901.

On s'est enfin aperçu à la Faculté que les examens devenaient d'une grande faiblesse, par suite de l'extrême indulgence des jurys, et un peu plus de sévérité a paru se manifester dans le cours de l'année 1900. 8460 candidats ont subi des examens en 1899-1900, soit 658 de moins que l'année précédente.

En 1898-1899, sur 9118 épreuves il y avait eu 1591 ajournements. En 1899-1900, sur 8460 épreuves il y a eu 1724 ajournements, soit 658 épreuves en moins et 133 ajournements en plus.

La proportion moyenne est de 20 p. 100; dans le détail elle se répartit ainsi :

Ancien régime.

Examen	Partie	Épreuve	%
1er examen			50
2e examen	1re partie	Epreuve pratique	18,44
		Epreuve orale	46,34
	2e partie		22,35
3e examen	1re partie	Epreuve pratique	16,19
		Epreuve orale	30,95
	2e partie		20,25
4e examen			20,86
5e examen	1re partie	Ep. chirurgicale	18,81
		Ep. obstétricale	23,71
	2e partie		13,54
Thèse			0,46

Nouveau régime.

Examen	Partie	Épreuve	%
1er examen		pratique	12,21
		oral	27,25
2e examen			24,95
3e examen	1re partie	pratique	21,73
		oral	31,80
	2e partie	pratique	27,81
		oral	33,33
4e examen			12,82
5e examen	1re partie	chirurgicale	6,45
		obstétricale	3,44
	2e partie		10,34

Les chiffres n'ont, chacun le sait, en matière de statistique, qu'une valeur relative; et il serait imprudent de conclure de la valeur d'un examen par le pourcentage des ajournements. Toutefois un fait nous frappe, c'est que plus les examens sont importants, comme les examens cliniques, plus ils sont subis avec facilité. C'est ainsi qu'on voit 87 candidats reçus sur cent qui se présentent à la deuxième partie du 5e doctorat alors qu'il y a une proportion de 46 p. 100 et même de 50 p. 100 d'ajournements au premier et au deuxième examen. Or, la proportion devrait logiquement être renversée.

Les premiers examens sont présidés par des juges spécialisés, c'est-à-dire par des professeurs qui n'ont de docteur que le titre. Ce sont des anatomistes, des histologistes ou des physiologistes. Ils ont quelque dédain pour le côté pratique de leur science et leur application à la médecine usuelle.

Professeurs de science pure, et non médecins, on les voit s'indigner parce qu'un malheureux candidat ignore de combien « la fibre musculaire du hanneton l'emporte comme puissance contractile sur la fibre musculaire de l'homme ». Un autre s'étonne qu'un interne des hôpitaux ignore combien 1 gramme de graisse peut dégager de calories? Toutes ces questions sont sans aucun doute intéressantes; mais, comme valeur médicale, elles sont nulles. Or ces juges des sciences accessoires sont presque les seuls juges sévères.

Au moment des examens cliniques, toute sévérité a disparu, et cela tient autant à la bienveillance excessive du jury qu'à la façon dont est subi l'examen.

Comment, en effet, se passe un examen clinique de médecine et chirurgie? Dans un hôpital quelconque sont convoqués, pour une heure donnée, juges et candidats. Avant eux, sont arrivés les employés de la Faculté qui ont reçu, de l'on ne sait qui, une liste de malades susceptibles d'être examinés. Cette liste est communiquée aux juges, elle comprend en général le nombre strict de malades qui doivent être soumis aux candidats.

En général, ces malades sont des malades peu intéres-

sants, peu difficiles et presque toujours porteurs des mêmes affections. Ainsi, en chirurgie par exemple, les fistules à l'anus, les hernies inguinales, les tumeurs blanches forment le fonds commun et habituel de l'examen. Presque jamais le candidat ne pourra être interrogé sur une affection aiguë ou urgente. Car le membre fracturé est dans un appareil, la luxation a été réduite, la hernie étranglée a été opérée; ces cas ne pouvant attendre le jour et l'heure d'un examen. De même dans les conditions matérielles d'installation, il est difficile, sinon impossible, de faire faire le diagnostic d'une affection gynécologique. Avec les conditions d'asepsie nécessaires pour l'exploration des plaies, il serait criminel de faire examiner une plaie quelconque par un candidat qui ne sait peut-être pas, mais à coup sûr ne peut pas se rendre aseptique et disposer de ce qui est nécessaire pour ces explorations.

Or, cet examen, qui va conférer le diplôme,— car la Faculté reconnaît elle-même que la thèse est sans valeur, — ne peut porter sur aucune des choses essentielles à la profession. Le candidat peut ne pas savoir ce qu'est un speculum, ni la manière de s'en servir, ne pas connaître la façon de confectionner un appareil plâtré, de réduire une luxation de l'épaule, ou plus simplement de passer une sonde dans l'urètre, et malgré ces ignorances sur des points essentiels être reçu et même avec mention. Il sera reçu parce que, prévenu depuis huit jours de l'hôpital où il doit subir son examen, il n'aura pas quitté les salles de cet hôpital où chaque matin il suivra la visite et le service de consultation. Il connaîtra les malades qui lui auront été présentés par un bienveillant ami; rentré chez lui, il se documentera sur les deux ou trois cas qui pourront lui être présentés, et dont il connaît le diagnostic; c'est donc à coup sûr qu'il subira cet examen, devenu ridicule tellement il est faussé.

Ceci, la Faculté ne peut l'ignorer; elle sait positivement que les derniers examens, ceux-là qui sont de beaucoup les plus importants, sont truqués de telle façon qu'ils n'existent plus. Et cependant c'est le seul crible sérieux à travers lequel devraient passer uniquement les bons élèves, reconnus aptes à exercer la profession.

Tant que les examens cliniques seront subis de la même façon, ils seront nuls, et sans valeur, comme la thèse. Il y a des années et des années que le fait existe, qu'il est connu, on se demande ce qu'attend la Faculté pour y porter remède, et modifier de fond en comble le mode d'après lequel sont subis les examens cliniques.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

APRÈS LA RACHICOCAÏNISATION

Par MM. P. Ravaut et P. Aubourg.

La rachicocaïnisation provoque assez souvent de la céphalée, des troubles vertigineux, des vomissements; depuis que M. Guinard emploie cette méthode d'anesthésie dans son service, nous avons pu étudier et suivre l'évolution de ces accidents.

Pour essayer de diminuer l'intensité de la céphalée, nous avons pratiqué, quelques heures après l'opération, une nouvelle ponction lombaire, espérant ainsi débarrasser le malade d'une certaine quantité de cocaïne libre dans le liquide céphalo-rachidien (ce qu'ont montré les examens de M. Gosselin) et peut-être ensuite diminuer la tension du liquide qui pouvait être augmentée.

Cette seconde intervention nous a montré deux séries de faits d'ordre différent. Tout d'abord, il nous a semblé que la céphalée disparaissait ou diminuait après cette seconde ponction, et M. Guinard se propose de revenir sur ce sujet, à la Société de chirurgie.

En second lieu, nous avons remarqué que plus la céphalée était intense, plus le liquide sortait sous forte tension, et plus aussi il était trouble. (Cependant, lorsque le liquide céphalo-rachidien coule lentement, il ne faut pas toujours en déduire que sa tension est faible, car l'aiguille peut être obstruée, soit à son orifice dans le canal rachidien, soit sur son trajet, le trocart que l'on peut y introduire ne suffisant pas toujours à la déboucher complètement.) Dans des cas de céphalée très intense, nous avons pu retirer jusqu'à 20 centimètres cubes de liquide trouble, coulant en jet dans la plupart des cas; dans des cas de céphalée très légère, le liquide était clair, coulait goutte à goutte et nous n'en avons retiré qu'une très faible quantité.

L'examen histologique, pratiqué selon la méthode que nous avons déjà signalée avec MM. Widal et Sicard (1), nous a montré des polynucléaires d'autant plus abondants que le liquide était plus trouble, formant au fond du tube du centrifugeur ou du tube dans lequel le liquide reposait vingt-quatre heures, un véritable culot de pus. Quelquefois la réaction inflammatoire est assez intense pour déterminer la formation d'un coagulum fibrineux, lorsqu'on laisse reposer le liquide.

La quantité des éléments, que nous avons numérés, semble varier parallèlement à l'intensité de la céphalée; mais cependant dans presque tous les cas, même sans accidents il y a une très légère réaction polynucléaire, dans le liquide céphalo-rachidien. Sur 21 malades examinés quelques heures après l'anesthésie, une seule fois le liquide était absolument normal.

Si l'on suit, par la ponction lombaire, les malades qui ont présenté une réaction aussi intense, on constate qu'au bout de trois ou quatre jours le liquide est plus clair, les polynucléaires diminuent et sont remplacés par des lymphocytes et mononucléaires ; au bout de huit à vingt jours en moyenne, la réaction lymphocytique a disparu et le liquide est redevenu normal. Ces faits sont tout à fait superposables à ceux que l'on peut constater dans les infections méningées aiguës qui guérissent; au début la réaction polynucléaire est très intense, puis au fur et à mesure que l'affection évolue vers la guérison, les polynucléaires disparaissent et sont remplacés petit à petit par des lymphocytes ; enfin le liquide redevient normal (2).

Si l'on cherche la cause de cette réaction, l'on ne peut pas incriminer une infection possible, car toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, ni les cultures, ni les examens sur lame, ne nous ont révélé la présence d'éléments microbiens. Ce ne semble pas non plus l'eau distillée, dans laquelle est dissoute la cocaïne, car bien qu'il y ait des différences d'isotonie entre les 2 centimètres cubes de la solution injectée et le liquide céphalo-rachidien (Δ solution $= -$ 0°15; Δ liquide $= -$ 0°58 en moyenne), si l'on examine les points cryoscopiques du liquide céphalo-rachidien retiré au moment de l'opération et au moment de la seconde intervention, on ne constate qu'une différence

(1) Widal, Sicard et Ravaut. Soc. méd. des hôpit., 18 janvier 1901.

(2) Par contre, chez une malade que nous avons deux fois analgésiée par la méthode épidurale de Sicard, nous n'avons pas trouvé, dans le liquide céphalo-rachidien, trace de réaction inflammatoire.

de 0,01 à 0,02 de degré. Dans un cas, pour éliminer l'action de l'eau, l'on a réinjecté le liquide céphalo-rachidien, retiré avant l'anesthésie, après l'avoir mélangé à une solution très concentrée de cocaïne (2 gouttes représentaient 1 centigramme de cocaïne) et nous avons constaté une très légère réaction polynucléaire.

Reste enfin la cocaïne elle-même ; les premières anesthésies ont été faites avec de la cocaïne stérilisée à 125 degrés ; depuis, nous avons employé des solutions tyndallisées : toujours mêmes résultats.

La cocaïne semble donc cause de cette réaction et son action sur l'enveloppe arachnoïdo-pie-mérienne pourrait être comparée à celle d'une toxine, ce qui nous explique tous les phénomènes inflammatoires, exsudatifs et diapédétiques que nous avons constatés. Au point de vue clinique, la céphalée est la manifestation de ces modifications.

Ces recherches nous montrent, en outre, que ces réactions, très intenses quelquefois au début, variant avec la susceptibilité individuelle, diminuent très rapidement pour disparaître complètement ensuite, ce qui en atténue considérablement l'importance et ne justifie pas les craintes qu'elles auraient pu faire naître. La disparition rapide des éléments dans le liquide montre qu'il ne reste pas d'altération chronique des méninges ; or, nous avons déjà montré avec MM. Widal, Sicard, Monod, par l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien, dans les méningites aiguës, chroniques, dans le tabes, etc., combien cette réaction méningée était sensible et comment l'on pouvait ainsi en apprécier les moindres modifications.

Ces rachicocaïnisations, entreprises dans un but thérapeutique, auront eu l'intérêt de nous faire connaître le mode de réaction des méninges vis-à-vis de la cocaïne chez l'homme.

(*Travail du service de M. Guinard et du laboratoire de M. Widal, à la maison Dubois*, communiqué à la Soc. de biol., 15 juin 1901.)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(14 juin 1901)

Il semble qu'actuellement la **diphtérie** sévisse à Paris avec une exceptionnelle gravité, d'où le nombre des communications faites au sein de diverses sociétés savantes, sur cette infection et son traitement sérothérapique. MM. Barbier et Lobligeois insistent sur la gravité de la maladie ; ils montrent que les cas graves d'emblée y sont nombreux et que beaucoup de malades ne paraissent pas obéir au sérum comme on a l'habitude de l'observer. Tantôt les fausses membranes persistent, accompagnées de phénomènes généraux d'intoxication (forme prolongée); tantôt elles continuent à s'étendre, malgré le sérum, et les phénomènes généraux s'aggravent (forme récidivante) ; tantôt, après une guérison apparente, les fausses membranes reparaissent accompagnées de phénomènes d'intoxication (forme à rechute). « Dans tous ces cas, disent les auteurs, nous avons eu recours avec succès et toutes les fois que cela a été nécessaire, à des inoculations de sérum antidiphtérique, répétées aussi souvent que les indications le demandaient, de telle façon que certains enfants ont reçu, en quelques jours, des doses de sérum allant jusqu'à 80, 90 et même 140 centimètres cubes, sans que nous ayons jamais aucun accident. Il faudra donc, dans des cas semblables, s'éloigner de la maxime classique qui fixe la dose de sérum d'après l'âge de l'enfant, et lui substituer la méthode des inoculations à doses plus fortes et répétées aussi souvent que cela sera nécessaire. Cette méthode doit être appliquée également toutes les fois qu'il existe de la diphtérie trachéo-bronchique : sous cette influence on peut obtenir des guérisons dans une maladie regardée comme très grave. »

MM. F. Widal et L. Le Sourd font une communication sur **l'existence de la sensibilisatrice dans le sérum des typhiques.**

Les recherches de M. Bordet ont montré que les propriétés bactéricides ou cytolytiques d'un sérum spécifique étaient dues à l'action combinée de deux substances, l'*alexine* ou substance destructive, présente dans le sérum normal, pouvant être anéantie à la température de 56 degrés, et la *sensibilisatrice*, seule substance spécifique développée dans le sérum des vaccinés, résistant à la température de 56 degrés, et agissant en prédisposant le microbe ou la cellule à absorber l'alexine.

Pour démontrer l'existence d'une sensibilisatrice dans un sérum antimicrobien, M. Bordet a précisément utilisé la propriété qu'a cette substance de faire absorber l'alexine par le microbe qu'elle impressionne.

Si l'on mélange, par exemple, un sérum normal non chauffé à une émulsion de bacilles typhiques à l'isotonie et à du sérum de cobayes vaccinés, préalablement chauffé à 56 degrés, les bacilles ainsi sensibilisés absorbent l'alexine ou matière destructive qui disparaît du milieu. Si, à ce mélange ainsi préparé depuis cinq heures, on ajoute une certaine quantité de globules rouges sensibilisés par un sérum spécifique chauffé, lui aussi, à 56 degrés, l'hémolyse ne se produit pas, puisque l'alexine du sérum non chauffé qui aurait pu l'occasionner a été absorbée dans le premier mélange par les bacilles typhiques. Si, au contraire, ce premier mélange avait été confectionné avec un sérum non typhique, et, par conséquent, ne contenant pas de sensibilisatrice spécifique, l'alexine n'aurait pas été fixée par les bacilles non sensibilisés, et, laissée libre, elle serait venue hémolyser les globules rouges ajoutés.

MM. Bordet et Gengou ont constaté que le mélange confectionné avec le sérum de deux convalescents de fièvre typhoïde avait pu empêcher l'hémolyse. MM. F. Widal et L. Le Sourd ont recherché si le phénomène pouvait apparaître au cours et même au début de la maladie. Ils l'ont constaté chez dix typhiques en cours d'infection. Chez trois malades, ils l'ont trouvé au neuvième jour ; il ne leur a pas été donné jusqu'à présent de le rechercher chez des typhiques moins avancés dans la maladie.

Les recherches de contrôle qu'ils ont faites, avec le sérum de quatorze malades atteints de tuberculose, d'erysipèle, d'embarras gastrique, d'angine ou d'affection cardiaque, ne leur ont donné que des résultats négatifs.

MM. Méry et Touchard rapportent deux observations d'**albuminurie orthostatique concernant des enfants**. Ces faits se remarquent par la quantité très élevée d'albumine, excrétée à diverses reprises, et atteignant 3 grammes, 3gr50 et même 8 grammes, alors que généralement les quantités d'albumine constatées ne dépassent guère 25 à 50 centigrammes. L'examen cryoscopique, pratiqué à diverses reprises, a été généralement normal. Cependant, deux fois le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ a paru un peu élevé. Il faut rappeler, à propos de ces faits, que l'albuminurie orthostatique peut se rencontrer au cours d'une néphrite non douteuse.

MM. Marcel Labbé et Ferrand présentent une malade atteinte d'**adénolipomatose d'origine tuberculeuse à localisation exclusivement cervicale**. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, sujette, dans son enfance, aux bronchites, aux eczémas, aux blépharites. A l'âge de huit ans, le cou a commencé à grossir et aujourd'hui elle présente un collier adipeux semi-fluide, mal limité, dans lequel on sent rouler un certain nombre de ganglions petits et durs. Dans aucune autre région on ne trouve une trace d'adénite quelconque ni inguinale, ni axillaire, ni médiastinale, ni même à la nuque. Le sang présente une légère éosinophilie. La malade a donné une réaction positive typique à une injection de deux dixièmes de milligramme de tuberculine. Ce fait est remarquable par le début, par l'adénite cervicale tuberculeuse.

Il est rare que le **syndrome cérébelleux** s'observe d'une façon aussi nette que dans le cas rapporté par MM. Huchard et Bergouignan, dont voici le résumé clinique : une malade vient à l'hôpital se plaignant de céphalalgie occipitale intense, de vertige, de dérobement des jambes, d'entraînement vers la droite, de vomissements; elle peut à peine faire quelques pas, elle titube, se sent entraînée à droite et tombe. Pas de troubles oculo-moteurs, ni pupillaires, pas d'incoordination dans la station couchée. On trouve des altérations des sommets ; et l'on fait le diagnostic de tubercule du cervelet. Après deux mois de séjour à l'hôpital, la malade est prise de convulsions, tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie, on trouve des lésions de granulie viscérale et méningée, un ramollissement des sommets pulmonaires, des tubercules nombreux dans les lobes occipitaux du cerveau et au gros tubercule dans le lobe droit du cervelet.

A propos de ce fait, M. Merklen fait remarquer que la céphalalgie, au cas de tumeur cérébelleuse, a des caractères assez spéciaux pour parfois permettre le diagnostic : elle est occipitale, elle s'accentue au moment des efforts et s'accompagne d'un état d'asthénie très particulier.

MM. Faisans et Audistère présentent une **coque pleurale très épaissie** qui a, en certains points, une consistance cartilagineuse et, en certains points, une consistance osseuse. Le contenu était une émulsion trouble qui ne contenait aucun élément cellulaire. Il s'agissait certainement d'un vieil épanchement en dégénérescence graisseuse. D'après les commémoratifs, il semble que l'affection remonte à quarante ans, car à ce moment le malade a eu une pleurésie qui a été suivie d'une rétraction considérable de la paroi.

M. Guinon présente le cerveau d'un enfant de cinq semaines, syphilitique, et mort de **méningite à pneumocoque**.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(12 juin 1901)

A propos d'une présentation faite dans la dernière séance par M. Albarran, M. Legueu communique l'observation d'un malade qui était atteint d'une énorme tumeur de la région lombaire dont le diagnostic avait été confirmé par l'élimination de vésicules hydatiques par la vessie. Il s'agissait d'un énorme **kyste hydatique du rein** ; l'état général était mauvais; il n'y avait que 500 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures; il fallait donc intervenir, soit par la marsupialisation, soit, si c'était possible, par la méthode de Delbet. M. Legueu fit l'incision lombaire, ouvrit le kyste, vida 3 kilogrammes de liquide hydatique et put refermer la poche complètement sans drainage.

M. Walther, dans la dernière séance, a signalé un cas de **méningisme** consécutif à une rachicocaïnisation. Depuis, les accidents se sont amendés, la céphalalgie et la rachialgie ont disparu, les réflexes ont reparu ; en somme, cette malade se trouve maintenant guérie après avoir présenté des accidents pendant sept jours après l'injection.

M. Lejars apporte un nouveau cas de **fracture paramédiane du crâne**. Il s'agit, dans ce cas, d'une fracture de l'occipital descendant jusqu'au trou occipital. Ce blessé est mort d'une méningo-encéphalite par absence de pansement pendant quarante-huit heures.

M. Delanglade (de Marseille) fait une courte communication sur le **traitement d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius par la réduction sanglante**. Il a fait l'incision de Farabeuf, mis en contact les deux fragments osseux et fait une suture du périoste au catgut. Les suites furent des plus simples; immobilisation pendant quinze jours, massage et mobilisation précoces, guérison parfaite.

Suit une discussion intéressante sur l'**intervention chirurgicale dans les néphrites aiguës ou chroniques**. C'est M. Pousson (de Nantes) qui l'a soulevée. De même, dit-il, qu'on traite les cirrhoses du foie par la fistulisation de la vésicule biliaire, pourquoi ne traiterait-on pas les cirrhoses des reins par l'incision rénale? Ce n'est pas là, d'ailleurs, une simple vue de l'esprit et M. Pousson, avec d'autres et après d'autres, a poussé cette étude jusqu'à la réalisation dans la pratique. Les résultats qu'il a obtenus par la néphrectomie dans certains cas de pyélonéphrites aiguës, rebelles à tout traitement médical, ont été assez encourageants pour qu'il ait cru devoir porter la question devant la Société de chirurgie. C'est à la néphrotomie qu'il donne la préférence sur la néphrectomie dans ces cas. Peut-être y a-t-il là, en effet, un nouveau champ ouvert à l'insatiable envahissement de la chirurgie sur la médecine.

Celle-ci toutefois, dans l'espèce, ne mérite pas les sévérités un peu excessives de M. Legueu quand il nie toute efficacité au traitement médical dans les pyélonéphrites aiguës. Aussi croit-il, avec M. Pousson, que c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut recourir; mais M. Legueu diffère de son collègue de Nantes en ce qu'il condamne absolument, dans ces cas, la néphrostomie qui lui a donné des résultats déplorables et en ce qu'il lui préfère de beaucoup la néphrectomie.

M. Albarran, tout à la fois plus juste à l'égard du traitement médical et moins enthousiaste pour le traitement chirurgical, estime tout d'abord qu'il faut distinguer les cas de néphrites aiguës et les cas de néphrites chroniques. Dans les cas de néphrites aiguës, dit-il, on peut obtenir la guérison par le traitement médical. Si celui-ci échoue, il resterait à poser les indications bien formelles de l'intervention chirurgicale. Comment M. Pousson a-t-il été amené à intervenir ? Sont-ce les douleurs, les hématuries qui l'ont porté à agir? M. Albarran, en somme, se montre peu disposé à intervenir dans ces cas; d'abord les lésions sont souvent doubles ; en outre les tentatives qu'il a faites dans cet ordre d'idées ne lui ont pas donné des résultats bien satisfaisants.

Cependant les statistiques relevées par M. Pousson

donnent encore une certaine proportion de guérisons. Il a eu, quant à lui, par la néphrotomie 2 succès et 2 morts sur 4 cas. La néphrectomie lui a donné 2 insuccès. Aussi conserve-il sa préférence à la néphrotomie et persiste-t-il à croire que, dans certains cas, la chirurgie pourra se montrer efficace là où la médecine aura échoué.

M. Delorme présente un soldat qu'il a opéré, il y a trente-cinq jours, d'une **rupture du moyen abducteur** par les sutures à étages.

Il présente également un malade qu'il a opéré d'une **ostéomyélite typhique** de la dixième côte. On a trouvé le bacille d'Eberth dans le pus.

M. G. Marchant présente un nouveau succès de **résection du ganglion de Gasser** pour un cas de névralgie faciale rebelle.

M. Chaput a enlevé une apophyse styloïde du temporal et des ganglions cervicaux avec l'anesthésie par la **rachicocaïnisation**. Il a injecté dans un cas 4 centigrammes de cocaïne. Il a obtenu une parfaite anesthésie.

MM. Nélaton et Reclus considèrent comme trop élevée la dose de 4 centigrammes, d'autant plus, ajoute M. Guinard, qu'il faut compter avec les susceptibilités individuelles.

MÉDECINE PRATIQUE

Le hoquet dans la fièvre typhoïde et son traitement.

D'après M. A. Bömchis.

Au nombre des complications qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, le hoquet, passager, indépendant de toute propagation de l'infection au péritoine, peut souvent, par sa persistance, par les vomissements dont il s'accompagne, devenir une cause de préoccupation pour le médecin.

M. A. Bömchis (de Bucharest), dans son intéressante thèse (Paris, 1900), donne des détails sur le traitement de cette complication :

« Les divers moyens thérapeutiques préconisés pour suspendre les convulsions du hoquet typhoïdique, dit-il, se bornent presque tous à être symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne s'adressent pas à la cause première, à la maladie générale dont le hoquet semble être l'expression. C'est ainsi que l'on a tenté la plupart des moyens que l'on oppose journellement au hoquet vulgaire ; ceux-ci sont, on le sait, très variés, depuis ce moyen connu et populaire qui consiste à arrêter la respiration le plus longtemps possible ou à en modifier le rythme d'une manière quelconque, jusqu'aux ingestions de glace, de boissons glacées, de chloroforme, de chloral, de cocaïne ; jusqu'à la compression des nerfs phréniques et pneumogastriques, les pulvérisations d'éther et les applications de compresses chloroformées sur la région sternale. On a préconisé la révulsion par la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu ; on a utilisé le jaborandi, la pilocarpine et la digitale.

La valériane, le valérianate d'ammoniaque, les bromures, l'opium, la belladone, le sulfonal ont eu leurs succès, toujours dans le cas de hoquet ordinaire.

Gola nous cite un cas de hoquet chronique guéri à l'aide de l'acide sulfurique. Gamberini a employé l'acupuncture et le galvanisme avec succès.

Boyer employa la pression épigastrique, Rullier la cautérisation actuelle pratiquée à l'épigastre. Latour et Marage ont utilisé le chloroforme, Rose les pulvérisations d'éther sur l'épigastre et à la nuque.

Mais, il faut avant tout, quand on veut opposer une thérapeutique au hoquet, se rendre compte de la variété à laquelle on a affaire, hoquet idiopathique, ou, comme dans le cas qui nous occupe ici, hoquet symptomatique.

Le premier est ordinairement peu grave et cesse le plus souvent de lui-même ; une peur, une surprise, quelques gorgées d'eau froide, pure ou acidulée, une aspersion d'eau froide sur le visage, l'attention fortement fixée vers un autre objet, l'étonnement, etc., suffisent d'ordinaire. Si le mal se prolonge et tourmente excessivement les malades, on retirera de grands avantages des bains froids donnés par surprise. On pourra avec succès appliquer sur l'épigastre une vessie remplie de glace, ou en faire avaler des morceaux (Fabre).

Le hoquet symptomatique appelle, au contraire, un traitement étiologique, et, comme le dit Charles Eloy (*Dict.* de Jaccoud), accident contingent au cours d'affections fort diverses, sa médication doit être celle de ces états morbides.

Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, on a donné le naphtol, benzonaphtol, charbon, salol, acide salicylique, etc. Graves recommandait l'essence de térébenthine. Le calomel à la dose de 0gr60 par jour a été aussi employé ; le sulfate de quinine aurait une action sur l'hypertrophie de la rate. L'électrisation des nerfs phréniques soit par les courants galvaniques soit par les courants faradiques a eu aussi son heure de faveur.

Daureillan recommande la mixture suivante, à appliquer en compresse sur la région du cou :

Ether	} *ââ*	30 grammes.
Chloroforme		
Menthol	4	—

Mais le grand défaut de tous ces traitements est de ne pas s'adresser à la cause directe du hoquet, qui est, dans l'espèce, l'intoxication. L'indication première est incontestablement, ici, de favoriser l'élimination des toxines emmagasinées par l'organisme du typhique et concentrées en ce moment sur les centres nerveux. Or, la médication qui répond le mieux à ce desideratum est sans contredit *la balnéation*, les grands bains froids à 22 degrés prolongés pendant dix à douze minutes, suivant la technique couramment suivie aujourd'hui. En même temps, on fera absorber au malade des boissons abondantes ; si la faible quantité des urines, la sécheresse de la bouche le commandent, on fera des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Bref, on désintoxiquera le malade par tous les moyens à notre disposition, et l'on verra bientôt l'urination se rétablir, le calme revenir et le hoquet cesser. »

Le traitement de la blennorragie par l'acide picrique.

D'après M. de Brun.

La puissance de dessiccation de l'acide picrique dans les brûlures et dans les affections suintantes de la peau ; la rapidité avec laquelle se font, sous son influence, les régénérations épithéliales, ont donné à M. le professeur H. de Brun (de Beyrouth) l'idée d'employer ce médicament dans la blennorragie et dans quelques affections inflammatoires des muqueuses abordables aux topiques (conjonctive, muqueuse pituitaire).

Voici la manière dont M. de Brun décrit son procédé (*Rev. gén. de chir. et de thér.*, 15 juin 1901) dans la blennorragie :

« J'emploie en général, dit-il, une solution dont le titre varie de 1/200 à 1/100. La solution à 1/200 est souvent indolore ; celle à 1/100 peut causer des douleurs assez vives, jamais intolérables. Je fais faire avec de petites seringues en verre, aussi bien stérilisées que possible, d'une contenance de 5 à 6 centimètres cubes, de simples injections à méat fermé, je laisse pendant trois minutes le liquide en contact avec le canal. Les injections sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont peu douloureuses et une fois seulement quand le malade les supporte difficilement,

ce qui est fort rare. Le plus souvent, en quatre à cinq jours la guérison radicale est obtenue dans les blennorragies aiguës. J'ai obtenu des guérisons aussi rapides et définitives dans des blennorragies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs. Je n'ai pas besoin de dire que ces résultats ne sont obtenus qu'à la condition qu'il s'agisse d'une urétrite dans laquelle l'injection puisse atteindre le siège du mal. Dans l'urétrite postérieure il serait sans doute nécessaire de faire des instillations. Je n'ai pas eu jusqu'à présent l'occasion d'en faire avec les solutions que je préconise, et ne peux par conséquent donner à ce sujet aucun renseignement.

Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était l'écoulement, dès les premières injections, devient presque clair; il perd sa purulence et son opacité. Il faut ajouter qu'il devient quelquefois plus abondant, pour diminuer et disparaître parfois dès que les injections ont été suspendues.

L'effet du traitement sur les gonocoques est remarquable; ceux-ci, comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif. »

M. de Brun rapporte plusieurs observations qui sont absolument concluantes en faveur de cette méthode. Il cite également quelques rares cas où elle a été inefficace.

Etant donné qu'il n'y a rien d'absolu en thérapeutique, surtout en matière d'urétrite blennorragique, la méthode peut être considérée comme recommandable dans toutes les urétrites blennorragiques antérieures aiguës ou chroniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 JUIN 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

A une heure. — 1er (oral) : MM. Rémy, Reynier et Retterer; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Delbet; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Segond; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Pozzi, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Reclus, et Walther; — M. Méry, suppléant.

MARDI 25 JUIN, à une heure. — 1er (oral) : MM. Rémy, Thiéry et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Budin, Pozzi et Quénu; — (ancien régime) : MM. Berger, Richelot et Bonnaire; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Proust, Debove et Vaquez; — M. Thoinot, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Joffroy et Roger; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Thiroloix.

3e (officiat définitif), *Hôtel-Dieu* : MM. Raymond, Albarran et Wallich; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Campenon; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Charrin; — (2e série) : MM. Grancher, Troisier et Ménétrier; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 26 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

A une heure. — 1er (oral) : MM. Rémy, Reynier et Retterer.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Gaucher et Wurtz; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Pozzi, Reclus et Delbet; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 27 JUIN, à une heure. — 1er de sage-femme, 2e classe : MM. Gley, Wallich et Marfan.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Budin, Campenon et Thiéry; — MM. Le Dentu, Schwartz et Bonnaire; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Gilbert et Charrin; — (nouveau régime) : MM. Cornil, Achard et Ménétrier; — M. Weiss, suppléant.

VENDREDI 28 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

A une heure. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Delbet; — (2e série) : MM. Pozzi, Walther et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Lejars; — (2e série) : MM. Segond, Reynier et Legueu; — M. Widal, suppléant.

SAMEDI 29 JUIN, à une heure. — 1er : MM. Retterer, Thiéry et Langlois.

2e (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Campenon et Dupré.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Pozzi, Schwartz et Albarran; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Vaquez; — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Roger; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Richelot et Quénu; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Troisier et Marfan; — (2e série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Thiroloix; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Landouzy, professeur de thérapeutique, devient professeur de clinique médicale en remplacement de M. le professeur Jaccoud, retraité, et la clinique passe de la Pitié à Laënnec.

— Par arrêté, en date du 14 juin 1901, la chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Facultés de médecine. — *Lille.* — M. de Lapersonne n'a pas donné sa démission de doyen de la Faculté de Lille, ainsi que nous l'avions annoncé, sous toutes réserves, d'après les journaux politiques. Il a simplement donné sa démission de membre de la Commission des hospices.

Marine. — Par décision présidentielle du 14 juin 1901, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. le docteur Bérard, médecin de deuxième classe de la marine.

L'enseignement colonial. — La Faculté de médecine et l'Université de Bordeaux demandent au ministre de l'Instruction publique d'autoriser la création d'un diplôme de médecin colonial pour les docteurs qui veulent se perfectionner, se spécialiser pour ainsi dire dans l'étude de la pathologie exotique et de l'hygiène des pays chauds.

La durée de ces études supplémentaires serait de trois mois; tous les frais (inscriptions, travaux, examens) se limiteraient à 200 fr. Le programme comprendrait une série de travaux théoriques, de travaux pratiques et de leçons cliniques qui seraient faites par le personnel enseignant de la Faculté de médecine ou par toute personne compétente désireuse de collaborer à cette œuvre du plus haut intérêt.

L'hygiène des chemins de fer. — Le ministre des Travaux publics vient d'adresser aux Compagnies de chemins de fer une circulaire où il leur recommande de prendre dès maintenant,

dans les vagons, salles d'attente, etc., les mesures hygiéniques suivantes :

1° Enlever tous les tapis autres que ceux de linoléum, de caoutchouc ou autres substances susceptibles de lavage;

2° Interdire d'une manière absolue le balayage et le nettoyage à sec, aussi bien dans les voitures que dans les salles d'attente, salles de bagages, halles, etc.;

3° Enfin, en attendant leur remplacement par des étoffes susceptibles de lavage, recouvrir les dossiers et coussins de housses qui seront, à intervalles rapprochés, lessivées ou désinfectées à l'étuve.

Le ministre rappelle aussi que les personnes visiblement ou notoirement atteintes de maladies contagieuses, pourront être exclues des compartiments affectés au public; les compartiments dans lesquels elles auront pris place seront, dès l'arrivée, soumis à la désinfection.

Toutefois, cette mesure assez délicate ne pourra être appliquée qu'avec des ménagements tout particuliers.

A propos de la sequestrée de Poitiers. — La Société des sciences médicales de Poitiers, sur la proposition de M. Jablonski, médecin de la prison, qui fut appelé à donner ses soins à Mme Monnier, a émis le vœu suivant qui est la reproduction d'un article qui figure dans les rapports de MM. Th. Roussel, Bourneville, Lafont et Dubief sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838.

« Considérant que les aliénés ont droit, comme les autres citoyens, à la protection de l'Etat, d'autant plus que leur situation d'infériorité intellectuelle les livre sans défense à ceux qui, légalement, sont chargés de pourvoir à leurs besoins, tels que leurs parents, tuteurs, etc., les membres de la Société des sciences médicales de Poitiers prient le Sénat et la Chambre des députés de voter, dans le plus bref délai possible, une loi de protection obligeant les parents, tuteurs ou autres personnes qui ont en garde un individu atteint d'aliénation mentale, d'en aviser immédiatement l'autorité compétente (préfet ou procureur de la République), afin que cette autorité puisse exercer une surveillance permanente sur l'aliéné. A cet effet, il sera désigné, dans chaque canton, un médecin-inspecteur chargé de visiter, au moins une fois par mois, le malade en question, comme cela se pratique pour les enfants protégés placés chez des nourrices. Au cas où l'aliéné ne recevrait pas les soins que comporte son état, il serait transféré d'urgence, par ordre du médecin-inspecteur, dans un asile spécial. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ducel (de Montpellier); Goupil (de Rugles); Beaulavon (du Havre).

Formulaire de thérapeutique infantile et de posologie, par le docteur Fouineau. Introduction par le professeur Hutinel. Un vol. in-18 de 260 p. cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le traitement des plaies, par le docteur Alfred Gottschalk. Un vol. in-8°, 196 p. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 70. — JEUDI 20 JUIN 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 20 JUIN 1901. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SUR LA CURABILITÉ DES TICS, par MM. Henry Meige et H. Feindel. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE PRATIQUE. L'oxycyanure de mercure dans la thérapeutique urétro-vésicale (M. Genouville). — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Syphilis et infection pulmonaire ; — Érythème; empoisonnement aigu par le sublimé; — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère grave; — *Chirurgie :* Fracture du condyle interne du tibia décelée par la radiographie; — Kyste para-ovarique contenant 23 litres de liquide albumineux; — *Obstétrique :* Un cas d'avortement gémellaire; — *Psychiatrie* : L'alitement en aliénation mentale; — *Thérapeutique* : Nouveau procédé de détubation; — Influence des applications directes des courants de haute fréquence sur l'élément atrophique dans les affections diverses; — Effets du corset orthopédique dans la scoliose; — A propos de l'eau oxygénée; — Quelques mots sur le dormiol; — De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — FORMULAIRE. Émulsion d'huile de foie de morue. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SUR LA CURABILITÉ DES TICS

Par MM. Henry Meige et E. Feindel.

Les tics, dit-on, sont incurables. Cette fâcheuse réputation est-elle justifiée? Voilà ce que nous nous proposons d'examiner ici.

Pour envisager cette question, il est indispensable de donner d'abord une définition du tic.

Trousseau a donné des tics une description irréprochable. Il les considérait, à la vérité, comme des espèces de chorées partielles et il a réuni dans le même chapitre nosographique les chorées saltatoires, rotatoires, etc., ainsi que les crampes professionnelles. Les travaux de Charcot et de l'Ecole de la Salpêtrière ont établi depuis lors de légitimes divisions entre ces différentes affections convulsives.

La description du tic donnée par Trousseau n'en demeure pas moins d'une rigoureuse exactitude clinique :

« Le *tic non douloureux* (1) consiste en des contractions instantanées, rapides, généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant aussi en affecter d'autres, ceux du cou, du tronc et des membres. Il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de rencontrer des individus qui en sont affectés.

Chez l'un, c'est un *clignotement des paupières, un tiraillement convulsif de la joue, de l'aile du nez, de la commissure des lèvres*, qui donne au visage un air grimaçant; chez un autre, c'est un *hochement de tête, une contorsion brusque et passagère du cou se répétant à chaque instant;* chez un troisième, c'est un *soulèvement d'épaule*, une agitation convulsive des *muscles abdominaux* ou du *diaphragme;* c'est, en un mot, une variété infinie de mouvements bizarres qui échappent à toute description...

Ces tics sont en quelques cas accompagnés d'un *cri*, d'un éclat de voix plus ou moins bruyant, très caractéristique... Ce cri, ce jappement, cet éclat de voix, véritables *chorées laryngées ou diaphragmatiques*, peuvent constituer tout le tic... C'est encore une tendance singulière à répéter toujours le même mot, la même exclamation; et même l'individu profère à haute voix des mots qu'il voudrait bien retenir. »

(1) Trousseau. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1873, t. II, p. 267 et seq.

Cette description a l'avantage d'être applicable à toutes les formes, légères ou graves, limitées ou généralisées. Elle fait entrevoir toutes les modalités de l'affection, depuis le tic oculaire le plus simple, jusqu'à la maladie des tics convulsifs généralisés avec écholalie et coprolalie, décrite par Gilles de la Tourette.

Car les tics peuvent affecter les aspects plus divers; ce polymorphisme est une de leurs particularités. Le clignotement des yeux est un tic, le hochement répété de la tête en est un autre; il y a des tics du bras, des tics du pied; il y a des tics de grattage; des tics de la marche; même des tics du langage.

Cependant ces caractères de brusquerie, d'inopportunité et de variabilité dans les manifestations motrices des tics sont insuffisants pour les différencier des autres contractions spasmodiques. Il est nécessaire de considérer dans le tic deux éléments : l'un est le phénomène convulsif, quelle que soit sa forme et sa localisation; l'autre est un état mental particulier sans lequel il ne saurait exister de tiqueur.

Itard l'avait déjà remarqué. Dans le mémoire qu'il publia en 1825 *Sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix*, il dit explicitement à propos d'un cas désormais célèbre de maladie des tics : « L'influence de la maladie sur l'*état du moral* est encore plus sensiblement marquée, et l'on observe ici une *grande mobilité dans les idées* et une *légèreté d'esprit et de caractère* qui n'ap-

partiennent qu'à l'extrême jeunesse et qui résistent aux révolutions de l'âge. »

Gilles de la Tourette, sans se prononcer sur la nature de l'affection, a laissé pourtant entrevoir que l'on pourrait, « en s'aidant des ressources de la psychologie, essayer d'interpréter quelques symptômes, » et il renvoie à ce propos ou livre de Ribot *Sur les maladies de la volonté*.

Charcot a insisté davantage sur l'importance d'un facteur psychique dans la genèse des tics.

« Le tic, a-t-il dit, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence, c'est par un côté une *maladie psychique*..... il y a des tics dans la pensée comme dans le corps (1). »

M. Brissaud a précisé encore plus : « Le tic est un acte automatique coordonné et par conséquent d'origine corticale... un acte dans lequel la volonté intervient ou peut intervenir (2)... Mais les tiqueurs dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion sont par malheur de ceux chez lesquels la volonté est des plus débile, des cérébraux, des faibles (3). »

Revenant sur cet état mental, Charcot avait encore dit du tic qu'il était un « produit direct de la vésanie... une sorte de vésanie héréditaire » (4).

Avant lui, Trousseau avait d'ailleurs rapporté des exemples d'hérédité similaire (une mère et ses trois filles) ; il avait noté aussi l'importance de l'hérédité névropathique, quelle qu'elle soit (deux frères atteints de tics de la face et dont les ascendants comptaient plusieurs aliénés, un suicidé et un tabétique).

Mais en dehors de l'hérédité, similaire ou non, ce qui est décisif pour le diagnostic c'est, comme l'a dit M. Brissaud, « un état mental spécial, des bizarreries, de l'excentrité, bref une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration (5). »

De là la nécessité d'envisager d'une part la manifestation motrice, d'autre part l'état mental du tiqueur. Le problème de la curabilité des tics se ramène donc aux deux questions suivantes :

1° Peut-on agir sur la manifestation convulsive ? 2° Peut-on agir sur l'état mental du tiqueur ?

A la première question, nous répondrons nettement par l'affirmative.

Trousseau admettait déjà la possibilité defaire disparaître les accidents convulsifs ou tout au moins d'en modifier la forme. Gilles de la Tourette, Charcot, Letulle, G. Guinon reconnaissent également l'atténuation possible des phénomènes moteurs. Des faits en nombre croissant signalés pendant ces dernières années, prouvent à n'en pas douter, qu'une thérapeutique appropriée est capable de corriger, de supprimer même le geste intempestif.

En est-il de même de l'état mental des tiqueurs ? Peut-on prévoir le succès d'un traitement, quel qu'il soit, s'adressant non pas à des symptômes physiques définis, mais à des troubles psychopathiques qui relèvent le plus souvent d'une prédisposition héréditaire et dont le polymorphisme est toujours déconcertant ? Tel procédé psychothérapique capable de produire d'heureux effets dans un cas déterminé se montrera complètement inefficace chez un autre sujet.

Le terme même de *déséquilibré*, appliqué avec raison à l'état mental des tiqueurs, implique l'idée d'une variabilité dans les anomalies des fonctions psychiques qui rend bien difficile l'application d'un traitement prémédité.

On atténuera, on corrigera même certaines de ces anomalies, et ce seul résultat est loin d'être négligeable.

Mais modifiera-t-on cet état mental au point d'effacer toute trace de ses défectuosités natives ? Pour le présent il serait téméraire de l'affirmer.

Il en est des psychopathies comme des dystrophies corporelles d'origine congénitale. Contre elles nos ressources thérapeutiques se bornent à des procédés de correction plus ou moins heureux selon les cas. On redresse un pied bot, on dissimule un bec de lièvre ; pareillement on peut discipliner un impulsif, faire disparaître une obsession. Mais la tare congénitale, physique ou psychique, ne s'efface jamais. Elle subsiste en dépit des artifices employés pour la rendre invisible.

Aussi ne saurait-on prétendre à la cure radicale de l'état mental des tiqueurs.

Cette réserve faite, il faut s'empresser d'ajouter que les procédés généraux de psychothérapie appliqués aux tics produisent d'excellents résultats. L'expérience a démontré que, chez les jeunes sujets surtout, on était en droit de fonder de légitimes espérances sur l'application d'une sage discipline psychique. Il ne faut jamais négliger d'y recourir.

En dehors des indications générales qui s'adressent à toutes les variétés de psychopathie, il existe des procédés de traitement dirigés spécialement contre l'état mental des tiqueurs. Or, ce sont précisément les mêmes moyens qui tendent à corriger les manifestations motrices intempestives et qui y parviennent très souvent. Les bénéfices qu'on en obtient dans le domaine physique ont toujours un heureux retentissement sur l'état mental. Aussi les méthodes thérapeutiques qui tendent à faire disparaître le symptôme convulsif sont-elles doublement efficaces. Elle répondent aux deux questions posées précédemment en agissant à la fois sur la manifestation motrice et sur l'état mental du tiqueur.

Mais il faut préciser encore. Où commence le tic ? Où s'arrête-t-il ?

G. Guinon établit une démarcation formelle entre le tic convulsif décrit par Gilles de la Tourette et le *tic coordonné* de Letulle ; pour lui, dans cette dernière forme, les mouvements convulsifs ne sont en somme que de mauvaises habitudes dont on peut se défaire pour peu qu'on veuille bien y prêter attention.

C'est peutt-être trop resteindre le cadre de la maladie des tics convulsifs que de l'appliquer seulement aux cas « caractérisés par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie ». Entre le tic le plus simple et le tic le plus compliqué, le plus accompagné d'écholalie, de coprolalie, d'obsessions, etc., existent tous les intermédiaires. Bien plus, le même sujet peut, au début, ne présenter qu'un tic insignifiant en apparence, une simple grimace des yeux ou du nez, qui, peu à peu, s'étend à la bouche, se complique de mouvements de la tête, de l'épaule, du bras, de la jambe, et aussi de cris bizarres, de paroles malséantes, des obsessions les plus variées.

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 124.

(2) Brissaud. Tics et spasmes classiques de la face. Leçon faite à la Salpêtrière le 8 décembre 1893, publiée par H. Meige et H. Vivier, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 janvier 1894. — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1re série, 1895, p. 512.

(3) Brissaud. *Ibid.*, p. 513.

(4) Charcot. *Leçons du mardi*, 1887-88, pp. 60 et 124.

(5) Brissaud. *Id.*, p. 511.

Les tics ont une tendance notoire à la propagation. Et si l'on veut distinguer de *petits tics* et de *grands tics* d'après la plus ou moins grande extension des manifestations motrices, on s'expose à classer le même tiqueur, à quelques jours d'intervalle, tantôt dans une catégorie, tantôt dans une autre.

On pourrait à la vérité, en se basant sur les causes prédisposantes qui influent de façon si puissante sur la genèse et le développement des tics, établir entre les tiqueurs des distinctions selon leur état mental. Ici encore les démarcations sont bien délicates :

Existe-t-il des tiqueurs exempts de toute tare psychique? La pathogénie même du tic contredit cette hypothèse. Un déséquilibre cérébral, si léger soit-il, est indispensable pour expliquer la transformation d'un geste primitivement volontaire en un acte irrésistible.

Ce déséquilibre peut être passager; alors le geste est éphémère; un simple effort de volonté suffit parfois à le faire cesser. Chacun sait qu'on peut se débarrasser d'une mauvaise habitude motrice.

Mordiller ses lèvres, ronger ses ongles, sont des gestes familiers dont on prend aisément l'habitude et qu'on répète parfois machinalement plus que de raison, quand l'attention est occupée ailleurs. Sont-ce des tics? Non, si la volonté spontanée peut les corriger sans effort. Oui, si la volonté est trop débile ou trop capricieuse pour faire elle-même cette œuvre de répression.

Et, d'autre part, faut-il qualifier de tics les mouvements automatiques qu'on observe chez les individus situés au degré le plus bas de l'échelle mentale, chez les idiots et les arriérés? Cette catégorie de malades ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Mais, sans rien préjuger sur l'origine et la nature des mouvements convulsifs qui se produisent chez les idiots ou les arriérés, on doit enregistrer les heureux effets obtenus chez ces derniers par les méthodes de rééducation physique et mentale. Les travaux de Bourneville, ceux de Jules Voisin, de Sollier, etc., sont à cet égard aussi encourageants qu'instructifs.

Ici, nous n'avons en vue que les tics banals, vulgaires, ceux qui, comme on dit, « courent les rues, » ces « attitudes bizarres, ces gestes singuliers », en un mot, les tics tels que les a décrits Trousseau, ceux dont chacun peut faire la remarque et dont le diagnostic est assuré dès qu'on a fait connaissance avec l'état mental du tiqueur; nous le reconnaissons volontiers, il existe en pratique de grands et de petits tiqueurs, c'est-à-dire des sujets chez lesquels le tic n'a qu'une tendance modérée à la propagation, et d'autres qui semblent aptes à « tiquer de partout » — avec d'ailleurs tous les intermédiaires. Chez les premiers, on peut le présager, le traitement aura plus de chances de succès que chez les seconds. On le concevra aisément si l'on se rappelle le rôle que joue le déséquilibré psychique dans la genèse des tics. Plus le trouble mental est accentué, plus violente est la tendance au tic, plus difficile aussi est la correction des accidents.

Voyons maintenant comment la curabilité des tics a été envisagée suivant les méthodes thérapeutiques usitées tour à tour.

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes* (1), qui date de 1821, on trouve une définition des tics, de forme peut-être surannée, mais qui donne de la maladie une bonne idée générale, et qui, en outre, permet d'entrevoir les conséquences des traitements:

« Le plus habituellement on désigne sous le nom de *tic* des habitudes contre nature dans le mouvement des parties, des attitudes bizarres, des gestes singuliers, une manière vicieuse de parler, etc., etc., dont la rectification exige souvent beaucoup de soins, et demande une persévérance qui ne suffit pas même toujours pour obtenir la guérison. »

Notons ici déjà ce mot de « rectification » employé à propos de la thérapeutique. Trousseau en précise à la signification:

« Lorsque, par un traitement et par une sorte de *gymnastique appliquée* aux muscles qui en sont le siége, on est parvenu à faire cesser un tic, c'est pour le voir reparaître bientôt ailleurs; celui qui l'avait à la face, par exemple, s'en débarrassant, mais en le prenant dans le bras, dans la jambe. »

Ainsi, selon Trousseau, si l'on parvient à chasser un tic, un second apparaîtra bientôt pour céder plus tard la place à un troisième, et ainsi de suite.

Les observations ultérieures ont plusieurs fois confirmé l'exactitude de cette remarque. Mais la règle n'est pas absolue, certains tics peuvent être guéris, sans récidiver sous la même forme ni sous toute autre.

Gilles de la Tourette (1), en décrivant la maladie des tics convulsifs accompagnés d'écholalie et de coprolalie, s'est montré très pessimiste.

« L'individu qu'elle atteint, dit-il, n'est pas menacé dans son existence; il mourra dans un âge avancé s'il ne contracte pas d'autres affections; mais en revanche il a bien des chances pour conserver celle-ci toute sa vie... Le traitement de cette singulière affection, ou tout ou moins son traitement radical, est encore à instituer. » Seuls, l'isolement combiné avec l'hydrothérapie, l'électrisation et les reconstituants peuvent amener des périodes de rémission. « Mais ce ne sont là que des adjuvants; peut-être peuvent-ils retarder l'évolution de la maladie, surtout lorsque les malades sont traités de bonne heure. »

En 1887, Georges Guinon écrivit l'article TIC CONVULSIF dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Dans les dix lignes qu'il consacre au traitement à la fin d'un article de 30 pages : « Nous serons bref, dit-il, sur ce chapitre... Comme pour toute manifestation morbide dont on ne peut supprimer la cause première, le médecin est malheureusement impuissant devant cette affection. Pendant les grandes exacerbations on pourra essayer tous les sédatifs du système nerveux... Le seul traitement que l'on puisse conseiller, non pas avec chance de succès, mais avec la presque certitude d'une amélioration, *dans les cas graves*, ou dans les périodes d'exacerbation suraiguë, c'est l'*hydrothérapie* combinée avec l'*isolement*... »

Charcot (2) n'est guère plus encourageant :

« On ne saurait dire qu'on guérisse jamais; mais on peut compter sur des temps d'arrêt, souvent fort longs, sur des atermoiements, soit spontanés, soit provoqués par une thérapeutique appropriée. L'hydrothérapie, la gymnastique

(1) Le *Dictionnaire en 30 volumes* (1844) ne décrit pas le *tic non douloureux*; au mot TIC il renvoie à l'article NÉVRALGIE DE LA FACE.

(1) GILLES DE LA TOURETTE. Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie, *Arch. de neurol.*, 1885.

(2) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1888-1889, p. 469.

rationnelle, l'isolement peuvent être signalés entre autres parmi les moyens capables en pareils cas de rendre des services. »

Ainsi, d'une façon générale, Trousseau, Charcot et ses élèves se sont montrés très réservés au sujet de la curabilité des tics.

Il importe de remarquer que les cas que Gilles de la Tourette, G. Guinon et Charcot avaient surtout en vue étaient parmi les formes les plus graves, et en particulier la maladie des tics convulsifs généralisés avec écholalie et coprolalie. Ces formes, il faut le reconnaître, sont généralement rebelles.

Les sujets qui en sont atteints présentent au plus haut point ce déséquilibre psychique, cette débilité et cette versatilité de la volonté, cette tendance irrésistible aux impulsions et aux obsessions, qui rendent si difficile l'institution d'un traitement méthodique. Contre eux, la patience et la persévérance pourraient peut-être triompher ; mais jamais les malades ne consentent à s'astreindre pendant un délai suffisant à la discipline qui leur serait indispensable.

Heureusement, ces formes graves sont l'exception. La grande majorité des tiqueurs est certainement plus accessible aux procédés de traitement usités aujourd'hui, et les résultats obtenus permettent d'envisager la curabilité des tics sous un jour plus favorable.

D'ailleurs, en 1883 déjà, Letulle affirmait que la plupart des tics coordonnés, et même les plus tenaces d'entre eux, pouvaient se corriger, s'atténuer, même cesser complètement.

Tous les médicaments usités d'une façon générale contre les affections nerveuses ou mentales ont été employés à la guérison des tics.

Tous sont insuffisants ; quelques-uns sont simplement inutiles ; d'autres peuvent même, par leur abus, devenir dangereux.

Les sédatifs et les hypnotiques, bromure, chloral, opiacés, produisent parfois une dépression passagère, mais ne sauraient modifier de façon durable un état mental qui est la clef même des accidents.

Les stimulants (kola, coca, caféine etc.,) sont nettement contre-indiqués.

L'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, peuvent rendre des services à titre d'adjuvants.

Le repos au lit et l'isolement sont des mesures rigoureuses auxquelles il faudra cependant recourir dans les cas particulièrement rebelles et quand l'état mental du sujet rendra impossible l'application d'une discipline méthodique prolongée.

Est-il besoin de faire ressortir l'inutilité, sans parler des dangers, de l'*intervention chirurgicale?* Elle n'est d'ailleurs applicable et n'a été appliquée qu'à un petit nombre de tics. M. Brissaud (1) a bien fait ressortir son inopportunité dans le *torticolis mental.*

La *suggestion hypnotique* a donné dans certains cas des résultats appréciables : mais elle n'est réellement possible que chez les hystériques, et l'hystérie ne se rencontre que chez un très petit nombre de tiqueurs. Nous signalerons cependant pour mémoire : un rire continuel datant de quatre mois guéri par deux séances de suggestion hypnotique, un cas de hoquets traités par le massage pendant le sommeil hypnotique ; des mouvements spasmodiques des jambes guéris en une séance. Ces cas appartiennent à Raymond et Janet (1).

(1) Brissaud. Contre le traitement chirurgical du torticolis mental, *Revue neurol.*, 30 janvier 1897. — Popoff. Torticolis psychique, *Moniteur neurol. russe*, 1899, analysé in *Revue neurol.*, 1900, p. 292.

La suggestion à l'état de veille a été appliquée avec succès par les mêmes auteurs, notamment dans un cas de torticolis mental ; la menace d'une opération chirurgicale a guéri un tic simulant la chorée (2).

On peut faire à la suggestion à l'état de veille le même reproche qu'à la suggestion hypnotique. Elle n'est pas applicable dans tous les cas.

Toutefois, en tant qu'adjuvant, et sous forme de suggestion indirecte, les encouragements, la constatation complaisante des progrès, les reproches, les réprimandes, les punitions même appliquées à propos, constituent un complément presque indispensable du traitement rééducateur qui convient à tous les tics. Ces interventions suggestives viennent alors à leur place, et si naturellement qu'il est presque superflu d'en faire une prescription spéciale.

Nous voici arrivés aux traitements qui ont pour but de corriger directement les phénomènes moteurs.

C'est Trousseau, qui, le premier, a prescrit la *gymnastique ordonnée.*

« Elle consiste, disait-il, à exécuter avec les muscles affectés de la convulsion des *mouvements commandés*, et à les exécuter *d'une façon régulière*, en *suivant une mesure* que donne, par exemple, le mouvement d'un métronome ou le balancier d'une horloge. »

Cette prescription de Trousseau fait entrevoir le principe même de toutes les méthodes de correction et de rééducation employées depuis quelques années, et souvent avec succès, contre les tics.

Des *mouvements commandés aux muscles atteints par le tic, exécutés de façon régulière, en suivant une mesure*, voilà ce qui est capital dans le conseil donné par Trousseau. Dans toutes les gymnastiques appliquées aux tiqueurs se retrouve la répétition méthodique et au commandement de mouvements qui doivent être régulièrement et lentement exécutés.

Ce n'est, d'ailleurs, que l'application à un cas particulier de la méthode générale de rééducation motrice qui a pris en thérapeutique nerveuse une place si importante.

Contre les tics son emploi s'imposait, car elle s'adresse directement à la manifestation motrice intempestive qu'elle s'efforce de corriger.

Agit-elle aussi de façon favorable sur l'*état mental* du tiqueur? Assurément, et tous ceux qui ont fait exécuter des exercices de ce genre poursuivaient ce but en même temps que la correction d'un geste malencontreux.

« C'est affaire au médecin, dit Letulle (art. Tic du *Dictionnaire Jaccoud*), d'indiquer la gymnastique spéciale nécessaire, de maintenir le moral et de soutenir le courage et les efforts du patient. »

Les uns ont surtout cherché à éduquer l'*attention* du malade de façon à lui donner l'habitude de surveiller et de corriger lui-même son tic.

Dans deux tics du pied, Raymond et Janet ont surtout insisté sur l'*attention* que leurs malades devaient porter aux

(1) Raymond et Janet, *Névroses et idées fixes*, vol. II.
(2) Raymond et Janet. Loc. cit.

mouvements commandés (1). Cette discipline de l'attention ne doit jamais être négligée.

Dans d'autres cas, on a songé à juguler le tic en accoutumant le sujet à faire agir les muscles antagonistes dont la contraction devait avoir pour effet d'arrêter le geste imminent. Pour un tic de grattage, Hartenberg a fait répéter des exercices de flexion et d'extension du bras, dans le but de rendre plus vive l'image du mouvement antagoniste du tic (2).

Peut-être, en pareil cas, faudrait-il redouter que le geste antagoniste ne devienne prépondérant. On s'exposerait alors à ne supprimer un tic que pour le remplacer par un autre.

Mais ce que nous voulons retenir de ces exemples, ce sont les efforts tentés pour agir simultanément sur le phénomène moteur et sur l'état mental du sujet.

Ce double objectif fut précisément celui de M. Brissaud, lorsqu'il préconisa, à propos du torticolis mental, une méthode de traitement (3) qui, depuis lors, a été exposée en détail (4) et généralisée à toutes les variétés de tics (5).

Les « mouvements commandés, réguliers, exécutés en mesure » s'y retrouvent suivant la prescription de Trousseau. Mais, en outre, le malade est soumis à des *séances d'immobilité* dont le but est de le réhabituer à se tenir en repos pendant un temps progressivement croissant.

L'*immobilisation* a pour effet visible de supprimer le geste intempestif. Mais comme elle ne peut s'obtenir sans le concours d'un acte cérébral du tiqueur, elle agit en même temps sur son attention et sur sa volonté. Le malade ne peut s'astreindre à rester en repos qu'en faisant un effort *volontaire;* la répétition méthodique de ces efforts constitue une véritable *discipline mentale.* Ne voit-on pas qu'en somme il s'agit là d'une éducation spéciale de la volonté, de *la volonté de rester immobile?*

Les faits ont démontré depuis déjà longtemps qu'il n'était pas impossible, surtout chez les jeunes sujets, de consolider une volonté débile, d'équilibrer une volonté instable, de discipliner une volonté versatile et impulsive.

L'*éducation* — ce mot étant compris dans son sens le plus général — ne poursuit pas d'autre but; mais tandis qu'elle l'atteint aisément chez l'enfant normal, chez les tiqueurs, petits ou grands, elle est insuffisante pour corriger les imperfections de leur volonté, si elle se borne à employer les procédés les plus usuels. De la même façon qu'aux anomalies corporelles, il faut opposer aux anomalies mentales que l'on retrouve chez tous les tiqueurs, une sorte d'orthopédie variable selon les cas (6).

La méthode de Brissaud répond à cette indication.

La *rééducation de l'immobilité*, qui joue un rôle de premier ordre dans cette méthode, n'expose-t-elle pas le tiqueur, entraîné par l'habitude, à substituer au geste convulsif une attitude de fixité sur laquelle aura été attirée son attention? Cette éventualité n'est guère à craindre; cependant une fois nous avons pu la redouter; si bien que, étant donné la tendance notoire des tics à se substituer les uns aux autres, on aurait pu songer à l'apparition d'une variante tout à fait imprévue, à un *tic d'immobilité*, pourrait-on dire, s'il n'était pas plus que téméraire d'accoupler ces deux mots.

D'ailleurs, l'association d'exercices méthodiques aux séances d'immobilité est une précaution suffisante contre cet inconvénient exceptionnel. La combinaison des deux procédés est utile à tous égards; ils s'entr'aident mutuellement et leurs heureux effets répondent à la double indication thérapeutique formulée précédemment : car ils agissent à la fois sur les *manifestations motrices* et sur l'*état mental* des tiqueurs.

(1) Raymond et Janet. Note sur deux tics du pied, *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1899, n° 5.

(2) Hartenberg. Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse, *Revue de psychol. clin. et thérap.*, janvier 1899, p. 17.

(3) Voy. Thèse de Bompaire, 1894.

(4) Feindel. Le torticolis mental et son traitement, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 6.

(5) Meige et Feindel. Le traitement des tics par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation, *Presse médicale*, 16 mars 1901.

(6) M. Pitres a guéri un malade atteint de tics convulsifs généralisés accompagnés de spasmes expiratoires bruyants, par la gymnastique respiratoire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 fév. 1901.)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(18 juin 1901)

M. Laborde résume en quelques mots une conférence qu'il a faite sur l'**empoisonnement par le plomb**, principalement considéré chez les peintres en bâtiments à la suite de l'emploi du blanc de céruse. Cette conférence a été faite sous la présidence de M. Brouardel, elle a été suivie d'expérimentations sur les animaux et de présentation de malades. Contrairement à ce qui arrive d'habitude en pareil cas, le combat livré par M. Laborde dans cette circonstance a eu une heureuse issue. Voilà plus d'un siècle que tous les hygiénistes de tous les temps et de tous les régimes luttent sans succès contre ce mode d'empoisonnement industriel. Enfin, grâce surtout à MM. Brouardel et Laborde, grâce aussi au bon vouloir, dans la circonstance, des pouvoirs publics, la question de la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse est entrée dans une phase de réalisation. Un arrêté ministériel défend maintenant l'emploi du blanc de céruse dans les travaux de l'Etat.

C'est là un louable résultat.

M. Lancereaux rend compte des recherches qu'il a entreprises sur l'**action thérapeutique de l'ovo-lécithine.**

Il rappelle que des travaux très intéressants ont été publiés sur ce sujet par Danilewsky, Serone, Desgrez, Gilbert et Fournier.

Ces travaux ont montré que la lécithine d'œuf possède une action marquée sur les phénomènes nerveux qui président à la nutrition générale. C'est en se plaçant à ce point de vue que M. Lancereaux a eu l'idée d'appliquer la médication par l'ovo-lécithine à diverses maladies où la dénutrition est particulièrement considérable et grave.

M. Lancereaux lit les observations prises par lui et concernant deux malades atteints de diabète pancréatique, arrivés à une phase avancée de leur affection et dépérissant journellement malgré tous les efforts pour les en empêcher. Sous l'influence de l'ovo-lécithine qui leur fut alors administrée à forte dose (50 centigrammes par jour), non seulement leur amaigrissement a cessé, mais ils ont augmenté rapidement de poids. Leur état général s'est ainsi trouvé considérablement amélioré.

M. Lancereaux dit que, dans tous les cas où il a employé l'ovo-lécithine chez des malades atteints d'affections diverses s'accompagnant de dénutrition, les résultats ont toujours été les mêmes : à savoir, reprise des forces et augmentation du poids du corps.

Un jeune homme de dix-huit ans, atteint de tuberculose osseuse avec dégénérescence amyloïde des reins et albuminurie abondante, prend de l'ovo-lécithine pendant quinze jours, à la dose de 30 centigrammes par jour, et son poids augmente de 3 kilogrammes.

A un enfant de dix ans, extrêmement maigre et dénourri, toussant et ayant tous les soirs des accès de fièvre (tuberculose commençante), nous faisons prendre de l'ovo-licithine (20 centigrammes) pendant un mois, son poids augmente de 2 kilogrammes et son état général s'améliore d'une façon notable.

A une petite fille de huit ans atteinte de broncho-pneumonie et dans un état d'amaigrissement considérable, nous donnons de l'ovo-lécithine à la dose de 20 centigrammes pendant un mois. L'état général s'améliore et l'enfant engraisse de 2 kilogrammes.

M. Robin fait quelques réserves au sujet de l'emploi de cet aliment qui a, selon lui, l'inconvénient d'augmenter la quantité d'acide urique excrétée. M. Lancereaux dirigera ses recherches de ce côté.

M. de Wlaef présente une malade atteinte d'un **cancer du sein** qui semble très amélioré a la suite du traitement par son sérum.

M. Jacquet, en son nom et au nom de M. Portes, lit une note sur les **troubles urinaires constatés dans la pelade**.

Ces troubles sont les suivants : polyurie, hyperchlorurie, hypophosphaturie et hyposulfaturie.

Les auteurs ont procédé à des analyses du sang de deux malades atteints de pelade, portant sur deux saignées de 200 grammes. La quantité de chlorure de sodium y est diminuée d'une façon notable. Cette constatation, jointe à celle de l'hyperchlorurie, montre que l'organisme des peladiques est le siège d'une déchloruration notable. L'expérience a montré, du reste, l'action bienfaisante des injections chlorurées-sodiques dans cette maladie.

Aussi MM. Jacquet et Portes concluent en ces termes :

« Plus que jamais, nous croyons en conséquence à l'inanité de la pelade infectieuse, contagieuse et épidémique. Plus que jamais la pelade nous apparaît comme la traduction superficielle d'une viciation nutritive profonde de l'organisme. »

L'Académie a nommé deux correspondants étrangers : MM. Tichomirow (de Moscou), et Schaër (de Strasbourg) puis elle s'est réunie en comité secret à quatre heures.

Dans son comité secret, l'Académie a arrêté ainsi qu'il suit les listes de présentation pour les candidats à la place vacante de membre titulaire, au titre d'associé national et de correspondant national :

Membre titulaire : En première ligne, M. Troisier; en deuxième ligne, M. Chauffard; en troisième ligne, M. Marie; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Ballet, Brissaud et Gaucher.

Associé national : En première ligne, M. Galtier (de Lyon), en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Puech (de Lyon) et Signol (de Villiers).

Correspondant national : En première ligne, M. Livon (de Marseille); en deuxième ligne, M. Motais (d'Angers); en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Gilis (de Montpellier), Mireur et Périn (de Marseille), Tourneux (de Toulouse).

MÉDECINE PRATIQUE

L'oxycyanure de mercure dans la thérapeutique urétro-vésicale,

D'après M. Genouville (1).

Représenté, il y a peu d'années encore, comme un sel très toxique, instable et dangereux à manier, l'oxycyanure est en train de conquérir une place importante en chirurgie, place due à son pouvoir antiseptique considérable, à sa toxicité relativement faible, à ses propriétés non irritantes. On l'utilise aujourd'hui pour l'immersion des instruments métalliques, pour la désinfection des mains, pour le nettoyage et le pansement des plaies. En chirurgie spéciale, on l'emploie en ophtalmologie et en urologie depuis les recherches d'Albarran, de Nogués, d'Escat et d'Enaud. M. Genouville, dès octobre 1899, a remplacé systématiquement le permanganate de potasse par l'oxycyanure dans les cas d'urétrite aiguë.

Dans l'*urétrite blennorragique aiguë* au début, le permanganate de potasse donne d'excellents résultats, il n'y a aucune raison de lui préférer l'oxycyanure. Ce n'est que dans certains cas exceptionnels, lorsque le permanganate est douloureux ou mal supporté, lorsqu'il échoue, que l'on est autorisé à employer l'oxycyanure. C'est ainsi que dans cinq cas où le traitement fut commencé dans les deux premiers jours et dans lesquels le permanganate de potasse n'avait pas fait disparaître les gonocoques, M. Genouville eut recours à l'oxycyanure et obtint, après un certain nombre de lavages, une guérison complète dans quatre cas.

A la période d'état, période essentiellement défavorable au traitement, les résultats sont parfois moins favorables. A la période de déclin, au contraire, l'oxycyanure réussit souvent : 8 fois sur 9 dans une série observée par l'auteur. De l'examen d'une quarantaine de cas, M. Genouville conclut que l'oxycyanure et le permanganate sont à peu près d'égale valeur thérapeutique. Si le permanganate paraît encore l'agent thérapeutique de choix dans le traitement de l'urétrite blennorragique au début, on peut regarder l'oxycyanure comme nettement indiqué, soit d'emblée, soit après un court essai au permanganate, si ce dernier sel est mal supporté par un malade dont l'urètre est trop sensible, s'il existe une prostatite concomitante nécessitant le toucher rectal, ou si seulement le nombre des lavages au permanganate a dépassé 15 à 20 sans succès. En somme, ses indications résultent non pas des contre-indications du permanganate (le mot serait trop fort), mais des cas où le permanganate est moins bien supporté et détermine un peu de réaction douloureuse ou irritante. L'oxycyanure présente en effet sur le permanganate l'avantage de n'être pas irritant, de ne déterminer aucune douleur au niveau de la vessie et du canal.

Dans les *urétrites non gonococciques*, l'oxycyanure est beaucoup moins efficace. Il est classique de soigner ces écoulements par le nitrate ou le sublimé, et la méthode classique mérite ici d'être conservée. Mais si l'oxycyanure est sans effet, il est du moins sans inconvénient et procure souvent même de légères améliorations : il en résulte qu'en cas de doute on peut l'employer avant tout examen bactériologique et qu'en présence d'un écoulement suspect, si l'examen microscopique ne peut être pratiqué faute de temps, il n'y a aucun inconvénient à faire d'emblée chez le malade un lavage à l'oxycyanure faible. Si l'examen révèle des gonocoques, on aura ainsi pratiqué un premier lavage utile. S'il n'y a pas de gonocoques, le lavage est sans utilité, mais aussi sans inconvénient : le nitrate d'argent reste l'agent thérapeutique de choix dans ces cas.

Chez les *rétrécis* non infectés, dont les urines sont limpides et à peu près dénuées de filaments, l'oxycyanure est pré-

(1) *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, avril 1901.

férable à l'eau boriquée, antiseptique insuffisant, parce que son emploi réalise une antisepsie réelle. Il y a là une indication très nette, et, toutes les fois que le nitrate ne sera pas nécessaire, l'oxycyanure suffira largement. Chez les rétrécis infectés, il faut au contraire préférer de beaucoup le nitrate à l'oxycyanure.

L'oxycyanure est-il à recommander en *lavages vésicaux*? Bien que M. Genouville n'ait pas fréquemment employé ainsi l'oxycyanure, il pense que l'oxycyanure ne doit être préféré au nitrate qu'exceptionnellement, dans les seuls cas où ce dernier détermine des douleurs trop vives. Encore est-il à craindre que, comme chez les rétrécis infectés, qui sont autant des vésicaux que des urétraux, on n'obtienne pas d'amélioration sensible.

Les doses auxquelles il faut employer l'oxycyanure varient entre 1/1000 et 1/6000. Les solutions fortes paraissent favorables dans les urétrites, surtout dans les urétrites à gonocoques. Chez les rétrécis, il faut au contraire user de doses faibles, les doses fortes congestionnant la muqueuse urétrale et produisant, par suite, des résultats défavorables à la dilatation. Pour les urétrites non gonococciques, les doses à employer sont à peu près les mêmes que pour l'écoulement à gonocoques, quoique peut-être un peu moins fortes. Quant aux lavages vésicaux, il convient de les faire avec du nitrate et non de l'oxycyanure : une vessie infectée réclame du nitrate d'argent et l'on peut ici rapprocher l'échec de l'oxycyanure de celui du permanganate dans les mêmes cas.

En résumé, l'oxycyanure donne de bons résultats dans les urétrites à gonocoques, en particulier dans les écoulements anciens ou chroniques, dans les cas compliqués de cystite légère, de prostatite, et, en général, dans les cas où le permanganate est irritant. Jusqu'à plus ample informé, il faut, pour le traitement abortif, préférer le permanganate. Dans tous les autres cas, l'oxycyanure est au moins égal au permanganate en efficacité et supérieur au point de vue de la facilité avec laquelle il est toléré. Sans être le spécifique du gonocoque, il rend de précieux services dans les urétrites gonococciques. Dans les urétrites non gonococciques, l'efficacité de l'oxycyanure est faible. Il en est de même chez les rétrécis infectés. Chez les rétrécis non infectés, au contraire, il est préférable à l'eau boriquée, étant beaucoup plus antiseptique sans être plus irritant ni douloureux. Dans les cystites ce sel est bien toléré, mais presque inactif, sauf dans la cystite blennorragique. En somme, l'oxycyanure mérite d'être employé beaucoup plus qu'il ne l'a été jusqu'ici dans la thérapeutique urétrale, et spécialement les urétrites gonococciques. L. B.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Syphilis et infection pulmonaire (A. Brousse). — On sait que la syphilis par elle-même peut donner lieu surtout dans sa période tertiaire à des localisations sur l'appareil pulmonaire.

D'autre part, la syphilis créant dans l'organisme un état de déchéance, le rend apte à contracter d'autres infections à détermination pulmonaire : en particulier l'infection tuberculeuse, puis les infections liées, soit au pneumocoque, soit au streptocoque.

M. Brousse a eu l'occasion d'observer un cas de syphilis maligne précoce, compliquée de broncho-pneumonie chronique, dont la véritable nature n'a pu être élucidée qu'après observation prolongée.

Il s'agit d'un homme syphilitique depuis deux ans, présentant, dès le début de sa maladie, la forme de syphilis maligne précoce caractérisée par l'apparition, dès le début de la période secondaire, d'accidents graves du côté de la peau. A la suite d'une fluxion de poitrine, aux lésions cutanées est venue se surajouter une broncho-pneumonie chronique, qui a mis le malade dans un état cachectique voisin de la phtisie confirmée.

L'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch, mais la présence de *streptocoques* en grande quantité.

On pouvait à ce moment hésiter entre deux hypothèses :

Ou bien broncho-pneumonie chronique, d'origne syphilitique;

Ou bien broncho-pneumonie par exception hétérogène surajoutée à la syphilis.

Sous l'influence du traitement spécifique, le malade a guéri de ses accidents cutanés; l'état général s'est amélioré, mais les lésions broncho-pulmonaires ont persisté sans changement.

Il faut donc admettre que ces lésions avaient une autre origine que la syphilis, sans doute une *infection streptococcique*, ainsi qu'en témoignent les examens bactériologiques. (*Montpellier méd.*, 1900, t. XI, p. 683.) L. I.

Érythème. Empoisonnement aigu par le sublimé. — M. P. Krause relate l'observation d'un garçon de pharmacie âgé de vingt-trois ans, qui absorba une potion contenant 2 grammes de sublimé. Malgré l'absorption de cette dose considérable, l'individu survécut, par suite sans doute des vomissements dont il fut pris presque aussitôt.

Cet homme présenta cependant tous les symptômes graves de l'empoisonnement aigu par le sublimé : stomatite avec parotidite purulente secondaire, gastrite grave avec vomissements de sang, entérite et colite graves avec selles muco-sanguinolentes, néphrite grave, prostration et perte générale des forces. Tous ces symptômes disparurent sans laisser de trace.

Entre temps, était survenu un exanthème ponctué très rouge sur les mains, les bras et la poitrine, étendu plus tard au corps entier; cette éruption rappelait par sa couleur, sa forme et sa durée, l'exanthème cholérique. Aussi, Krause se demande si un certain nombre des éruptions cutanées décrites comme exanthèmes cholériques ne seraient pas le fait de l'administration du calomel que plusieurs médecins employaient à de fortes doses pendant la dernière épidémie de choléra à Hambourg. (*Deutsch med. Wochenschrift*, 1901, n° 8. C. R. in *Centralbl. f. I. med.*, 1901, n° 19, p. 381.) P. V.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère grave. — MM. Bosc et G. Rauzier rapportent l'observation d'un sujet qui est atteint brutalement, en pleine santé, d'un ictère grave en apparence primitif.

A l'autopsie, on trouve, à côté de lésions inflammatoires et dégénératives dues à l'infection colibacillaire actuelle, des altérations déjà anciennes du foie et des reins; ces altérations sont d'origine syphilitique.

Il s'agit donc d'un ictère grave secondaire à une syphilis hépatique latente, ou même d'un ictère d'origine catarrhale et colibacillaire, aggravé par des lésions syphilitiques du foie et des reins.

Cette observation vient à l'appui de la théorie de Hanot, en montrant le rôle que jouent les propathies dans la genèse de l'ictère grave dit primitif. (*Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 769.) L. I.

CHIRURGIE

Fracture du condyle interne du tibia décelée par la radiographie (H. Bertin-Sans et E. Jeanbrau). — Les fractures unicondyliennes du tibia sont très rares, puisque Heydenreich, dans sa thèse de 1877, n'a pu réunir que quatre cas de fractures de l'extrémité supérieure des os de la jambe; un seul de ces cas se rapportait au condyle interne.

L'observation rapportée par MM. Jeanbrau et Bertin-Sans est donc déjà des plus intéressantes, mais elle l'est d'autant plus que, sans l'examen radiographique, la fracture aurait

passé inaperçue, vu la symptomatologie paradoxale présentée par le malade, symptomatologie qui déroutait absolument l'examen clinique.

En effet, le malade avait reçu sur la partie supéro-externe du mollet un coup de pied de cheval; dix jours après l'accident le genou examiné est augmenté de volume, déformé, immobilisé par action réflexe : il n'y a ni point douloureux à la pression, ni crépitation, ni mobilité anormale. La radiographie décèle des lésions complexes, consistant dans une fracture du condyle interne du tibia, avec subluxation du genou en dehors et fissures épiphyso-diaphysaires.

Ce cas, exemple de lésions rarement observées, n'aurait pu être reconnu et étudié avec précision sans l'aide de la radiographie. (*Montpellier méd.*, 1900, t. XI, p. 624.) L. I.

Kyste para-ovarique contenant 23 litres de liquide albumineux. — MM. Jeanbrau et J. Moitessier ont eu l'occasion d'observer un kyste para-ovarique, opéré par le professeur Forgue. L'intérêt de cette observation réside dans les deux particularités suivantes : tout d'abord l'énorme volume du kyste, qui contenait 23 litres de liquide, et avait quitté le pelvis pour se développer dans l'abdomen comme un kyste de l'ovaire. Ce kyste est un des plus volumineux que l'on ait pu observer, puisqu'on ne connaît qu'un seul cas (Bleckwenn) où le kyste contenait 25 litres de liquide.

La deuxième particularité, c'est la présence dans le liquide de matières albuminoïdes — 4gr58 d'albumine et de globuline par litre; on sait qu'à part quelques exceptions, il est admis que le liquide des kystes wolfiens est non seulement dépourvu de métalbumine, mais encore de substances albuminoïdes coagulables par la chaleur. (*Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 545.) L. I.

OBSTÉTRIQUE

Un cas d'avortement gémellaire (Puech). — Les avortements gémellaires sont rares; mais, en outre de cette rareté, l'observation rapportée par M. Puech offre un intérêt encore plus grand, de ce fait que, dans ce cas particulier, il y eut d'abord expulsion du premier fœtus, suivi de la sortie de son placenta. Quelques heures après expulsion du deuxième fœtus, presque immédiatement suivie de la sortie du deuxième placenta et des membranes. Un des fœtus ayant été expulsé avec son placenta, ne convenait-il pas, étant donné que l'autre œuf était intact, que le jumeau resté dans l'utérus était vivant, qu'aucun danger ne menaçait la vie de la mère, ne convenait-il pas d'arrêter le travail? M. Puech n'a pas cru devoir rien tenter pour enrayer la marche du travail, et n'a pas hésité à favoriser l'expulsion du second jumeau, en rompant la poche des eaux, car l'espoir de voir continuer la grossesse et le deuxième jumeau arriver à terme avait bien peu de chance de se réaliser.

Il s'agissait, en effet, d'une grossesse arrivée au cinquième mois, le col était dilaté comme une paume de main, et surtout l'œuf restant était le siège d'une hydropisie considérable de l'amnios.

On sait aussi que l'avortement multiple est considéré comme d'un pronostic plus sévère que l'avortement simple. Dans le cas présent, il n'y a pas eu le moindre accident. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 24 février 1900; *Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 305.) L. I.

PSYCHIATRIE

L'alitement en aliénation mentale. — MM. Mairet et Ardin-Delteil ont entrepris des recherches sur l'alitement dans l'aliénation mentale. Ils ont soumis à l'alitement 90 malades pouvant être répartis en deux groupes. L'un, comprenant les aliénés dont la maladie était déjà ancienne, l'autre les malades atteints récemment.

Pendant toute la durée de l'alitement, les malades étaient soumis au même traitement que s'ils avaient été levés.

Le résultat de ces recherches est que :

I. Dans la folie ancienne, l'alitement comparé au lever n'a aucun effet utile ni sur la marche de la maladie, ni sur le délire, ni sur l'agitation ou la dépression.

II. Dans les folies récentes :

1° L'alitement est loin de pouvoir être considéré comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas.

2° La plupart du temps, il est inutile, ou produit divers troubles physiques ou psychiques qui obligent à faire lever les malades.

3° L'alitement, dans certains cas, paraît utile en ce sens qu'il diminuerait la durée de la maladie; plus particulièrement dans la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuses.

4° L'alitement ne diminue pas le nombre des décès. (*Montpellier médical*, 1900, t. XI, p. 449.) L. I.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau procédé de détubation. — M. Collet fait, devant la Société des sciences médicales de Lyon, la démonstration d'un nouveau procédé de détubation. Il consiste à remplacer l'extracteur par un petit électro-aimant, très maniable, à armature laryngée, dont on pousse l'extrémité dans le pharynx, dans la direction du larynx. En arrivant au contact du tube, on sent l'instrument immobilisé et il suffit de le retirer pour ramener le tube avec. Ce procédé de détubation ne nécessite pas le contrôle de l'index gauche et n'exige par conséquent aucun apprentissage. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 5 juin 1901.)

Influence des applications directes des courants de haute fréquence sur l'élément atrophique dans des affections diverses. — Pour M. Denoyès, les courants de haute fréquence, en applications directes, paraissent exercer une action trophique énergique sur les muscles. L'auteur a en effet observé divers malades traités par les courants de haute fréquence pour différentes affections (arthropathie bacillaire, amyotrophie, polynévrite, rhumatisme fibreux, arthrite gonococcique. Tous ces malades présentaient de l'atrophie (diminution considérable des masses musculaires et dépression sensible des forces). Chez certains l'examen électrique avait en outre révélé des signes de dégénérescence.

Après un nombre de séances variables, l'auteur a constaté, que le périmètre du membre atteint et la force musculaire avaient augmenté; et que pour les malades dont l'examen électrique avait été fait : — l'excitabilité faradique était redevenue normale ou tout au moins avait augmenté; — certaines modifications qualitatives telles que la lenteur des secousses ou l'inversion notées dans certains cas, avaient disparu. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, *Montpellier médical*, 1900, t. XI, p. 25.) L. I.

Effets du corset orthopédique dans la scoliose. — M. A. Hüssy, se basant sur de nombreux documents, s'efforce de démontrer que, sous l'influence du corset orthopédique, la déviation des côtes s'accentue.

En effet, dans la scoliose, la colonne vertébrale est toujours incurvée; cherche-t-on à rectifier sa courbure défectueuse par un corset, il faut exercer sur le thorax une pression qui déforme la paroi costale.

La question se pose de savoir si l'avantage du redressement de la colonne vertébrale compense ces inconvénients du corset? (*Zeitschrift für orthop. chirurgie*, Bd. VIII, Hft. 2; C. R. in *Centralbl. f. chir.*, 1901, n° 15, p. 403.) P. V.

A propos de l'eau oxygénée (M. Delore). — M. Poncet a récemment fait connaître un procédé de Mikulicz pour faciliter l'ablation du tamponnement intra-abdominal; c'est de

l'imbiber avec de l'eau oxygénée (voir *Gaz des hôpit.*, 1901, n° 56).

A ce sujet M. Delore vient de rappeler à la Société des sciences médicales de Lyon que M. Cotton a fait une véritable découverte. Les globules du sang de l'homme décomposent cette eau avec une puissance triple que le sang du bœuf et décuple que celui du mouton. C'est donc un moyen précieux pour déceler les taches de sang humain, en médecine légale.

Les globules sanguins étant rapidement décomposés, peut-être est-il imprudent d'employer à forte dose cet agent dans la cavité abdominale, où il peut déterminer la nécrose des tissus. Il y a encore un accident à redouter, c'est l'imbibition des hématies des gros troncs vasculaires et consécutivement l'introduction de l'oxygène dans les veines. Cet accident a été signalé en Allemagne.

Il faut donc employer l'eau oxygénée avec réserve. La préparation usitée en chirurgie est à 12 volumes, proportion acceptable. Le chimiste peut l'obtenir à 250 volumes; à cette dose elle produit l'effet d'une brûlure et il faut l'étendre d'eau.

Encore une précaution, c'est de la débarrasser de l'acide sulfurique qui accompagne l'eau oxygénée non purifiée.

[On peut consulter d'ailleurs utilement à ce sujet l'article de M. Chanoz paru dans la *Gazette des hôpitaux*, 1901, n° 61.] (*Lyon méd.*, 16 juin 1901.) L. G.

Quelques mots sur le dormiol. — MM. le professeur Combemale et Camus (de Lille) ont voulu, après Fuchs et Koch, après Meltzer, Schulze, Pollitz, Peters et Claus, se faire une opinion sur le diméthyl-éthyl-carbinol-chloral ou dormiol. Ils ont expérimenté sur les malades du service de clinique médicale à la Faculté de Lille ce médicament, sous la forme de capsules de 0g50 centigrammes qui sont facilement acceptées par les malades.

Leurs observations montrent nettement que « dans les cas où n'entre pas l'élément douleur et où ne se rencontre pas un élément psychique avec agitation considérable, le dormiol agit bien sur l'insomnie ». Dans les cas « où l'élément douleur intervient sévère ou faible pour entretenir l'insomnie, si l'on peut atténuer d'autre part cet élément douleur, le dormiol donnera de bons résultats ».

En somme, le dormiol mérite d'être placé à côté du chloral et du sulfonal.

A la dose de deux capsules par jour il donne de bons résultats. Cependant, chez les nerveux, Münk préconise la solution qui permet de donner des doses moins fortes. Chez les cardiaques et les asthmatiques une seule capsule de 0g50 centigrammes a procuré le sommeil. Dans les cas d'entéralgie, cet auteur a obtenu une diminution de la douleur et enfin chez un typhique il a vu la température s'abaisser de 0°6 à 0°8 environ à la suite de la prise du médicament. F. R.

De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — M. Verneuil (de Bruxelles), au cours de la discussion sur la rachicocaïnisation à la Société belge de chirurgie, a été amené à faire des comparaisons entre les autres procédés d'anesthésie générale et il vient de donner d'intéressants détails sur l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Comme M. Polosson (de Lyon), il a utilisé le chlorure d'éthyle très pur qu'on trouve dans le commerce sous le nom de *kélène*.

On l'administre au moyen d'un masque particulier, qui peut s'appliquer exactement sur le visage, isolant à la fois la bouche et les narines, se rapprochant de celui dont on se sert pour les inhalations de protoxyde d'azote. Le bord du masque est recouvert d'un coussinet en caoutchouc gonflé d'air. L'appareil est pourvu, à sa partie supérieure, de deux soupapes très sensibles; sur l'une d'elles, on adapte le récipient contenant le tampon imbibé de chlorure d'éthyle, l'autre sert à la sortie de l'air expiré. M. Verneuil insiste à l'endroit du masque, parce qu'il est persuadé que la plupart des échecs éprouvés avec le chlorure d'éthyle tiennent à la façon défectueuse dont il a été administré. Il a voulu utiliser le masque ordinaire; puis celui-ci bourré de coton (ainsi qu'on l'emploie généralement pour faire inhaler le bromure d'éthyle); on peut, de la sorte, obtenir l'anesthésie certainement, mais presque toujours après un long temps, avec une dépense considérable de liquide, et le sommeil, quand il se produit, se complique des inconvénients ordinaires du chloroforme ou de l'éther, plus accentués parfois.

Il faut que le sujet ne puisse absorber d'autre air qu'un air abondamment chargé de vapeurs médicamenteuses, qu'en un mot il ne trouve pas d'autre air respirable — si l'on peut s'exprimer ainsi — que celui-là. C'est si vrai, que, chez les gens portant la barbe, de l'air pur s'infiltrant entre les poils, j'ai rarement obtenu avec le chlorure d'éthyle les résultats que l'on est en droit d'escompter.

Il faut donc que celui qui est chargé de l'anesthésie après, avoir gonflé le coussinet, maintienne l'appareil avec force, bien adhérent sur la face. Le mieux est d'enserrer entre les doigts le masque et le visage, les pouces étant appliqués sur le plafond de l'appareil, les auriculaires accrochant le menton. De la sorte on maintient non seulement l'adhérence d'une façon parfaite, mais on peut encore facilement relever l'angle de la mâchoire, ce qui facilite singulièrement les mouvements respiratoires du patient.

« Voici maintenant comment on procède, dit M. Verneuil : Le récipient qui surmonte le masque étant garni de coton hydrophile, on arrose celui-ci de 5 à 10 grammes de chlorure d'éthyle chez les enfants, de 10 à 15 grammes chez les adultes, puis ce masque étant appliqué sur la figure du patient de la façon que je viens de décrire, on engage celui-ci à souffler fortement dans l'appareil. Une inspiration profonde succède naturellement à cette action de souffler, et le rythme respiratoire s'établit normalement. L'anesthésie est obtenue d'une façon très rapide : en moyenne au bout d'une minute, souvent sans aucune excitation appréciable. Le relâchement musculaire n'est pas complet et la méthode n'est donc pas à recommander s'il s'agit de réduire une fracture ou une luxation. Le masque étant laissé en place, l'anesthésie se prolonge pendant cinq ou six minutes.

Il est possible, paraît-il, de maintenir sans inconvénients le sujet sous l'influence du chlorure d'éthyle pendant le temps nécessaire à exécuter une intervention de longue durée. Il suffit de projeter sur le coton une nouvelle dose de liquide toutes les cinq ou six minutes. Je veux bien le croire, mais je n'ai jamais tenté l'expérience. Je me figure mal qu'un agent anesthésique dont les effets sont si rapides puisse être administré longtemps sans danger.

Chaque fois qu'il s'est agi de courtes opérations, j'ai utilisé l'anesthésie produite par la première et unique dose de chlorure d'éthyle. Lorsque l'on retire le masque, le réveil est rapide, et dans la presque totalité des cas le sujet n'est pas même indisposé. Pour les opérations un peu longues, au moment où le patient est profondément endormi, après deux ou trois minutes, je fais vivement remplacer l'appareil qui sert à administrer le chlorure d'éthyle par un masque imbibé de chloroforme. L'anesthésie est continuée comme de coutume. »

Le grand avantage du chlorure d'éthyle est la rapidité; quand aux dangers, existent-ils? M. Verneuil n'a jamais observé le moindre symptôme inquiétant; non plus que ceux qui l'ont employé jusqu'ici.

Notons enfin que le chlorure d'éthyle ne saurait être exactement comparé au bromure d'éthyle, car jamais il ne produit la cyanose qu'amène cet anesthésique.

L. G.

FORMULAIRE

Émulsion d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue	140 grammes.
Sirop simple...............	60 —
Eau de fleurs d'oranger.....	40 —
Fucus crispus..............	5 —
Eau distillée..............	q. s.
Essence d'amandes amères..	IV gouttes.

Mettez dans un flacon l'essence d'amandes amères, le sirop et l'eau de fleurs d'oranger.

D'autre part, faites bouillir le fucus dans l'eau pendant vingt minutes, pour obtenir 220 grammes de décocté; passez avec expression à travers une toile, faites réduire au bain-marie le liquide à 160 grammes et versez-le bouillant sur les autres matières.

Agitez pendant cinq minutes, puis de temps en temps jusqu'à refroidissement.

Cette préparation renferme un tiers de son poids d'huile de foie de morue.

N.-B. — En remplaçant le sirop simple par la glycérine, on assure la conservation.

On peut ajouter aussi 4 grammes d'hypophosphite de chaux (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'aliénation mentale dans l'armée (2), par le docteur CATRIN.

Chaque année, des individus atteints d'aliénation mentale, de neurasthénie grave, de mélancolie, etc., sont observés dans l'armée. La présence de ces malades est une cause de danger permanent pour ceux qui les entourent; de plus, il semble bien avéré que le métier militaire, par sa discipline et sa rigueur, est de nature à accentuer un état mental qui préexistait avant l'incorporation, chez des prédisposés héréditaires par exemple. Aussi, M. Catrin pense-t-il qu'il serait très désirable de parer à des faits semblables par des moyens prophylactiques, qu'il indique dans son livre et dont le principal semble être l'examen minutieux du conscrit au conseil de revision.

Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate (3), par le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux. N° 27 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (docteur CRITZMAN, directeur).

La thérapeutique de l'hypertrophie de la prostate a fait, dans ces derniers temps, de très grands progrès; un grand nombre de méthodes, ayant chacune leurs indications spéciales, a vu le jour; mais ces méthodes ont été publiées dans des publications différentes, que le médecin praticien et même le spécialiste n'ont pas toujours sous la main.

La présente monographie a précisément pour but de coordonner tous les travaux sur la question en une sorte de chapitre classique, de résumer en quelque sorte toute la nouvelle thérapeutique de la prostate; la rédaction en a été confiée à M. le docteur Desnos, dont la compétence dans les maladies des voies urinaires est sans conteste. Après un court exposé des progrès actuels, l'auteur examine en détail les méthodes palliatives : le cathétérisme, les ponctions de la vessie, la cystotomie, etc. Dans le second chapitre, sont étudiés les procédés destinés à amener indirectement l'atrophie de la prostate : l'auteur y passe en revue l'ingestion d'extrait de prostate, la ligature des artères iliaques primitives, la castration, la résection des canaux déférents, etc. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage est essentiellement consacrée aux multiples interventions directes sur la prostate, proposées dans ces dix dernières années (cautérisation, applications électriques, prostatectomies, incision galvano-caustique, etc.). Sur chacune de ces méthodes, l'auteur donne son avis, résultant de sa longue expérience.

Cette monographie clinique vient remplir une lacune des traités spéciaux actuels : les prostatiques étant légion; c'est-à-dire que M. le docteur Desnos vient de rendre un signalé service aux médecins, et indirectement aux malades.

(1) Formule présentée à la Société de pharmacie de Paris et qui sera proposée à la commission du Codex par M. Pierre Vigier, membre de cette commission.

(2) In-12. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Rueff.

(3) 1 broch. gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

54. M. G. PETIT. Accidents liés aux déplacements du coccyx consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os. — 55. M. GAUBE. Essai de statique minérale du placenta et du fœtus humain. — 56. M. BERRY. Contribution à l'étude des douleurs d'origine gastrique. — 57. M. MOINEAU. Contusion et déchirure du rein. — 58. M. NICOLAENKOFF. Anesthésie par la cocaïnisation de la moelle. — 59. M. KAHN. Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule et de son traitement par la résection totale sous-périostée de cet os. — 60. M. BAHUAND. Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives du rein chez l'adulte. — 61. M. JEANNET. Suture et ligatures aux fils d'argent perdus. — 62. M. CHARBONNIER. Le cancer aigu du rein. — 63. M. JEHANNO. Phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur. — 64. M. PEYROT. Quelques considérations sur le fonctionnement des services dentaires dans les hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *École du service de santé militaire.* — Par décret en date du 10 juin 1901, les deuxième et troisième alinéas du décret du 29 octobre 1898 sont remplacés par les suivants :

« Pendant leur séjour à l'École d'application, le classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de deuxième classe élèves et des médecins stagiaires est déterminé par deux examens trimestriels, aux éléments d'appréciation desquels s'ajoutent les notes obtenues pendant le trimestre.

Le classement par ordre de mérite des pharmaciens stagiaires est déterminé par deux examens trimestriels dans les mêmes conditions que ci-dessus. »

Marine. — Par décret en date du 17 juin, M. Pervès, médecin de deuxième classe, est promu au grade de médecin de première classe et maintenu à Madagascar.

Association française de chirurgie (14e Congrès, 21-27 octobre 1901). — Le 14e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1901, sous la présidence de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Chirurgie de la rate, » rapporteur, M. Février (de Nancy).

2° « Traitement des adénites tuberculeuses, » rapporteur, M. Aug. Broca (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie conservatrice de l'utérus et de ses annexes dans le traitement des fibromes, par le docteur Louis Dartigues. Gr. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Maloine.

Maladies spéciales, par les docteurs Baudry, Barbe, Baudouin, Béal et Malherbe. (Première partie.) In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot.

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière, par le docteur Phocas. In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot.

Hygiène du célibat, par le docteur Desmons. 1 vol. in-16 de 314 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Aide-mémoire de médecine infantile, par le docteur Paul Lefert. 1 vol. in-18 de 319 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire de thérapeutique infantile et de posologie, par le docteur Fouineau ; introduction par le professeur Hutinel. 1 vol. in 18 de 260 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Création à Paris d'un Institut de médecine coloniale. — 1 broch. — Paris, au siège de l'Union coloniale française, 44, rue de la Chaussée-d'Antin.

Comment on défend sa santé par les eaux minérales naturelles, par le docteur Hector Grasset, licencié ès sciences physiques, médecin consultant à Royat. In-8° double écu. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

CAPSULES de corps THYROÏDE VIGIER — *2 à 6 par jour.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 71. — SAMEDI 22 JUIN 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 22 JUIN 1901. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les myxolipomes de la cuisse (*3 fig.*), par MM. L. THÉVENOT, chef de clinique chirurgicale, et M. PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE DES THÈSES. De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère (Alfred PETIT); — Contribution à l'étude clinique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les vieillards (Armand MORET); — Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascarides lombricoïdes (P. FAYON); — Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde (R. PROUST). — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les myxolipomes de la cuisse.

Par MM. L. THÉVENOT, chef de clinique chirurgicale, et M. PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

I

Historique. — Sous les termes de myxolipome, on désigne des tumeurs dont le nom indique suffisamment les caractères histologiques; c'est une tumeur, formée de cellules adipeuses, en très grand nombre (lipome), au milieu desquelles on trouve des éléments appartenant également au tissu conjonctif, mais d'un stade moins avancé; ce sont les éléments muqueux (myxome). Le myxolipome, en dehors de ces caractères bien tranchés, se présente au point de vue clinique sous un aspect assez particulier; et l'on peut utilement en faire une étude d'ensemble. Cette variété de tumeur se rencontre surtout au membre inférieur, à la cuisse principalement, comme Virchow l'avait vu; c'est dans cette région seulement que nous l'envisagerons.

L'histoire du myxolipome est récente; il est certain que, par son volume, par les caractères, il n'était pas inconnu des anciens chirurgiens; mais jusqu'au milieu du siècle, on le rangeait dans la classe des cancers, et certaines tumeurs colloïdes de Laënnec, certaines dégénérescences aréolaires de Cruveilhier comprennent peut-être des myxolipomes.

Virchow, le premier, signale le myxolipome, en même temps qu'il isole le myxome pur des néoplasmes colloïdes et des sarcomes : « Si les cellules se chargent de graisse, dit-il, et finissent par se transformer en véritables cellules adipeuses, tandis que la substance intercellulaire persiste encore, la coupe prend un aspect marbré avec une teinte plus jaunâtre qui peut, par endroits, passer au jaune blanchâtre franc ; c'est le *myxome lipomateux.* »

Hénocque (1876, *Dict. encyclopédique*), étudiant le myxome, différencie nettement le myxolipome, qui constitue la variété la plus importante.

Cornil et Ranvier, 1881, s'appuyant sur les idées de Virchow, admettent que le myxome et le lipome ne sont que des degrés dans la néoplasie d'un tissu, le tissu conjonctif; aussi n'y a-t-il rien d'étonnant de les trouver parfois confondus.

Billroth, 1887, ne distingue pas les myxomes lipomateux; il décrit cependant des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse, qu'il range dans la classe des lipomes simples.

Lancereaux, 1889, donne, du myxome lipomateux, la même définition que Virchow.

A côté de ces ouvrages didactiques, on trouve beaucoup d'observations qui ont trait à des tumeurs de la partie supéro-interne de la cuisse, dont les caractères cliniques se rapprochent beaucoup du type que nous décrivons, mais dont l'examen histologique est incomplet ou absent.

C'est ainsi que Viennois, en 1864, rappelle les cas remarquables de tumeurs graisseuses enlevées par Petit, Chopart, Gensoul, Velpeau, Ollier : ces deux derniers chirurgiens enlevèrent de volumineuses tumeurs de la partie supéro-interne de la cuisse; il est presque certain qu'il s'agit de myxolipome. La même année, Fanno publie le cas d'une énorme tumeur de la cuisse, qui se présentait cliniquement comme une tumeur bénigne, mais qui, à la coupe, aurait laissé croire, par sa consistance et sa coloration inégale, à une dégénérescence maligne.

En 1876, M. Poncet présentait, à la Société des sciences médicales de Lyon, un lipome myxomateux de la cuisse, pesant 5 kilogs, enlevé par M. Valette. De même, Monod, Féré, Bailly, Dolbeau, Panas rapportent des cas à peu près semblables. Cependant, en 1887, Rayneau, dans sa thèse, s'attache surtout à décrire les fibrosarcomes de la partie supérieure de la cuisse, sans parler de cette variété de néoplasme.

Beaucoup de travaux d'ensemble ont été faits sur le lipome et le myxome. En 1885, Sénac (lipome congénital), en 1886, Ribet (lipome intramusculaire), en 1891, Chevalier (myxome), en 1895, Malençon (lipome des muscles de la vie

de relation), ne signalent pas cette variété de tumeurs.

A Lyon, en 1885, Rafin étudie une variété spéciale de myxome, le myxome diffus, tumeur presque maligne, exigeant souvent l'amputation du membre, par les nombreuses récidives; le myxolipome en est différent par sa plus grande bénignité; tandis que le myxome de Rafin est constitué presque uniquement par du tissu muqueux, le myxolipome est formé de tissu adipeux, plus adulte, plus bénin.

C'est cette différence que M. le professeur Poncet a bien établie dans la thèse de son élève Clerc. Plusieurs cas typiques ont été observés, suivis, examinés dans sa clinique; c'est surtout d'après ses observations, à côté desquelles nous avons rassemblé les observations anciennes ou récentes qui nous ont paru s'en rapprocher le plus, que nous avons cherché à tracer les caractères anatomo-pathologique et clinique du myxolipome.

II

Étiologie. — L'étiologie des myxolipomes de la cuisse est très obscure, comme pour la plupart des tumeurs; la cause efficiente nous échappe.

Le *traumatisme* est sans importance; on le trouve signalé seulement quelquefois et encore ne semble-t-il avoir qu'une influence très indirecte sur le développement du néoplasme.

Sexe. — Le sexe masculin semble surtout prédisposé : c'est ce qui ressort de la lecture des observations datant d'une dizaine d'années; mais si l'on tient compte des cas récents, on voit que la femme y est presque aussi sujette que l'homme.

Age. — L'âge paraît avoir plus d'importance, la moyenne des sujets dépasse cinquante ans, il est vrai que la tumeur a débuté depuis longtemps, mais son développement paraît surtout se faire dans la seconde moitié de la vie. Jalaguier a signalé un cas de lipome aigu de la cuisse, survenu chez une jeune fille de trente ans, et s'étant développé si vite que l'on crut à un ostéo-sarcome; l'opération montra qu'il s'agissait d'un lipome pur; l'auteur lui attribue une origine probablement traumatique. C'est là un cas exceptionnel et on n'a pas rencontré de tumeurs, du type que nous décrivons, survenues chez un sujet jeune et ayant présenté un si rapide accroissement. Faut-il penser à un ralentissement de nutrition, favorisant la formation de tissu adipeux chez les personnes d'un âge moyen? Peut-être, le fait mérite d'être signalé dans l'histoire des tumeurs graisseuses.

L'*hérédité* paraît ici de peu d'importance.

La *congénitalité* n'est peut-être pas sans jouer un certain rôle; dans un cas de M. le professeur Poncet, nous trouvons mentionné un myxome lipomateux greffé sur une tumeur primitivement congénitale.

III

Anatomie pathologique. — *A.* ANATOMIE MACROSCOPIQUE. — *Forme.* — Examiné après l'opération ou sur la table d'amphithéâtre, le myxolipome se présente sous la forme d'une masse volumineuse, bombée, irrégulière, à laquelle sont adjoints des prolongements, qui infiltrent les espaces intermusculaires et dont la séparation complète est impossible. Il ne s'agit donc pas, comme dans les lipomes ordinaires, d'une tumeur bien circonscrite, arrondie, parfaitement énucléable.

Membrane d'enveloppe. — Il existe pourtant une membrane d'enveloppe, mais la consistance et son épaisseur sont des plus variables. Au début, lorsque la tumeur est encore bien circonscrite, elle est nette, mais son épaisseur n'est jamais assez considérable pour empêcher d'apercevoir la lobulation et la teinte jaunâtre du néoplasme, elle permet seulement une énucléation facile et complète. Plus tard, lorsque le lipome a diffusé, la masse principale possède encore une semblable membrane, mais au niveau des prolongements elle est très mince et fait même défaut, il y a comme de véritables hernies du néoplasme à travers elle; aussi, l'adhérence est-elle parfois intime entre la tumeur et les parties voisines.

Section. — La section est facile; elle se fait sans que le bistouri rencontre de zones de résistance. On a alors sous les yeux une masse molle, généralement jaunâtre, avec quelques segments de densité et de couleur différentes. La tranche de section a ainsi un aspect marbré. Les zones jaunâtres ont une teinte un peu plus terne que les lipomes ordinaires, ce sont eux qui représentent l'élément lipomateux de la tumeur. Les zones gélatineuses, qui répondent aux points myxomateux, sont blanchâtres, opaques; à leur surface, le doigt constate un enduit rappelant une solution épaisse et filante de gomme arabique. Cet aspect est tout à fait caractéristique; il rappelle celui du myxome et celui du lipome sans toutefois être aussi net que lorsque ces tumeurs se rencontrent à l'état de pureté. Broca signale dans son *Traité des tumeurs* cette infiltration de sérosité qui donnait au lipome un aspect plus ou moins gélatiniforme; elle était pour lui symptomatique d'un accroissement rapide (cas de Dagorn); mais il ne voyait pas là une forme spéciale du néoplasme que Virchow ne devait pas tarder à différencier.

Quelquefois, on peut rencontrer des *kystes*, à l'intérieur de la tumeur; ils renferment un liquide presque séreux, blanchâtre; ils ne paraissent avoir d'autre signification que celle des espaces lacunaires, trouvés au milieu des tumeurs, quelles qu'elles soient. De même, les *foyers hémorragiques*, résultat de petits traumatismes localisés, les dépôts de matières calcaires; ils n'offrent rien de particulier.

Siège de la tumeur. — Le myxolipome naît dans le tissu conjonctif lâche; mais est-ce le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu aponévrotique ou le tissu intermusculaire?

Le *tissu cellulaire sous-cutané* est le siège le plus fréquent des lipomes. Rafin admet que le myxome circonscrit occupe cette région. Pour la tumeur que nous étudions, il semble que le point de départ ne soit pas là; plusieurs arguments sont en faveur de cette opinion. Tout d'abord, lorsque les malades s'aperçoivent de leur tumeur, ils disent qu'elle n'est pas superficielle, et si on l'examine à ce moment, on peut la rendre fixe par des contractions musculaires. De plus, la tumeur se péduculiserait plus vite, si elle naissait sous la peau; il ne s'agit même pas d'un pédicule vrai; c'est à cause de son poids et non de son origine que la tumeur s'extériorise ainsi. Enfin les rapports avec les muscles et l'aponévrose indiquent suffisamment qu'il s'agit d'une masse développée des plans profonds vers l'extérieur et non, ayant débuté par la surface pour envahir ensuite la profondeur.

Le *tissu aponévrotique* est rarement le point de départ de tumeurs lipomateuses; cela d'ailleurs est assez naturel; on conçoit que, d'une aponévrose, puisse naître un fibrome; on ne voit pas pourquoi elle donnerait un lipome ou un myxolipome.

Reste le *tissu cellulaire intermusculaire*; c'est là, en effet, le

siège initial du néoplasme. Ziegler disait que c'était là le point de départ le plus fréquent des tumeurs profondes des membres et du tronc. Velpeau, Michon le signalent aussi pour les tumeurs de la cuisse; Cruveilhier a observé des lipomes sous le deltoïde, Cooper sous le grand fessier, Broca, entre les muscles de l'avant-bras. Quelques observations de lipomes intramusculaires sont signalées : Fallin, cité par Broca, en rapporte un situé dans l'orbiculaire des lèvres; il semble qu'il s'agisse de tumeurs développées toujours au milieu du tissu conjonctif qui infiltre plus ou moins le muscle.

Ainsi née, cette tumeur s'accroît; elle reste tout d'abord circonscrite, plongée entre deux muscles dont la contraction parvient à l'immobiliser; puis en se développant, elle distend l'aponévrose, la soulève et en même temps infiltre les espaces musculaires.

Rapports avec les muscles. — Au début, la tumeur bien limitée par la membrane n'adhère pas aux muscles; on l'en sépare facilement avec les doigts, avec le manche d'un scalpel. Plus tard, ils sont distendus. Les muscles rubanés, superficiels que l'on rencontre à la cuisse, occupent parfois la surface de la tumeur, et se disséminent sous la peau; s'ils sont trop distendus, ils finissent par s'atrophier. Viennois cite ainsi un cas où le muscle droit interne était réduit à un faisceau très étroit, décoloré, se confondant presque avec le tissu cellulaire. Dans les muscles profonds, actifs de la cuisse, il en est autrement; ils ne s'atrophient pas; ce que l'on trouve, c'est une sorte d'envahissement du muscle par le tissu graisseux, les fibres musculaires sont plus ou moins désunies, mais elles conservent toujours leur vitalité. Le néoplasme agit mécaniquement sur le muscle, mais ne se substitue pas à lui, comme le ferait une tumeur maligne. Cette infiltration intramusculaire s'effectue pour les muscles voisins de la tumeur seulement; mais l'infiltration intramusculaire peut aller très loin dans la profondeur, et remonter haut vers la racine de la cuisse.

Rapports avec l'aponévrose. — L'aponévrose d'enveloppe de la cuisse refoulée par la tumenr se distend, s'amincit; dans un cas de Michon, elle avait perdu tous ses caractères et se réduisait à une toile très mince. Cependant son intégrité assure la vitalité de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; elle se confond, lorsqu'elle est amincie avec le fascia superficialis; c'est ce qui avait fait admettre primitivement que la tumeur avait une origine sous-cutanée.

Les *vaisseaux fémoraux* ne sont pas envahis; leur gaine résiste; seule la veine peut être comprimée plus facilement que l'artère, en raison de la minceur de ses parois, et un œdème peut ainsi se produire. Les *nerfs* sont intacts, et parfaitement isolables dans la tumeur, si elle en trouve sur son étendue.

B. Anatomie microscopique. — Microscopiquement, la tumeur se présente sous deux aspects différents. Dans un certain nombre de cas, on voit sur la coupe des bandes de tissu conjonctif normal, qui s'entrecroisent et forment un réseau dont les mailles sont occupées, soit par du tissu adipeux, soit par du tissu muqueux. Il semble alors qu'on se trouve simplement en présence d'une tumeur conjonctive qui a subi par places la transformation adipeuse ou la transformation muqueuse.

Dans d'autres tumeurs, on trouve, au milieu d'un tissu muqueux pur, des îlots de cellules adipeuses disséminées au sein de la substance fondamentale.

Plus rarement, le néoplasme se présente sous un autre aspect : ce sont les cas où les cellules muqueuses ont perdu leur apparence fusiforme ou étoilée, sont devenues arrondies, vésiculeuses et renferment dans leur intérieur quelques gouttelettes de graisse. C'est cette modification qui faisait définir par Rindfleisch le myxome lipomateux : l'infiltration graisseuse des éléments du myxome.

Le plus souvent c'est le premier aspect que l'on rencontre, c'est-à-dire que l'on est en présence d'une tumeur conjonctive évoluant par places suivant les types adipeux ou muqueux. Il sera donc possible de rencontrer aussi dans cette tumeur toutes les variétés de tissu qui peuvent dériver du tissu conjonctif (tissu cartilagineux en particulier), et ceci nous explique aussi pourquoi le néoplasme pourra prendre une marche rapide, infecter l'organisme et cesser d'être une tumeur bénigne, pour se transformer en sarcome. Ceci nous amène à étudier la question de la dégénérescence de ces tumeurs.

Dégénérescence des lipomes. — Le mot de dégénérescence appliqué aux lipomes semble, dit Cornil, un pléonasme. Broca rapporte un fait de Dupuytren, dans lequel il s'agissait d'une dégénérescence cancéreuse du tissu graisseux; c'est, du moins, l'opinion que l'on formulait en 1810; mais depuis, dit Broca, personne n'a cité d'exemple démonstratif; c'est sans raison suffisante que l'on reproduit partout ce fait comme un exemple de lipome dégénéré en cancer. La tumeur de Dupuytren était enflammée; il en résultait des infiltrations de lymphe plastique, accompagnées d'une augmentation de consistance et en même temps d'un certain degré de friabilité. Rapportant un cas presque analogue dans lequel il démontrait l'absence de suc cancéreux et d'éléments cancéreux, Broca ajoute : « Je ne prétends pas que le tissu adipeux accidentel soit à l'abri de l'apparition du cancer; il n'y a aucune raison théorique qui permette de nier la possibilité du développement du cancer dans la trame d'un lipome; mais aucune observation n'a demontré la réalisation de cette éventualité hypothétique. »

Cependant, dans plusieurs auteurs, on applique le terme de dégénérescence aux lipomes : Rindfleisch dit qu'elle peut être générale ou partielle et qu'elle transforme la gouttelette huileuse de chaque vésicule en granulations fixes donnant au tissu un aspect opaque, grisâtre, comparable à celui du sarcome en dégénérescence graisseuse; c'est le premier stade de la nécrose.

C'est l'avis de Cornil, qui décrivant ces corps granuleux (corpuscules de Gluge) envahissant la vésicule adipeuse, les considère comme symptomatiques de la mort des éléments.

A côté de cette dégénérescence, ou mieux de cette nécrose de la tumeur graisseuse, il en est une autre, entendue dans le sens de malignité. Sur un cas opéré dans le service de M. le professeur Poncet (récidive de myxolipome), nous avons pu observer, sous la direction de M. Dor, quelques particularités intéressantes. Quelques cellules adipeuses avaient leur noyau fragmenté, au milieu du protoplasma, il ne s'agissait pas là de nécrose. M. Dor a eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer dans d'autres lipomes des cellules semblables à noyaux multiples; elles étaient beaucoup plus nombreuses dans le myxolipome récidivé; pour lui, cette multiplication des noyaux serait l'indice du premier stade de la dégénérescence maligne du tissu adipeux.

En plus de cette modification des cellules adipeuses, on trouvait au milieu de l'élément muqueux normal de petites cellules embryonnaires arrondies; par places, elles étaient

très nombreuses, tassées les unes contre les autres, formant, vues à un faible grossissement, une tache dont la coloration forte tranche sur la pâleur du tissu environnant; ces cellules embryonnaires se rencontraient avec une abondance particulière, le long des vaisseaux sanguins qu'elles accompagnaient sur tout leur trajet.

Éléments sarcomateux, modification des cellules graisseuses, tels sont les deux changements observés sur un myxolipome récidivé. L'apparition de cellules rondes n'a rien qui doive surprendre. Le développement du tissu conjonctif nous apprend que le sarcome, le myxome, le lipome sont trois types de tumeurs correspondant aux trois stades d'évolution du tissu connectif lâche, et de même que l'on peut avoir des myxosarcomes, de même on peut rencontrer des myxo-lipo-sarcomes. Pour ce qui est du changement des cellules adipeuses, nous n'oserions avancer le mot de *cancer adipeux*, qui a pu être proposé; peut-être ne s'agit-il que d'un accroissement de cellules adultes et non d'un retour à un état embryonnaire.

Récidives. — Ces discussions anatomo-pathologiques ont un intérêt pratique au sujet des *récidives* possibles du néoplasme.

La cause de la récidive est double :

1° Lors d'une opération, l'ablation est forcément incomplète lorsque la tumeur envoie des traînées intermusculaires; l'accroissement continue, ce qui n'a rien que de très naturel;

2° L'apparition au sein du néoplasme de petites cellules rondes, et peut-être l'état particulier des cellules adipeuses contribuent aux augmentations de volume. Ainsi se trouvent expliquées ces brusques poussées d'accroissement de la tumeur, cette infiltration de plus en plus marquée des tissus avoisinants. Une conclusion s'impose de suite : c'est que le pronostic doit être réservé et que le traitement devra être aussi radical que possible.

Il s'agit donc bien de tumeurs mixtes, bénignes souvent, mais qui peuvent acquérir un degré de malignité parfois considérable.

IV

Symptômes. — 1° Début. — Semblable à beaucoup de tumeurs, surtout de tumeurs bénignes, le myxolipome de la cuisse a un début des plus insidieux ; il est difficile de le faire préciser exactement dans la plupart des cas. C'est un traumatisme, une petite douleur à l'occasion d'un mouvement qui rend le malade attentif; c'est par hasard, d'autres fois, qu'il se découvre une grosseur à la partie supérieure de la cuisse.

A ce moment, la tumeur peut avoir déjà le volume d'un œuf. Elle reste alors longtemps stationnaire, ne provoquant aucune gêne, aucun trouve fonctionnel; elle continue sa marche lentement sans inquiéter le malade; aussi voit-on ce dernier venir demander des soins seulement lorsque la tumeur a acquis un énorme développement, ou bien qu'elle s'est accrue alors subitement, elle est arrivée à ce moment à la période d'état.

2° Période d'état.— A ce moment, les symptômes peuvent être divisés en symptômes physiques et symptômes fonctionnels.

A. *Symptômes physiques.* — a. *Siège.* — La tumeur peut siéger dans toute la hauteur de la cuisse; il semble cependant que la partie supérieure, et surtout la partie moyenne de la région des adducteurs soient ses lieux de prédilection. En se développant, elle peut atteindre l'articulation du genou, empiéter sur la jambe, mais son point d'implantation reste toujours le même.



Fig. 1. — *Myxolipome du poids de 10 kilogrammes, siégeant à la partie postéro-interne de la cuisse droite.* — Ablation par M. le professeur Poncet; guérison.

b. *Aspect général.* — C'est une masse saillante, volumineuse, généralement régulière, parfois bosselée ou lobulée par place. Elle est arrondie, dans le myxolipome : elle est



Fig. 2. — *Myxolipome de la partie supérieure de la cuisse gauche.* Pas d'opération (service de M. Poncet).

plutôt allongée dans le myxome diffus des membres (Rafin).

Dans ce dernier cas, elle fait corps avec la cuisse, semblant s'y implanter.

Dans le premier cas, au contraire, elle s'extériorise, paraît se pédiculiser, comme un véritable molluscum pendulum. Ce n'est là qu'une apparence; cette pédiculisation est due au poids de la tumeur, mais, en réalité, la base d'implantation est large, l'anatomie pathologique nous a montré que ces néoplasmes envoyaient dans les interstices musculaires, dans les muscles même, des prolongements, des racines nombreuses; aussi une intervention qui se contenterait de sectionner le pédicule serait-elle incomplète et par là même inutile.

c. *Volume.* — Il est très variable; mais en raison du peu de retentissement sur l'état général, des symptômes fonctionnels peu graves que cause le néoplasme, les malades ne s'en inquiètent nullement; aussi observera-t-on des tumeurs de 10 kil. (Poncet); en général (Pollosson, Poncet), elles atteignent un poids moyen de 2 à 5 kilogrammes; la cuisse est ainsi doublée de volume.

d. *Caractères extérieurs.* — A sa surface, la tumeur, avons-nous dit, est ordinairement régulière; parfois cependant, on peut constater quelques bosselures inégales. La peau qui la recouvre a ses caractères presque normaux; elle est mobile sur les plans sous-jacents, la distension extrême, si la tumeur est volumineuse peut lui donner un aspect particulier; elle est alors amincie, semée de vergetures, un peu rugueuse; de grosses veines variqueuses la parcourent. On constate rarement des *ulcérations*, elles ont une origine traumatique, surviennent à la suite du frottement de la surface de la tumeur contre la face interne de la cuisse opposée. On en trouve aussi parfois dans le sillon inférieur de la tumeur. Dans un cas, une ulcération est signalée comme consécutive à une sorte de gangrène localisée du tissu conjonctif (Coussy). Lorsqu'elles existent, ces ulcérations peuvent être le point de départ d'accidents infectieux graves.

e. *Consistance.* — Tout au début, lorsque la tumeur ne fait pas une saillie appréciable à l'extérieur, sa consistance est molle; parfois, on a une pseudo-fluctuation; elle est confondue avec les tissus voisins et son diagnostic ne laisse pas de présenter des difficultés.

A la période d'état, la tumeur a une consistance inégale; en quelques points, elle est dure, mais jamais elle n'offre la résistance de la tumeur maligne; à côté, on trouve des points ramollis, presque fluctuants parfois. Jamais cette fluctuation n'est totale, elle n'existe qu'en certains points localisés; ce qui distingue cette variété de lipomes de la cuisse, des lipomes des autres régions, qui parfois sont fluctuants en totalité.

f. *Rapports avec les parties voisines.* — Leur étude est importante en raison de l'intervention chirurgicale.

Avec le squelette, la tumeur ne présente que des rapports de contiguïté; on peut, en effet, la saisir et la mouvoir sans qu'on la sente fixée au squelette.

Avec les muscles les rapports sont plus intimes. Le myxolipome naît aux dépens du tissu cellulaire intermusculaire; au début, entouré par une membrane d'enveloppe, plus ou moins résistante, il ne se confond pas avec le tissu musculaire, encore sous-aponévrotique, il est fixé alors par la contraction de certains muscles; c'est ainsi que chez une malade de M. Poncet, la contraction des adducteurs immobilisait la tumeur, tandis que la contraction du quadriceps crural lui laissait son entière mobilité.

Ce stade, qui répond au point de vue anatomique à une limitation encore nette de la tumeur, n'est pas de longue durée. On ne tarde pas à observer une infiltration de la masse néoplasique à travers les interstices musculaires; la capsule d'enveloppe se rompt ou se distend; le lipome s'insinue partout, même entre les fibres musculaires; cette infiltration est moins nette que dans le myxome diffus proprement dit; mais elle existe. Aussi ce caractère anatomique est-il bien en faveur de l'idée de M. Poncet qui considère ces tumeurs comme mixtes. Ces traînées néoplasiques peuvent arriver jusqu'à la gaine des vaisseaux; mais jamais, il n'y a adhérence, comme dans les cas de tumeurs malignes; leur dissection est facile. Pour les nerfs, qui se creusent souvent des tunnels dans les cancers, ils sont ici respectés.

Avec les plans superficiels, les rapports sont moins intimes; la tumeur reste longtemps séparée du tissu cellulaire souscutané par un feuillet aponévrotique : aussi la peau conserve-t-elle sa mobilité. Ce tissu cellulaire est aminci par suite de sa distension.

g. *Phénomènes vasculaires.* — On a décrit des battements et des bruits de souffle, au niveau de la tumeur. Le plus souvent, ils sont dus au voisinage des vaisseaux fémoraux et n'indiquent pas une transformation télangiectasique. Celle-ci cependant peut se rencontrer (Clerc), mais elle reste toujours localisée.

B. Symptomes fonctionnels. — Ceux-ci manquent entièrement, sauf à une période avancée.



Fig. 3. — *Myxolipome de la partie interne de la cuisse gauche.* Ablation par M. Poncet; guérison.

La *douleur* est nulle; l'anatomie pathologique nous a montré que les nerfs n'étaient pas envahis et par suite non

comprimés. L'*œdème* existe parfois en raison de la plus grande dépressibilité des parois veineuses; on a en même temps des dilatations variqueuses des veines superficielles.

A part ces symptômes légers, on n'observe pas de trouble véritable. Le membre inférieur continue à se mouvoir; les muscles ne s'atrophient pas; c'est ainsi qu'un malade de M. Poncet continua pendant six ans son métier de couvreur avec une énorme tumeur de la face interne de la cuisse. L'état général n'est nullement troublé, il n'y aucun signe de cachexie; pas d'amaigrissement, pas de perte de force et d'appétit. L'affection reste absolument localisée; les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis.

Lorsque le myxolipome a atteint des dimensions considérables, survient alors une gêne considérable; la marche ne se fait qu'avec peine; souvent l'œdème vient accroître encore les difficultés; enfin quelques phénomènes inflammatoires peuvent encore inquiéter le malade (intertrigo, érythème, lymphangite). Il ne s'agit là que de signes purement locaux.

C. Évolution. — Abandonné à lui-même le myxolipome paraît avoir une évolution assez semblable dans tous les cas.

Son développement est progressif, lent; il met plusieurs années pour s'effectuer au début; même lorsque le malade a remarqué sa présence, sa marche est excessivement lente, et se chiffre aussi par années.

Parfois, la tumeur reste très longtemps stationnaire, puis, sous l'influence d'un traumatisme, d'une grossesse, elle subit un accroissement notable. Même en dehors de toute cause provocatrice, on peut assister à une brusque et rapide augmentation; il s'agit alors d'une véritable transformation; l'examen histologique de l'un de nos cas a montré qu'un élément nouveau s'était ajouté aux éléments primitifs; de petites cellules rondes embryonnaires s'étaient mêlées aux cellules adipeuses et au fin réseau muqueux; de plus, certaines cellules adipeuses s'étaient fragmentées. S'agit-il d'une dégénérescence du tissu interstitiel ou du tissu noble du néoplasme?

On ne sait, mais au point de vue purement clinique, il s'agit peut-être d'une terminaison de l'affection, encore mal connue, et semblable peut-être à celle des tumeurs malignes.

V

Diagnostic. — Le diagnostic de myxolipome est en général facile, lorsque l'affection, arrivée à sa période d'état, se présente avec tous les signes que nous avons énumérés; il est surtout facile pour le clinicien, qui, ayant déjà vu ce genre de tumeur, la reconnaîtra à distance pour ainsi dire. Cependant, au début, alors que la tumeur est lisse, facilement dépressible, presque fluctuante, de grosses difficultés peuvent surgir pour savoir si l'on se trouve en face d'une tumeur liquide ou d'une tumeur solide. Enfin, lorsque le néoplasme est reconnu solide, il reste encore à discuter certains points, à reconnaître certains caractères qui permettent un diagnostic complet, un pronostic utile.

Nous examinerons successivement ces trois points :

1° S'agit-il d'une tumeur liquide? 2° Il s'agit d'une tumeur solide; est-ce un lipome? 3° Est-ce un myxolipome?

1° S'agit-il d'une tumeur liquide? — L'erreur est possible et Velpeau, Ollier ont eu recours à la ponction; on peut croire à un kyste hydatique, à un abcès profond.

a. *Kystes hydatiques.*— Ils sont rares au fémur (Gangolphe); la tumeur est en connexion avec l'os, ce que l'on ne trouve pas pour le myxolipome.

Les muscles de la cuisse, surtout les adducteurs, les muscles de la face antérieure peuvent être le siège de kystes hydatiques : dans ces cas, la tumeur aura une coque épaisse, sera plus enfoncée dans le muscle, et par conséquent mieux immobilisée par la contraction; jamais elle n'atteindra le volume du myxolipome, sans devenir alors fluctuante.

b. *Abcès profonds de la cuisse.* — Ces abcès ont une symptomatologie des plus obscures; leur étiologie est variable. Lejars les distingue en abcès profonds par diffusion succédant aux arthrites suppurées du genou ou à des lymphangites; en abcès ostéomyélitiques; en abcès froids sous-musculaires ou d'origine osseuse. Dans les deux premières variétés, l'étiologie renseigne suffisamment le plus souvent. Pour la dernière surtout, l'abcès froid développé dans les interstices musculaires, l'hésitation peut être plus grande, car il n'y a aucun point douloureux, une sensation vague de fluctuation; le fait, rapporté par Huguier en 1857, est des plus remarquables à ce point de vue.

L'*abcès par congestion* sera réductible par la pression, en partie tout au moins; de plus, les symptômes du côté de la colonne vertébrale permettront de faire le diagnostic.

En somme, le diagnostic de la nature liquide ou solide de la tumeur sera le plus souvent vite établi; la ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

2° Il s'agit d'une tumeur solide; est-ce un lipome? C'est presque toujours la seule question que l'on a à résoudre, ayant à examiner surtout une tumeur à sa période d'état.

a. *Ostéosarcome.* — Cette hypothèse sera vite rejetée, car on reconnaîtra facilement le siège osseux de la lésion; seul, l'oxtéosarcome pandiaphysaire, dont l'un de nous vient de publier une observation (1), pourra peut-être se confondre à une certaine période; il suffira de se rendre compte de l'évolution, de la forme de la tumeur, de l'état général.

b. *Lipome à point de départ périostique.* — Lannelongue, Quénu, Boursier, Walther les ont signalés. Ils naissent souvent près du petit trochanter, et quand ils ont acquis un certain développement, peuvent venir faire saillie à la face externe de la cuisse. Leur origine congénitale, les connexions qu'ils présentent avec le périoste, le pédicule qui les rattache à l'os, facilement perceptibles, les feront reconnaître.

c. *Sarcome des parties molles.* — Ici, le diagnostic est souvent difficile; l'erreur est fatale au début de l'évolution. Ces tumeurs, en effet, naissent dans le tissu conjonctif qui sépare les muscles, sous les aponévroses, comme le myxolipome : elles acquièrent une forme bosselée, une consistance inégale; leur évolution est souvent lente; il n'y pas d'engorgement ganglionnaire. Ce n'est que par l'étude détaillée des symptômes que l'on peut arriver au diagnostic; le sarcome a moins de mobilité que le lipome; son évolution se chiffre par une année ou deux, au lieu de plusieurs; sa consistance est un peu plus ferme; il n'y a pas de lobulation bien régulière, ni de points presque fluctuants; ce sont là autant de signes, dont on ne pourra se rendre un compte exact qu'en ayant les deux tumeurs en face l'une de l'autre. Même au cours de l'opération, l'aspect macroscopique ne pourra pas

(1) L. Thévenot. Cancer fémoral en cylindre, *Gaz. des hôpit.*, 23 avril 1901.

toujours permettre de reconnaître un sarcome d'un myxolipome : seul, l'examen histologique tranchera la question.

Lorsque le sarcome se développe aux dépens de la gaine des vaisseaux, son développement est plus rapide ; la forme allongée suivant l'axe du membre, les troubles de compression feront faire le diagnostic.

De même pour les tumeurs du nerf sciatique, développées surtout à la face postérieure de la cuisse et caractérisées par des troubles nerveux constants.

3° EST-CE UN MYXOLIPOME ? — Les autres tumeurs du tissu conjonctif qui se rapprochent du myxolipome sont les suivantes.

Au début de leur évolution, les myxomes, les fibromes, les lipomes se ressemblent.

Plus tard, on peut les distinguer.

Le *myxome diffus* se reconnaîtra par sa malignité plus grande, son évolution plus rapide, il s'infiltre davantage dans les interstices musculaires ; la cuisse est élargie, et conserve sa forme, au lieu de présenter une tumeur volumineuse presque pédiculée.

Le *fibrome* est caractérisé par sa forme plus arrondie, sa surface égale, sa grande mobilité, sa consistance ferme et homogène ; de plus il n'atteint qu'un faible volume.

Le *lipome pur* est en général sous-cutané et alors ses caractères sont des plus nets. Pour distinguer un lipome pur profond d'un lipome myxomateux, il faut se baser sur la limitation plus nette du premier, sa lobulation plus régulière, sa consistance plus ferme. Le myxolipome présentera, en outre, quelques signes de malignité plus avancée, reconnaissables en clinique ; le sujet est à un âge avancé, la peau est vascularisée ; il y a là une allure presque néoplasique que l'on reconnaît mieux qu'on ne la décrit.

VI

Pronostic. — D'une façon générale, on peut dire que le myxolipome est bénin ; à priori la présence à son intérieur de tissu muqueux et de tissu adipeux indique deux stades déjà avancés de l'évolution de l'élément conjonctif ; il ne s'agit pas de tissu de la période embryonnaire, comme dans le sarcome. Cependant, si le lipome pur est très bénin, le myxolipome l'est moins. Le pronostic doit être basé sur les signes cliniques et sur l'examen anatomo-pathologique.

1° CLINIQUEMENT, plus la tumeur sera encapsulée, plus elle sera bénigne, plus sa consistance sera grande, plus elle contiendra de tissu lipomateux, élément de bénignité.

Le pronostic devra surtout être réservé lorsque la tumeur subira un accroissement ; il s'agit d'une transformation maligne par suite de la prolifération d'un des éléments ou de l'adjonction d'un élément nouveau.

2° ANATOMO-PATHOLOGIQUEMENT, le pronostic sera aussi très réservé si l'on constate à l'intérieur de la tumeur quelques points sarcomateux, surtout au sujet d'une récidive possible, même à longue échéance.

VII

Traitement. — En face d'un myxolipome de la cuisse, il faut intervenir. La tumeur ne cesse de s'accroître et de causer une gêne de plus en plus grande au malade qui en est atteint ; elle peut devenir le point de départ d'accidents infectieux si des ulcérations surviennent. Enfin, la dégénérescence sarcomateuse est à craindre. Entre l'amputation et l'extirpation locale, il n'y a pas à hésiter. Le myxolipome est une tumeur localisée, avec des caractères de bénignité, il faut se contenter d'une intervention locale. Si, dans quelques cas de myxome diffus, on a dû pratiquer l'amputation, ici elle n'a guère été employée.

Nous ne décrirons pas les procédés anciens, antérieurs à l'antisepsie. Bonnet employait le broiement sous-cutané. Si le pédicule était mince, on amputait la tumeur par la cautérisation circulaire, la ligature en masse, l'écrasement linéaire ou la galvano-caustique, on employait rarement le bistouri. Si le lipome avait une base d'implantation large, on faisait l'ablation de la tumeur en taillant de véritables lambeaux. Enfin, Gensoul employait la *méthode de transfixion*, déjà utilisée par Dupuytren et reprise par Jobert ; elle consistait à séparer la tumeur en deux parties et à enlever isolément chacune des moitiés ; si la tumeur était limitée, la manœuvre était facile ; si elle était diffuse, il n'y avait aucun avantage

Aujourd'hui, l'énucléation se fait à l'instrument tranchant ; elle est facile, si le néoplasme est encapsulé, elle est plus difficile, s'il y a des adhérences. La dissection des prolongements doit être aussi complète et aussi prolongée que possible entre les muscles ; on est souvent obligé d'enlever des parcelles d'aponévroses et de muscles adhérents au tissu graisseux. Au voisinage des vaisseaux, qu'il faudra toujours chercher à reconnaître par les battements, il faudra prolonger peu la dissection ; on peut, en effet, dénuder la paroi sur une longue étendue et amener des accidents gangréneux. Au voisinage des nerfs, la dissection est plus facile, le nerf s'énuclée de lui-même.

Souvent on est obligé de morceler la tumeur pour se débarrasser de la masse principale et faciliter la poursuite des prolongements.

De semblables manœuvres faites avec les précautions d'asepsie les plus minutieuses sont loin d'être complètement sans danger. Les anciens chirurgiens avaient bien remarqué la gravité toute particulière de l'ablation de ce genre de tumeurs. Cruveilhier cite le cas d'un chirurgien qui enleva un lipome présternal et trouva un prolongement intramédiastinal qu'il enleva ; il y eut mort. Morel-Lavallée, plus prudent, laissait toujours les prolongements des lipomes. Chopart, depuis longtemps, avait vu que l'on aggravait beaucoup l'opération en disséquant la tumeur. M. Ponect a observé, dans le service de son maître le professeur Valette, une septicémie gangréneuse aiguë, accompagner l'ablation d'un myxolipome de la cuisse.

Aujourd'hui, de semblables accidents septiques sont moins à craindre ; encore, pour être sûr de les éviter, faut-il, en dehors de la plus rigoureuse asepsie, suivre certaines recommandations, sur lesquelles insiste beaucoup M. le professeur Poncet.

1° Il faut débarrasser la plaie avec grand soin de tous les caillots et de tous les débris de la tumeur ; ne pas laisser des morceaux capables de se gangréner et de favoriser le développement d'agents infectieux.

Ce nettoyage ne doit pas être fait avec des antiseptiques forts, car on a une vaste plaie qui absorbe beaucoup et, des accidents d'intoxication pourraient se produire.

On emploiera la gaze stérilisée ou légèrement iodoformée pour tamponner la région opératoire.

2° Il ne faut pas prolonger les manœuvres opératoires, qui pourraient favoriser le shock et l'infection ; laisser au besoin des pinces hémostatiques, réséquer une partie de la peau pour abréger la durée de l'opération.

3° Il ne faut pas surtout tenter une réunion par première intention, mais *drainer largement*, panser à plat, il se produit une sécrétion abondante au niveau de la plaie, un écoulement au dehors de liquides septiques, qui, lorsqu'il se fait dans les jours suivant l'opération, est un très bon signe pour la guérison opératoire, aucune plaie peut-être ne demande à être moins réunie que celle-ci, car aucune, peut-être, n'a été le témoin d'autant de dilacérations, d'arrachements, effectués sur un terrain éminemment propice au développement d'une infection. Le vrai pansement, est le pansement à ciel ouvert.

La guérison dans ces conditions s'effectue au bout de trois semaines; le drain est retiré à mesure; la cicatrisation se fait dans la profondeur, la peau devient adhérente aux muscles, mais il n'y a aucun trouble fonctionnel dans la suite.

La guérison s'est maintenue depuis quatre à cinq ans dans la plupart des cas de M. Poncet, nous avons vu une récidive survenir sept ans après la première opération : la tumeur a été enlevée; il n'y a pas de nouvelle récidive jusqu'à maintenant.

BIBLIOGRAPHIE

I. Observations de myxolipome de la cuisse. — BAILLY. Soc. anat., 1886. — BECK. *Klin. Beitr. z. Histol. u Therapie der Pseudoplasmen Freib.*, 1857, p. 14 (in Virchow). — CLERC. *Étude sur le myxome lipomateux.* Trois cas de la clinique du professeur Poncet. Th. de Lyon, 1895-1896. — CHEVALIER. *Étude sur le myxome.* Deux cas (l'un de Heurtaux, de Nantes), Th. de Paris, 1891. — COQUARD. Soc. des sc. méd., Lyon 1878. — COUGOUREUX. *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 1878. — CHRISTOL. *Gaz. méd. de Lyon*, 1867, p. 23. — FANNY. *Union méd.*, 1864. — FORSLER. *Virchow's Archiv*, 1900, t. XII, p. 207. — FÉRÉ. *Progrès méd.*, 1882. — FRARIER. *Lyon méd.*, déc. 1894. — GLUGE. *Anat. mika untersuchungen Menden*, 1838, livre I, p. 131 (in *Virchow's Archia*). Trois cas. — HEURTAUX. *Dict. encyclop.*, art. FIBROME. — KŒBERLÉ. *Gaz. hebd.*, 1869, p. 179. — LYOT. In Th. Malençon, Paris 1875. — MICHON. *Gaz. des hôp.*, 1846. Récidive rapportée par Perrotte, Th. de Paris, 1857. — MONOD. Soc. anat., 1866. — PANAS. Soc. de chir., 1871. — PAGET (in *Traité de Virchow*) rapporte les cas de Laurence, Stanley, Hunter et Skey. — PONCET. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1876. Th. de Rafin; Th. de Clou. — REBOUL. Soc. anat., 1888; In Th. Mercier, Montpellier 1898-1899. — TRÉLAT. *Gaz. des hôp.*, 1883. — VIENNOIS. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1864-1865.

II. Bibliographie générale. — BILLROTH. *Pathologie et thérapeutique chirurgicale*, 1887. — BROCA. *Traité des tumeurs*, t. II. — CESARINI. Forme rare de lipome, *Revue clin. et thérap.*, avr. 1896. — CHEVALIER. *Étude sur le myxome*, Th. de Paris, 1891. — CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique*, t. IV. — CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*, t. I. — FAYARD. Cong. de Besançon, 1893. — GOSSELIN. *Clinique de la Charité*, 1879. — GUDER. *Berlin. klin. Wochens.*, janv. 1896. — HÉNOCQUE. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. MYXOME. — JALAGUIER. Lipome aigu de la cuisse, Soc. de chir., 1899. — LANCEREAUX. *Anatomie pathologique*, 1889. — LAURENT. *Lipomes traumatiques*, Th. de Paris, 1890. — LEBERT. *Physiologie pathologique*, t. II. — LEJARS. *Clinique de la Pitié*, 1893; Myxolipome du mésentère, Soc. de chir., 1898. — MALENÇON. *Étude des lipomes de la vie de relation*, Th. de Paris, 1895. — MARCAY. *Lipomes diffus de la nuque*, Th. de Paris, 1894-95. — MERCIER. *Lipomes de la cuisse*, Th. de Montpellier, 1898-1899, n° 60. — MORESTIN. Lipome intramusculaire congénital, Soc. anat., 1897. — MULLER. Ein Fall von diffusa Lipoma, *Arch. Langenbeck*, 1889, t. V, p. 39. — POLOSSON. *Clinique chirurgicale*, Lyon 1893. — RAFIN. *Myxome diffus du tissu cellulaire des membres*, Lyon 1885. — RIBET. *Lipome intramusculaire*, Th. de Paris, 1886. — RINDFLEISCH. *Anatomie pathologique.* — ROGER. Diffuse Lipome, *Brit. med. Journ.*, 1889. — ROUVILLE (DE). Lipome kystique de la cuisse, Soc. anat., 1897. — STAMKAPFF. *Diffuse lipoma des Habes*, Diss. Fribourg, 1889. — TERRIER. Myxolipome de la paroi thoracique, *Revue de chir.*, 1894. — VERNEUIL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 414. — VIRCHOW. *Traité des tumeurs*, t. I, p. 416. — WALTHER. Lipome périostique congénital, *Mercredi méd.*, 1895. — ZIEGLER. *Anatomie pathologique.* — VILLARD. *Lyon méd.*, août 1896. — ZWICK. *Charité Annalen*, 1883.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(19 JUIN 1901)

Reverant sur la réduction sanglante des fractures dont a parlé M. Delanglade dans la dernière séance, M. Tuffier soutient cette thèse que toute fracture diaphysaire doit être soumise à la radiographie, et que si celle-ci montre qu'après réduction il n'y a pas une parfaite coaptation, il ne faut pas hésiter à recourir à la réduction sanglante. En effet, ajoute M. Tuffier, la coaptation est impossible à constater autrement que par la radiographie ou la radioscopie. Le chirurgien moderne n'a donc pas le droit de se passer de ce précieux moyen d'examen. Au lieu de regarder la peau et les muscles, il faut regarder les os. C'est ce qu'a fait chaque jour M. Tuffier, à l'aide d'un dispositif très simple consistant en une table d'opération, percée d'ouvertures, munie, en dessous, d'un écran le long duquel glisse la lanterne radioscopique éclairant le foyer de la fracture. Les surfaces osseuses fracturées étant ainsi éclairées, M. Tuffier tente la réduction manuelle, et s'il s'aperçoit qu'elle ne lui donne pas une coaptation parfaite, séance tenante il ouvre le foyer de la fracture et suture directement les fragments l'un à l'autre.

On sait que, dans une série de communications, M. Tuffier a montré que nous nous faisons d'étranges illusions sur la consolidation des fractures. Il y a, en effet, une réduction clinique et une réduction anatomique des fractures. La réduction clinique qui, le plus souvent, satisfait le chirurgien, donne-t-elle au malade tout ce que lui donne la réduction anatomique? M. Tuffier ne le pense pas. La réduction clinique est pour lui un pis-aller. Il est entendu que, dans cette réduction, la coaptation n'est jamais parfaite.

Or, la coaptation imparfaite est loin d'être sans inconvénients pour le malade. L'adaptation, dans ces cas, ne peut se faire qu'avec le secours des articulations voisines, lesquelles en souffrent et deviennent le siège d'arthrites sèches ou d'autres troubles; cela constitue un réel désavantage pour le malade. En outre, les fragments osseux peuvent jouer le rôle de corps étranger pour les parties molles. C'est pour toutes ces raisons, que, lorsque la coaptation est démontrée imparfaite par la radiographie, M. Tuffier a recours à la réduction sanglante.

Celle-ci est-elle bénigne ou grave? M. Tuffier ne dissimule pas qu'elle peut présenter quelque gravité. Ici, l'asepsie la plus sévère est de rigueur. Rien, en effet, n'est plus facile à inoculer qu'un foyer de fracture. Au point de vue de la technique de l'opération, les difficultés croissent avec le temps qui s'est écoulé entre l'accident et le moment de l'intervention. Il faut faire le moins de délabrements possible; il faut laisser le moins de corps étrangers possible; enfin, la coaptation des fragments étant bien obtenue par des fils de bronze d'aluminium, il faut la maintenir d'une façon

définitive par un bon appareil inamovible destiné à assurer une bonne direction, que la suture seule est impuissante à maintenir.

M. Djwora (de Bucharest) a adressé deux mémoires dont rend compte M. Delbet. Le premier mémoire a trait à l'application du procédé de Delbet au **traitement des kystes hydatiques intra-musculaires** ; les choses se passent dans les muscles comme dans l'abdomen. M. Djwora a ainsi obtenu deux succès, par la suture sans drainage ; c'est là une nouvelle et heureuse application du procédé de M. Delbet qui, lui-même, se plait à le reconnaître.

Le second mémoire de M. Djwora a pour titre : **Un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus complet du rectum.** Le premier temps de ce procédé consiste dans la résection de la muqueuse, comme la fait M. Delorme ; le second temps, dans deux ou plusieurs plicatures transversales de la muqueuse prolabée et la réunion entre elles de ces plicatures par un fil commun. Le premier temps appartient sans conteste à M. Delorme, mais la bonne foi de M. Djwora ne saurait être soupçonnée. Quant au second temps, M. Delorme l'a pratiqué également, mais, en date, après M. Djwora. Quoi qu'il en soit, ces deux chirurgiens ont visé le même but.

Cette méthode opératoire a été pratiquée sept fois, quatre fois par M. Delorme, deux fois par M. Djwora et une fois par M. Poirier. Sur ces sept opérés, deux sont morts, celui de M. Poirier et l'un des malades de M. Delorme ; ils sont morts d'infection.

Il est donc légitime de tenir compte de la possibilité de l'infection dans ces cas.

Y a-t-il un moyen d'arriver à ce même résultat de plissement de la muqueuse par un procédé plus simple ? Il y a la rectococcypexie de M. Gérard Marchant, à laquelle M. Delbet donne la préférence, en y joignant la périnéorraphie postérieure ; M. Delbet donne les raisons de cette préférence dans un long parallèle entre les deux méthodes.

M. Quénu a obtenu un très bon résultat de la rectococcypexie. Le procédé de M. Delorme a donné un beau succès à M. Tuffier.

Nous revenons au **tétanos** : M. Rochard, à propos de la communication de M. Reynier, rappelle avoir vu, dans le service de M. Périer, un homme atteint de tétanos ; les injections de sérum, les lavements de chloral restèrent sans résultat et cet homme mourut quelque temps après.

M. Rochard fit, peu de temps après, une cure radicale de hernie, et le malade mourut à son tour de tétanos.

Dans le service de M. Reynier, le tétanos paraît être né à l'hôpital même, M. Reynier accuse le catgut comme l'auteur possible de cette petite épidémie. M. Rochard n'accepte pas cette opinion. Quelques mois auparavant, M. Reynier avait eu déjà un cas de tétanos dans son service.

Quoi qu'il en soit, M. Rochard appelle l'attention sur ce fait intéressant de M. Reynier, dans lequel fut faite une injection préventive de sérum. Ce malade n'est pas mort et l'injection préventive peut bien avoir été pour quelque chose dans l'atténuation du tétanos.

M. Lejars communique deux observations de **tumeurs osseuses de l'aine.** Il s'agit, dans un cas, de masses osseuses assez volumineuses, se développant lentement dans l'aine, à la suite de traumatismes même légers, ce sont des ostéomes musculaires, sans aucune implantation osseuse, se développant en plein psoas et remplissant tout le creux inguinal. Ces tumeurs doivent être enlevées complètement.

M. Potherat montre un **kyste sébacé**, qu'il a enlevé au niveau de la paume de la main, que tous les anatomistes s'accordent à considérer comme dépourvue de glandes sébacées.

On demande l'examen histologique, M. Potherat le fera faire.

REVUE DES THÈSES

De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère, par M. le docteur Alfred PETIT. (Thèse de Paris, 1900.)

Le duodénum, complètement fixe et sous-péritonéal dans ses trois premières portions, hépatique, descendante et horizontale, passe à la terminaison de cette troisième partie, dans le *compas aorto-mésentérique* qui l'immobilise complètement à ce niveau. Au delà, dans sa quatrième portion, il est presque entièrement entouré par le péritoine et n'est soutenu que par le muscle de Treitz qui fixe l'angle duodéno-jéjunal.

Ces notions anatomiques posées dans un excellent chapitre qui sera consulté avec fruit par les étudiants, l'auteur étudie le *mécanisme* de l'obstruction duodénale au niveau de la racine du mésentère.

Ce mécanisme est variable :

a. L'intestin peut être refoulé d'arrière en avant et venir s'écraser, pour ainsi dire, sur la corde mésentérique.

b. Si la branche antérieure du compas, racine du mésentère, par suite de la traction qu'exerce sur elle l'intestin grêle vide de gaz et prolabé, se rapproche de la branche postérieure, aorte appuyée sur la colonne vertébrale, elle comprimera le duodénum au point de produire des phénomènes d'occlusion intestinale.

c. Si les faisceaux musculaires de Treitz sont insuffisants ou absents, la quatrième portion du duodénum, insuffisamment soutenue, pourra se couder à son origine, au niveau de la racine du mésentère.

d. La quatrième portion, partie ascendante du duodénum peut ne pas exister (recherches personnelles). L'angle duodénal est alors situé immédiatement après le passage de l'artère mésentérique supérieure sur le duodénum. Les faisceaux musculaires de Treitz se soutenant mollement, cet angle pourra se déplacer et se couder au niveau de la racine mésentérique.

Chacun de ces mécanismes peut, isolément, produire de l'occlusion duodénale.

Cette occlusion *évolue* d'une façon subaiguë dans la majorité des cas. Dans un cas à évolution aiguë cité par l'auteur on pourrait peut-être invoquer la réunion des trois mécanismes signalés plus haut, se complétant mutuellement.

Cette occlusion subaiguë qui, au début, peut faire croire à de simples phénomènes d'intolérance gastrique, devra être recherchée avec soin. L'absence de ballonnement du ventre, la présence de bile et de sucre pancréatique dans l'estomac, constatée par le tubage, la grande diminution de la quantité d'urine, le caractère des vomissements qui ne sont jamais fécaloïdes, joints aux signes classiques de l'occlusion intestinale, devront faire songer à l'occlusion du duodénum au niveau de la racine du mésentère. On éliminera par l'étude des commémoratifs les autres formes d'occlusion à ce niveau.

On aura grand intérêt à faire le *diagnostic* de bonne heure, le malade devant retirer un grand bénéfice d'une intervention précoce.

Le seul *traitement* est la laparotomie. L'incision médiane, commençant à deux centimètres au-dessous de l'appendice

xyphoïde, ira jusqu'à l'ombilic. Une fois la lésion reconnue et l'obstacle levé, on fera suivant les cas :

Soit une fixation du jéjunum prolabé au mésocôlon transverse, soit une anastomose. Celle-ci peut être la gastro-entéro-anastomose du duodénum avec le jéjunum.

Lorsque la fixation du jéjunum ne suffit pas, c'est l'anastomose de la troisième portion du duodénum avec le jéjunum que l'auteur préconise d'une façon absolue, à moins de conditions tout à fait exceptionnelles.

Contribution à l'étude clinique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les vieillards, par M. le docteur Armand Moret. (Thèse de Paris, 1900.)

Contrairement à l'opinion ordinairement admise, M. Moret, pendant son internat à l'asile de Nanterre, a trouvé fréquemment la tuberculose osseuse et articulaire chez les vieillards.

Sur 3,925 malades il a pu relever 178 cas de tuberculose osseuse ou articulaire.

Parmi les conditions étiologiques pouvant expliquer cette fréquence il n'a rencontré que des causes banales de toutes les infections tuberculeuses.

La marche de la maladie lui a paru lente et son évolution torpide. Le pronostic est cependant assombri par la possibilité toujours menaçante d'une propagation à un autre organe.

La gravité de la maladie résulte d'ailleurs entre autres choses de la localisation de l'affection.

Les régions les plus fréquemment atteintes sont par ordre de fréquence : pied, côtes, genou, sternum, poignet, main, rachis, etc.

Chez les enfants le traitement conservateur est la règle; chez les vieillards, au contraire, les opérations économiques doivent être prescrites. Le traitement d'ailleurs variera selon l'état général du sujet et selon la région lésée.

Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascarides lombricoïdes, par le docteur P. Fayon. (Thèse de Paris, 1901.)

Voilà un sujet d'actualité grâce aux récentes discussions à l'Académie et à la Société de chirurgie.

M. Fayon nous montre qu'il n'est pas besoin, comme on le croyait autrefois, d'un grand nombre d'ascarides lombricoïdes pour produire des phénomènes graves.

Parmi les accidents intestinaux dus à la lombricose, il en est dont les signes sont ceux d'une appendicite avec péritonite généralisée et qui disparaissent lorsque l'intestin est débarrassé de la présence du parasite.

L'ascaride peut être considéré comme étant la cause indirecte de ces lésions, soit en exaltant au niveau du colibacille intestinal, comme il le fait déjà dans la lombricose à forme typhoïde décrite par Chauffard, soit par les microbes que renferment ses excreta. Il peut d'autre part agir comme un corps étranger quelconque de l'intestin et, à ce titre, jouer un rôle dans la perforation appendiculaire et dans les réactions péritonéales qui en dérivent.

Le diagnostic ne diffère pas de celui de l'appendicite simple. Quant à savoir si le lombric doit être mis en cause dans la production des symptômes observés, la question est difficile à résoudre si le parasite n'a pas été rendu ou si ses œufs n'ont pas été retrouvés dans les selles.

Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde, par le docteur R. Proust. (Thèse de Paris, 1901.)

La dothiénentérie confère une immunité acquise, généralement assez durable, à l'individu qui en a été une fois atteint.

Cependant, cette immunité peut être insuffisante, et on a observé un certain nombre de faits de récidives qui sont bien le résultat d'une infection nouvelle par le bacille d'Eberth. Elles ne doivent pas être confondues avec les rechutes, les réitérations, les reversions, résultant d'une nouvelle exaltation de la même infection.

Les récidives ont la même étiologie que la fièvre typhoïde en général, et ne résultent point du réveil d'un foyer de microbisme latent. On les observe surtout en temps d'épidémie. Toutes les causes secondaires débilitantes favorisent la réinfection comme l'infection primitive. La grippe, à ce point de vue, joue un rôle important.

Les récidives sont habituellement moins sérieuses que la première atteinte, mais ce n'est point là une règle absolue, et une fièvre typhoïde banale peut être suivie, après plusieurs années, d'une récidive très grave.

Elles exposent aux mêmes complications que la première atteinte, mais avec une fréquence moins grande.

Le traitement comporte les mêmes indications, et la convalescence nécessite les mêmes précautions qu'une infection typhique primitive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (anatomie et histoire naturelle). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Anatomie. — *Paris* : MM. Rieffel et Cunéo.

Bordeaux : MM. Gentès et Cavalié.

Lille : M. Gérard.

Lyon : M. Regaud.

Montpellier : M. Poujol.

Histoire naturelle. — *Paris* : M. Giart.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — Un concours s'ouvrira le 20 décembre 1901 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 24e semaine, 888 décès, au lieu de 882 pendant la semaine précédente.

Le nombre des décès par variole depuis le commencement de l'année s'est élevé à 254, dont 97 masculins et 157 féminins. Cette énorme différence entre la léthalité des deux sexes ne s'observe que dans l'âge adulte, ainsi qu'on le voit par les chiffres suivants :

Nombre des décès parisiens par variole depuis le 1er janvier jusqu'au 15 juin 1901.

	Masculins.	Féminins.
0 à 4 ans	25	23
5 à 19 ans	6	11
20 à 39 ans	32	82
40 à 59 ans	28	31
60 ans et plus	6	10
Totaux	97	157
	254	

Il est permis d'attribuer cette différence à ce que les hommes ont, bien plus que les femmes, occasion de se faire revacciner à l'âge adulte. Notamment la revaccine est obligatoire pour tous ceux qui font un service militaire.

Il est pourtant très facile aux personnes des deux sexes de se faire revacciner gratuitement dans les mairies ou dans les hôpitaux. Malheureusement un trop grand nombre négligent d'en prendre l'initiative.

La fièvre typhoïde n'a causé que 3 décès (la moyenne est 6).

La rougeole, en diminution sur les deux précédentes se-

maines a causé 20 décès (la moyenne des semaines de juin est de 25).

La scarlatine a causé 4 décès; la coqueluche également 4. Ces chiffres sont plutôt inférieurs à la moyenne.

Au contraire, la diphtérie, a causé 18 décès, chiffre très supérieur à la moyenne 7. On fait observer que les injections de sérum antidiphtérique, pour produire tout leur bienfaisant effet, doivent être pratiquées dès le début de la maladie, et qu'il n'y a pas d'inconvénient sérieux à y recourir avant que la diagnostic soit complètement fixé. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 101, chiffre identique à celui de la semaine précédente.

La diarrhée infantile a causé 33 décès de 0 à 1 an (moyenne 40).

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 116 décès, au lieu de 125 pendant la semaine précédente et au lieu de 119, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 14 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 22 (au lieu de la moyenne 31); autres maladies de l'appareil respiratoire, 73 (au lieu de la moyenne 65), dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire et 39 à la bronchopneumonie. Aucun décès n'est attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès, chiffre voisin de la moyenne; la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 38 décès; les maladies organiques du cœur, 49; le cancer a fait périr 61 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 4; la néphrite, 20; enfin, 20 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 72. — MARDI 25 JUIN 1901. 74e ANNÉE. MARDI 25 JUIN 1901. — N° 72

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours.** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LA FRACTURE DE L'OLÉCRANE ET LA FRACTURE DU COL DU RADIUS CHEZ L'ENFANT, par M. Aug. BROCA, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Sur un nouveau signe précoce de la pneumonie infantile. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LA FRACTURE DE L'OLÉCRANE ET LA FRACTURE DU COL DU RADIUS CHEZ L'ENFANT (1)

Par M. A. BROCA, agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades).

Les lésions traumatiques du coude sont particulièrement fréquentes et graves chez l'enfant, et à côté des contusions, des entorses, dont on aurait tort de méconnaître la possibilité, une large place doit être faite aux luxations, une plus large encore aux fractures, et celles-ci sont particulièrement importantes pour le praticien, de par les difficultés de leur diagnostic et de leur thérapeutique, d'où résultent des réserves sérieuses pour le pronostic.

Parmi ces fractures, celles qu'on observe de beaucoup le plus souvent sont celles de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ce qui nous démontre bien qu'elles sont d'observation courante, c'est que dans mon service de l'hôpital Trousseau, de février 1897 à décembre 1898, mon élève, M. A. Mouchet, a pu en étudier les 127 cas qui servent de base à sa si intéressante thèse inaugurale (2).

Mais pour être les plus banales, et les plus difficiles à traiter, ces fractures ne sont pas les seules que nous ayons besoin de connaître au niveau du coude, et en particulier, vous rencontrerez quelquefois des fractures isolées de l'olécrâne, du col radial. Elles sont rares, sans doute, puisqu'en parallèle avec nos 127 fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, M. Mouchet n'a pu mettre que 6 fractures de l'olécrâne et 11 fractures du col radial. Or les hasards de la clinique font qu'en ce moment nous avons dans nos salles un exemple de chacune de ces variétés rares de fracture du coude. L'occasion me paraît donc heureuse pour vous en entretenir.

Je ne vous dirai que quelques mots sur la fracture de l'olécrâne : elle est, chez l'enfant, non seulement d'une grande rareté relative parmi les lésions traumatiques du coude, mais encore, si on la compare à ce qu'elle est chez l'adulte, d'une réelle rareté absolue. En outre, elle ne présente, en raison de l'âge, que peu de particularités utile à mettre en relief. Mais j'aurai à insister un peu plus sur la fracture du col radial, car celle-là est une lésion rare, sans doute, mais propre à l'enfance, et d'un diagnostic précoce et précis dépend, pour une bonne part, le résultat fonctionnel définitif.

I

L'enfant atteint de la fracture de l'olécrâne est un garçon de six ans qui, jouant à saute-mouton avec ses petits camarades, manqua son coup au moment de sauter et tomba en avant. Tout de suite il se plaignit du coude droit et se laissa relever par sa mère. Quand je le vis à la consultation, je constatai les signes suivants : l'attitude du membre droit était celle des traumatismes du coude; l'avant-bras était fléchi presque à angle droit sur le bras, le poignet soutenu par la main opposée. Le coude était tout entier tuméfié ; le gonflement était régulier, entourant tout le coude et s'étendant à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous, un peu plus marqué cependant à la face postérieure au niveau de l'olécrâne. Là on constatait une ecchymose de l'étendue d'une pièce de deux francs. Vous m'avez vu appuyer très légèrement avec la pulpe du doigt sur cette saillie et l'enfant s'est plaint. Je mettais sans doute le doigt sur un trait de fracture ; la chose était d'autant plus vraisemblable que je ne pressais pas sur les ligaments latéraux; elle était importante à bien localiser parce que l'entorse simple du coude est plus fréquente qu'on ne le croit chez les enfants.

Poussant plus loin mon exploration et cherchant à préciser le siège de la fracture, j'ai senti à la base de l'olécrâne, dont la saillie est encore minime à cet âge, une sorte d'encoche dans laquelle l'ongle entrait assez aisément. En fléchissant le coude, je n'ai pu arriver à augmenter l'étendue de cette encoche, mais en ramenant le membre dans l'extension, j'ai senti un petit craquement dont la nature osseuse ne me parut point douteuse. En saisissant entre le pouce et l'index le fragment osseux supérieur, je pus lui imprimer quelques mouvements de latéralité.

(1) Conférence du 12 juin 1901, rédigée par le docteur A. Mouchet.

(2) Voyez aussi son travail dans la *Gazette des hôpitaux*, 11 et 18 mars 1899; son mémoire sur la fracture du col du radius, dans la *Revue de chir.*, 10 mai 1900.

J'ajoute que les autres parties du squelette du coude, extrémités inférieure de l'humérus et supérieure du radius, m'ont paru absolument indemnes.

La fracture est donc limitée à l'olécrâne. Les troubles fonctionnels du membre correspondant s'accordent nettement avec l'existence d'une semblable lésion. L'enfant ne peut ni fléchir, ni étendre volontairement le bras, ou du moins ces mouvements sont très restreints. En réalité, avec de la patience et de la persuasion — qualités nécessaires quand on examine les enfants — je suis arrivé à obtenir quelques mouvements volontaires de flexion et, d'autre part, aucun obstacle mécanique n'empêchait les mouvements communiqués. Ce fait nous a prouvé qu'il y avait peu de déplacement du fragment olécrânien, et que les ligaments latéraux étaient peu touchés.

Je n'ai pu déterminer dans le coude tout entier de mouvements de latéralité bien notables, et vous savez du reste que, chez l'enfant, ces mouvements peuvent être provoqués normalement dans une certaine étendue. Il n'est point douteux que, lors de mon premier examen, l'articulation ne fût le siège d'un épanchement sanguin, provenant des aréoles spongieuses de l'os fracturé; je ne crois pas que l'hémarthrose ait été considérable, mais elle existait car, sous le gonflement périarticulaire, qui gênait l'exploration de l'olécrâne, on sentait que le fragment supérieur reposait sur quelque chose de mou, de dépressible, qui ne pouvait être qu'un épanchement sanguin intra-articulaire.

Vous le voyez, par tous les signes que je viens de vous énumérer, nous avons affaire à un cas typique de fracture de l'olécrâne et je n'insisterais pas davantage si je ne tenais à revenir sur certains détails de cette fracture, qu'il me paraît intéressant de préciser.

Et d'abord le siège. Chez un enfant, âgé de six ans comme le nôtre, la saillie olécranienne est encore peu développée et le point épiphysaire commence à peine à apparaître. Vous savez d'ailleurs que ce point ne forme que le sommet de l'olécrâne, or je vous ai dit que le trait de fracture chez notre enfant me paraissait siéger nettement à l'union de l'olécrâne et du reste du cubitus, pour tout dire en un mot à la base de l'olécrâne. C'est plus qu'il n'en faut pour éliminer l'hypothèse d'une simple disjonction épiphysaire, et la radiographie pratiquée depuis par M. Infroit, à la Salpêtrière, a confirmé, sur ce point, mon opinion première. Du reste M. Mouchet nous a appris que dans la plupart des fractures épiphysaires des os du coude, exception faite de l'épitrochlée, le trait siège en pleine diaphyse; la prétendue disjonction épiphysaire n'est presque toujours, dans ces cas, qu'une fracture diaphysaire juxta-épiphysaire. Le fait est presque constant pour les fractures du condyle externe,; M. Mouchet l'a trouvé constant pour les fractures du col du radius; mais vous allez voir qu'il y a des exceptions à cette règle.

Pour l'olécrâne, dans les rares cas que nous avons vus chez l'enfant, il s'agissait tantôt de fractures transversales au-dessous du cartilage épiphysaire, tantôt de fractures plus ou moins obliques. Dans plusieurs cas, il y avait coexistence de fractures du condyle de l'humérus ou de fracture de l'épitrochlée. Nous n'observons pas pareille association chez notre enfant.

Relativement au mécanisme des fractures de l'olécrâne dans le jeune âge, le cas dont je vous parle n'est point fait pour apporter à la question quelque nouvel éclaircissement. M. Mouchet pense, avec d'autres, que les enfants ne se brisent pas l'olécrâne au cours de contractions brusques du triceps, comme le font les adultes; le faible développement du système musculaire dans le jeune âge ne permet guère d'invoquer ce mécanisme : et c'est aussi mon avis. J'inclinerais à croire avec Mouchet que le plus souvent la fracture a lieu par choc direct, le coude fléchi frappant le sol par la face postérieure. Le malheur est que nous ne pouvons obtenir ni des enfants qui tombent ni des parents qui les ramassent — encore moins des parents, dirai-je volontiers — des renseignements précis sur la façon dont la chute de l'enfant est survenue.

D'autre part, l'expérimentation cadavérique ne peut nous éclairer suffisamment; il lui manque un facteur de premier ordre, la contraction musculaire, pour reproduire exactement la réalité.

Peu nous importe, du reste, le mécanisme de cette fracture : c'est une notion qu'il n'est pas indispensable d'obtenir pour appliquer un traitement convenable.

Sur ce chapitre thérapeutique, je serai bref; je me contenterai de formuler cette proposition fondamentale : *une fracture juxta-articulaire sans déplacement* chez l'enfant, comme chez l'adulte, *doit être traitée uniquement par le massage et la mobilisation.*

Dans les cas où le déplacement des fragments est susceptible d'entraver les mouvements de l'articulation, des moyens spéciaux peuvent devenir nécessaires. J'ai fait traiter ce petit malade par des séances quotidiennes de massage et de mobilisation. Pendant quinze jours environ, l'enfant aura le bras entouré d'un léger pansement ouaté et maintenu à angle droit par une attelle en zinc incorporée dans ce pansement. Au bout de ce temps, le bras sera abandonné à lui-même, et l'enfant sollicité de s'en servir. Nous éviterons ainsi ces raideurs articulaires, ces atrophies musculaires qui faisaient le désespoir de nos ancêtres et vous pourrez apprécier les heureux résultats d'un traitement bien conduit dès le début.

Jusqu'à présent, dans les fractures de l'olécrâne que j'ai observés chez l'enfant, ce traitement simple m'a donné de bons résultats et je n'ai jamais eu besoin de songer à la suture de l'olécrâne. Dans le cas particulier, l'amélioration, en six jours, est déjà considérable : le gonflement périarticulaire a beaucoup diminué, l'hémarthrose est résorbée, la région est devenue à peu près indolente et quelques mouvements volontaires reviennent. Le pronostic est donc ici bénin, et il y a un signe qui, dès le début, m'a fait l'envisager ainsi : l'écartement était léger, et n'augmentait pas par la flexion du coude. Cela prouvait que l'appareil ligamentaire latéral, les ailerons olécraniens, pour faire une comparaison avec la rotule, n'avait que peu souffert, et c'est là, pour le fonctionnement définitif du membre après fracture de l'olécrâne, un fait des plus importants.

II

Le deuxième cas de fracture du coude dont je désire vous parler est plus spécial à la pathologie chirurgicale infantile, car il a trait à une lésion qu'on n'observe guère que chez l'enfant : la fracture isolée du col du radius. Cette fracture est rare, son étude est en général négligée, et par exemple dans le *Traité* de Malgaigne, t. I, p. 600, voici les seules lignes qui la concernent :

« A. Cooper a élevé des doutes sur la réalité des fractures du col du radius. J'avais cru, pour ma part, en avoir observé un certain nombre chez des enfants qu'on avait imprudem-

ment soulevés par le poignet, mais des expériences faites sur le cadavre m'ont démontré qu'il y avait alors subluxation plutôt que fracture. »

Cette dernière assertion, qu'aujourd'hui je vous signale seulement en passant, est, je crois, tout à fait exacte. Mais dans tout cela que devient la fracture du col du radius? Nous en restons aux doutes d'A. Cooper. Or, cette fracture existe, et en voici un exemple.

Le garçon de onze ans que je vous présente était, il y a quatre semaines, le 12 mai 1901, monté sur une chaise lorsque, levant les bras en l'air, il perdit l'équilibre et tomba sur le coude gauche. Dans quelle attitude? il ne peut le préciser et je viens de vous dire combien il était difficile, presque impossible, d'avoir sur ce point un renseignement exact.

L'enfant souffrit un peu du coude au moment de la chute; il vit apparaître quelques heures après un léger gonflement à la partie externe et ce fut tout. Le lendemain, il fut confié aux soins d'une masseuse qui pratiqua sur lui quatre séances de mobilisation espacées par d'assez longs intervalles. Les parents, remarquant la persistance d'une saillie anormale à la partie supéro-externe de l'avant-bras gauche, m'amenèrent cet enfant à la consultation, il y a quelques jours le 7 juin. Et à ce moment, comme à l'heure actuelle, voici ce que vous pouviez remarquer.

Le bras et l'avant-bras sont plus grêles à gauche qu'à droite; le biceps et les muscles antéro-externes de l'avant-bras surtout, sont notablement atrophiés. Le membre est dans une attitude de demi pronation permanente; et l'on voit une saillie soulever le muscle long supinateur à sa partie supérieure. Il suffit de mettre le doigt sur cette saillie pour lui trouver une dureté osseuse; cet os ne peut être que l'extrémité supérieure du radius. D'ailleurs, suivez avec le doigt la tige radiale de bas en haut : la chose est très facile, avec l'amaigrissement des muscles antéro-externes de l'avant-bras; vous sentirez le radius se redresser anormalement en avant, formant une sorte de dos d'âne au voisinage de l'articulation du coude, puis vous ne sentirez plus rien en avant, mais vous retrouverez l'os en dehors et un peu en arrière. Cherchez à saisir entre le pouce et l'index toute l'extrémité supérieure du radius, et vous la sentirez considérablement agrandie dans son diamètre antéro-postérieur. Il semble que la partie toute supérieure, articulaire, de l'os ait basculé en dehors tandis que la portion diaphysaire est venue pointer en avant. La surface de la saillie osseuse externe est un peu rugueuse. Si je passe à l'examen de la mobilité du coude, je constate que les mouvements de flexion et d'extension sont à peu près normaux; la flexion est un peu moins complète que du côté droit, l'extension est aussi marquée. Seuls, les mouvements de pronation et de supination sont très limités : on peut exagérer un peu la pronation; mais la supination est impossible et douloureuse. On sent qu'elle est empêchée par un obstacle que l'on ne peut vaincre, et cet obstacle est évidemment lié à la fracture de l'extrémité supérieure du radius que l'enfant a eue il y a trois semaines. Je signale, pour terminer, les mouvements de latéralité en dehors, un peu exagérés, que présente le coude de ce sujet.

Il s'agit donc d'une fracture de l'extrémité supérieure du radius mal consolidée. Cette consolidation est évidente : vous savez du reste de quelle activité ostéogénique est doué le périoste des enfants et vous devez prévoir qu'au bout de trois semaines, la fracture de notre jeune sujet ne pourrait présenter d'autre cal qu'un cal osseux.

Quelle est la variété de cette fracture? Quand nous avons dit : fracture de l'extrémité supérieure du radius, nous n'avons pas suffisamment précisé le siège du trait de fracture. Est-ce la tête radiale, est-ce le col, est-ce la diaphyse au-dessous du col qui est intéressée? Avant d'avoir la belle radiographie de M. Infroit que je vous présente actuellement, je vous avais dit qu'il s'agissait très certainement d'une fracture du col et j'avais avancé ce fait, parce que la fracture du col est assez fréquente chez l'enfant. Je l'ai observée pour ma part assez souvent et la lecture d'un élégant mémoire de M. Mouchet dans la *Revue de chirurgie* (1), basé sur 11 cas observés dans mon service, a tiré cette fracture du mystérieux oubli dans lequel elle restait ensevelie. C'est d'après le travail de M. Mouchet, que je vous décrirai le tableau clinique de cette variété de fracture, trop peu connue ou trop négligée jusqu'ici, et j'espère que pas un de vous, en sortant d'ici, ne manquera de reconnaître et de traiter comme il convient un enfant atteint de fracture du col du radius.

Sachez donc que cette variété de fractures s'observe presque exclusivement entre neuf et douze ans. Passé douze ans, vous la rencontrerez exceptionnellement; au-dessous de neuf ans, c'est la luxation incomplète de la tête du radius en avant que vous aurez souvent l'occasion de traiter. D'autre part, sur nos 12 sujets, je compte 11 garçons et l'unique fille portait une fracture incomplète.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les fractures, Malgaigne, Hamilton, Hoffa, ont insisté sur la rareté de celle-ci; d'autres, Coulon, Voillemier, ne l'ont pas observée. Dans les 11 observations publiées par M. Mouchet, le siège est fixe, constant, au *col même du radius*, par conséquent *à un niveau bien inférieur à celui du cartilage épiphysaire*. Il suffit d'ouvrir l'*Atlas d'ostéologie* de Rambaud et Renault, ou mieux de fendre quelques têtes radiales d'enfants, pour voir que le point épiphysaire de la tête du radius constitue seulement une mince lame osseuse, immédiatement sous-jacente à la cupule radiale. Il n'est donc pas exact de dire, avec Hoffa, que la fracture du col radial est en règle générale, chez les jeunes sujets, un décollement épiphysaire : et sur les deux pièces que j'ai déjà obtenues par résection, il y avait sûrement fracture du col au-dessous de l'épiphyse.

Autant que j'ai pu en juger par les interventions opératoires que j'ai dû pratiquer chez deux malades, le ligament annulaire est le plus souvent intact, c'est le ligament latéral externe qui est plus ou moins rompu, déchiré à son insertion.

Quelquefois fixés sans déplacement par un certain degré de pénétration, les fragments sont presque toujours déplacés : le fragment inférieur, diaphysaire, est attiré en haut et en avant par le muscle biceps; le fragment supérieur, la tête radiale, bascule en dehors. Il peut basculer parfois en avant, grâce sans doute à la rupture du faible ligament antérieur et vient, dans les mouvements de rotation qu'on lui imprime (pronation ou supination), rouler contre le bord antérieur de la petite cavité sigmoïde; c'est là probablement, en l'absence de toute érosion des surfaces articulaires, l'explication du craquement assez rude que nous sentions après consolidation, dans les mouvements de pronation ou de supination, chez un enfant que nous avons dû opérer.

---

(1) Mouchet. Les fractures du col du radius, *Revue de chir.*, 10 mai 1900.

En général les deux fragments restent en contact — même déplacés — sur une petite portion de la surface fracturée : il ne faut pas oublier que, pour l'appréciation de ce déplacement, la radiographie ne viendra en aide à l'examen clinique, si difficile dans cette région, qu'à une condition, c'est que plusieurs épreuves soient prises dans des plans différents ; une seule épreuve risquerait fort d'induire en erreur sur la nature et le degré du déplacement.

Dans le cas présent, les deux radiographies de M. Infroit que je vous présente, prises l'une de face et l'autre de profil nous prouvent que nous avons affaire au déplacement typique mais très prononcé ; la tête semble avoir basculé complètement en dehors et je ne suis pas certain qu'elle reste en contact avec la surface fracturée du fragment diaphysaire.

Nous ne savons rien de précis sur le mécanisme. J'ai opéré un enfant chez lequel un violent appui de la paume de la main sur un mur avait déterminé la fracture, et Mouchet admet que celle-ci doit succéder souvent à une chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant attiré en *supination forcée*. Mais ses recherches expérimentales n'ont pu aboutir, et il croit que la contraction musculaire joue un rôle important dans la genèse de cette fracture.

Je n'insiste pas sur cette pathogénie non plus que sur la symptomatologie. La *douleur limitée au col du radius, et réveillée par la supination*, tel est le signe capital de cette variété de fractures ; la radiographie, si vous pouvez l'avoir à votre disposition, lèvera toute hésitation, mais à la condition expresse que vous l'ayez fait précéder par un examen clinique approfondi, sans quoi elle perd toute sa valeur, lorsqu'il s'agit de cas complexes, d'une interprétation délicate, et il s'en présente fréquemment de semblables.

Vous avez vu que je n'ai parlé ni de crépitation ni de mobilité anormale. C'est que, la première, vous devez toujours éviter de la rechercher, en matière de fractures, sous peine d'accroître les dégâts. Quant à la seconde, outre qu'elle peut manquer, elle est en général très difficile à obtenir dans une région protégée par des muscles épais dont l'infiltration sanguine augmente encore le volume.

Lorsque vous êtes en présence d'une lésion traumatique de l'extrémité supérieure du radius, votre première pensée doit être pour une *fracture du col du radius*, si l'enfant *a de neuf à douze ans*, pour une subluxation du radius en bas ou *luxation par élongation* si l'*enfant a de deux à quatre ans*. Vous savez que cette dernière affection consiste dans une luxation incomplète du radius en bas et en avant avec pincement du bord libre du ligament annulaire entre le radius et le condyle huméral. Il s'agit d'enfants qu'on a tirés brusquement par le poignet pour prévenir une chute ou qu'on a soulevés par l'avant-bras pour leur faire franchir un ruisseau ou monter sur un trottoir. Au moment où arrive l'accident, l'enfant se plaint du coude, laisse pendre son avant-bras inerte le long du corps en pronation plus ou moins complète, et refuse absolument de se servir de son membre. Examinez-le et vous constatez que tous les mouvements, sauf celui de supination, sont libres. Imprimez à l'avant-bras une supination brusque avec flexion, vous sentez un claquement et tout rentre dans l'ordre.

Je suppose donc que vous avez éliminé cette subluxation incomplète du radius : que vous reste-t-il à discuter ? La *luxation du radius isolée en avant* ? Mais vous savez combien cette lésion est rare, et je vous ai dit, dans une précédente leçon où je vous en présentai un bel exemple, combien cette luxation était aisée à diagnostiquer.

Méfiez-vous, si vous êtes appelés à voir l'enfant aussitôt après l'accident, lorsque le membre est très tuméfié, de croire à une fracture de l'extrémité supérieure du radius, alors qu'il s'agit d'une fracture du *condyle huméral*. Le fait est arrivé à Hahn en présence d'une fracture partielle du condyle, de cette fracture que Hahn appelle *fracture de la rotula* et que Mouchet désigne sous le nom plus expressif de *décalottement du condyle articulaire*. Dans un cas de ce genre, ne comptez pas même sur les rayons X pour vous apporter la lumière qui vous manque : le cartilage étant traversé par eux n'apparaîtra pas sur votre épreuve, et tout ce que vous pourrez apprendre ainsi, c'est qu'il ne s'agit pas d'une fracture du radius ; c'est bien, mais ce n'est pas assez.

Autrement embarrassant est le diagnostic avec une *fracture de la tête radiale*, comme la fracture partielle, « Meisselfracture » des Allemands, dans laquelle une tranche de la cupule radiale est détachée de la tête ; Löbker en a cité plusieurs observations ; Gallet en a publié une nouvelle l'an passé dans la *Clinique de Bruxelles*. Mais ce diagnostic n'a guère à se présenter à votre esprit chez les enfants, surtout à l'âge de neuf à douze ans, parce que chez eux la fracture du col du radius est la règle, la fracture de la tête, l'exception.

Vous avez reconnu une fracture du col du radius, ce n'est pas tout, il s'agit de la traiter.

Mouchet a soigné lui-même huit malades atteints de cette lésion, dont plusieurs avec un déplacement notable des fragments, et il a vu tous les enfants recouvrer l'intégrité fonctionnelle du membre. Il a massé et mobilisé quotidiennement ces enfants, « sans se préoccuper le moins du monde d'une réduction souvent impossible à faire, toujours impossible à maintenir. » Je vous cite ses propres termes. Il ajoute : « Il est illusoire de vouloir assurer la contention des fragments par un bandage quelconque, il serait même dangereux de le faire pour le bon fonctionnement de l'articulation. » Je souscris entièrement à cette opinion, et je félicite Mouchet des heureux résultats qu'il a obtenus sur une série de huit malades, mais je suis moins porté que lui à attribuer à une thérapeutique défectueuse les consolidations vicieuses que l'on observe de temps à autre dans les fractures du col du radius. La preuve en est que sur les trois fractures à consolidation vicieuse, publiées par Mouchet, il y en a déjà une qui avait été soignée très consciencieusement, dès l'accident, par notre ami Verneuil (de Bruxelles) ; nous manquons d'éléments pour apprécier, en toute connaissance de cause, le traitement suivi dans les deux autres cas, mais il semble que cette proportion de cals vicieux soit faite pour nous inspirer quelque méfiance. Dans le cas que je vous présente ici, je doute évidemment que le massage et la mobilisation aient été aussi judicieusement ou aussi longuement employés qu'il eût fallu, mais le déplacement était sans doute trop considérable pour que le simple massage pût suffire, je ne dis pas à le corriger, mais à permettre un fonctionnement satisfaisant de l'articulation radio-cubitale supérieure. En pareil cas, c'est en effet la pronation ou la supination — surtout celle-ci — qui ont à souffrir de la consolidation vicieuse ; notre jeune enfant a sa flexion et son extension normales, mais la perte des rapports de la tête radiale avec la cavité sigmoïde du cubitus supprime les mouvements de pronation ou de supination.

Pour conclure, je vous répète que vous devez rejeter tout

appareil immobilisateur, gouttière plâtrée ou attelles; vous devez traiter ces fractures par le *massage* et la *mobilisation*, c'est le traitement rationnel le seul capable de sauvegarder les mouvements de l'avant-bras; mais je le crois voué à l'impuissance dans certains cas de grand déplacement des fragments. Si pareil échec vous arrive, vous ne devez pas recourir à l'immobilisation ou au port d'un bandage plus ou moins compliqué; vous n'avez qu'une ressource efficace, *la résection de la radiale*, et vous ne devez pas hésiter à la pratiquer précocement pour éviter des complications possibles du côté des organes voisins, surtout des nerfs. Vous n'avez rien à gagner à l'attente. Je crois qu'il faut se montrer très sobre d'opérations osseuses dans le traitement des fractures chez les enfants, parce qu'il n'est pas sans inconvénient de supprimer tout ou partie du cartilage épiphysaire qui préside à l'accroissement en longueur des os, mais cet inconvénient devient insignifiant quand il s'agit de l'os le moins important d'un segment de membre à deux os, du radius au membre supérieur, du péroné au membre inférieur.

J'ai déjà pratiqué deux fois cette résection de la tête radiale, Mouchet une fois et nous avons obtenu d'excellents résultats. Nos malades ont un léger degré de cubitus valgus et c'est tout. Le retour des mouvements de pronation et de supination est parfait. C'est cette opération que je me propose de pratiquer sur le petit malade en question. Après ostéotomie du col, il est probable que je serai obligé de recourir à la résection de la tête, trop déplacée et trop déformée pour pouvoir être remise en place. Après cette résection, je vous ai déjà dit que, chez l'enfant, le cubitus valgus pouvait devenir notable: mais dans la position où maintenant est la tête, complètement luxée en dehors, avec le large vide qu'elle a laissé entre le fragment supérieur et le condyle huméral, vous concevez qu'en tout cas l'accroissement en longueur par l'épiphyse supérieure soit définitivement annulé et que le cubitus valgus ne puisse être évité. Si donc je suis forcé de réséquer, le sujet n'y aura sûrement rien perdu à cet égard, et d'après l'histoire des autres malades que j'ai traités, je crois être certain qu'il y gagnera pour la pronation et la supination.

P.-S. — L'opération a été pratiquée le 14 juin. La tête radiale, placée de champ en dehors, était fixée à l'extrémité supérieure de la diaphyse par une petite colonne osseuse, coudée à angle droit. Sitôt qu'elle a été réséquée, la supination a pu être complète. Le ligament annulaire était rompu. L'examen de la pièce a prouvé qu'il s'agissait ici, non pas d'une fracture pure, mais d'un trait constitué sur la moitié interne par un décollement épiphysaire, sur la moitié externe par une fracture.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(21 JUIN 1901)

Jamais, peut-être, il n'y eut à la Société médicale des hôpitaux pareille animation. Il n'y avait pas moins de dix-huit communications à l'ordre du jour de la dernière séance. La place forcément restreinte nous oblige à résumer seulement les points les plus saillants des travaux publiés.

Voici d'abord MM. Gilbert et Lereboullet, qui reviennent sur la question qui leur tient tant au cœur, de l'**ictère acholurique**. Cette fois ils étudient, en montrant plusieurs malades, la forme rénale de cet ictère; ils cherchent à démontrer — ce qui, pour être juste, n'arrive pas à convaincre tous les membres de la Société — qu'un certain nombre de cas d'ictère acholurique simple sont accompagnés de symptômes rénaux, lesquels, passant parfois au premier plan, peuvent faire méconnaître l'affection des voies biliaires qui est à leur origine. Le plus fréquemment, il y a albuminurie intermittente; quelquefois, par l'épreuve du bleu, on décèle l'existence d'une légère imperméabilité rénale; il peut arriver, enfin, que certains malades atteints d'ictère acholurique simple, depuis plus ou moins longtemps, éprouvent des crises d'hémoglobinurie paroxystique, *a frigore*, sans causes appréciables autres que l'ictère acholurique avec cholémie parfois très accentuée. Au point de vue pathogénique, ces divers faits s'expliquent peut-être par une action nocive exercée par le foie sur le rein, analogue à celle qu'on observe dans les néphrites biliaires consécutives aux angiocholites graves. Ce n'est pas la bile qui semble ici être en cause, car la cholémie ne paraît pas exercer d'influence fâcheuse sur le rein : peut-être s'agit-il d'albuminurie hépathogène, due à un trouble fonctionnel du foie; il semble plus vraisemblable que la lésion rénale, le plus souvent minime, est due à la toxi-infection, causée par l'angiocholite chronique légère, qui est à la base de l'ictère acholurique simple. Au degré près, le mécanisme serait ici le même que pour les néphrites biliaires graves.

Ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est le lien pathogénique entre l'ictère acholurique simple et certains accidents rénaux, et la nécessité d'agir à la fois sur la cause et sur l'effet.

M. Laignel-Lavastine rapporte les **numérations leucocytaires du liquide céphalo-rachidien de 40 malades**. Dans 21 cas de paralysie générale, il a trouvé que le nombre total des leucocytes par millimètre cube était environ de 5, ce chiffre montant souvent à 23 ou 30, soit tout au début, soit à la fin de la maladie. Dans 4 autres cas de paralysie générale, il n'a pas trouvé plus de 0,5 leucocytes par millimètre cube, quantité qu'il ne croit pas suffisamment différente du nombre normal pour lui attribuer une valeur pathologique. Au point de vue de la formule leucocytaire de la paralysie générale, il confirme les résultats déjà publiés. Dans les autres affections, méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale, tabes, intoxications alcoolique et absinthique, il n'ajoute aux faits déjà connus de lymphocytose, que la mesure exprimée des chiffres de cette leucocytose. Enfin, ayant constaté qu'à la suite d'une première ponction, qui avait donné du liquide normal, une légère leucocytose s'était produite, il se demande si la réaction cytologique céphalo-rachidienne n'est pas si sensible qu'une simple piqûre aseptique suffise à la produire.

A propos du cyto-diagnostic encore, citons l'observation de MM. Souques et Quiserne relative à un cas de **méningite tuberculeuse à forme hémiplégique**. Dans ce cas la méningite tuberculeuse se manifesta d'abord par des attaques transitoires d'hémiplégie ne durant que quelques minutes ou quelques heures. Seulement au bout de quatre jours l'hémiplégie s'installa définitivement. Le signe de Kernig était des plus nets. On fit une ponction lombaire qui révéla de la lymphocytose avec hypotonie du liquide. La méninge était perméable à l'iodure. La malade mourut. A l'autopsie on constata une méningite tuberculeuse en plaques des zones motrices du côté gauche. Sans le cyto-diagnostic, le diagnostic aurait pu être hésitant.

M. Simonin rappelle une observation d'**ophtalmoplégie externe partielle dissociée et périphérique au début d'une rougeole**. Ce cas a trait à un jeune soldat de vingt et un ans qui, au deuxième jour d'une rougeole, eut une céphalée très violente avec vertige; le lendemain, l'œil gauche était rempli de muco-pus : puis les mouvements de l'œil vers l'angle externe furent impossibles; quelques jours plus tard le re-

leveur de la paupière supérieure fut de même paralysé, mais le droit supérieur resta intact. La paralysie dura cinq jours. Cette paralysie est attribuée par l'auteur aux toxines mêmes de la rougeole.

MM. Launois et Bensaude montrent une malade de trente-quatre ans, alcoolique, atteinte de **lipomes symétriques dans différents points du corps et d'un collier graisseux caractéristique.** C'est un fait relativement rare; car, de contume, l'adénolipomatose symétrique se rencontre surtout chez l'homme.

M. Hirtz communique l'observation d'un **double phlegmon périnéphrétique suppuré**, survenu à la suite d'une angine. M. Bouilly incisa la région lombaire et évacua une assez grande quantité de pus, à streptocoques. Cependant, dès le lendemain, la température remonta et il fallut une deuxième incision pour amener l'évacuation complète du pus et la guérison.

M. Le Gendre présente, au nom de M. Fremont, l'observation d'une malade atteinte de **diarrhée chronique ayant amené un état très grave**; dès le lendemain de l'administration de la gasterine, les selles étaient moulées, l'état général se relevait. D'après M. Fremont, cet exemple prouve que cette diarrhée était due, non pas à une lésion intestinale, mais à une insuffisance de la digestion stomacale.

MM. Ménétrier et Aubertin communiquent une nouvelle observation de **péritonite à pneumocoques chez un adulte.** Les points particuliers de cette observation sont la localisation et l'enkystement du pus dans le côté gauche de l'abdomen, la notion d'une pneumonie antérieure, enfin l'existence d'une cirrhose atrophique du foie à peu près latente jusque là et qui explique que le péritoine ait été en état de moindre résistance.

MM. Launois et Camus rapportent trois cas de **méningite cérébro-spinale à évolution cyclique.** Dans les trois cas, la maladie a frappé en pleine santé des adolescents de même âge, la durée fut identiquement la même, la défervescence s'est faite dans les trois cas au neuvième jour, le signe de Kernig a existé d'une façon constante et les réflexes rotuliens, abolis d'abord, ont reparu rapidement après la chute de la température. La guérison a été très rapide.

M. Letulle rapporte un cas de **pneumothorax chez un diabétique.** Le pneumothorax s'est produit par la rupture de la plèvre au niveau d'une bronche dilatée. C'est un fait rare, car, d'ordinaire, le pneumothorax ne s'observe guère qu'à la suite des poussées de broncho-pneumonie tuberculeuse, Trois faits rendent le cas actuel intéressant car, pour conditionner le pneumothorax, il a fallu un concours curieux de circonstances : 1° la dilatation des bronches se produisant juste en face du point où la plèvre était le plus faible ; 2° la tuberculisation de cette bronche dilatée, ce qui est exceptionnel; 3° la localisation de cette tuberculose juste en face du défaut de la cuirasse pleurale.

MM. Widal et Mourette rappellent qu'il y a peu de temps l'attention de la Société a été attirée par M. Troisier sur **l'expulsion spontanée des gros calculs biliaires**, et qu'ils ont eu l'occasion d'observer récemment un cas d'obstruction intestinale qui mérite d'être rapporté en raison de la question d'intervention qu'il avait soulevée et du traitement qui a favorisé l'expulsion du gros calcul obstruant. Voici le fait. Chez une femme de soixante-six ans, n'ayant jamais présenté ni coliques hépatiques, ni ictère, survint brusquement une douleur dans l'hypocondre droit, au voisinage de l'ombilic. Cette douleur fut bientôt suivie de vomissements biliaires, puis fécaloïdes.

L'obstruction intestinale était complète; la malade ne rendait par l'anus, ni gaz, ni matières; avant toute tentative d'opération on songea à désobstruer l'intestin par l'administration de grands lavements d'huile d'olive stérilisée de 500 grammes et de 400 grammes. Le deuxième lavement détermina l'expulsion d'un calcul biliaire gros comme un œuf de poule. La malade guérit.

En présence donc d'une obstruction intestinale de cause inconnue, il faut penser plus souvent qu'on ne le fait à l'occlusion par calcul développé au cours d'une lithiase biliaire presque latente.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur un nouveau signe précoce de la pneumonie infantile.

M. Weill vient, dans une communication à la Société des sciences médicales de Lyon (1), d'insister sur un signe qu'il a observé dans la pneumonie infantile d'une façon à peu près constante. C'est le *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade.*

Après l'avoir recherché dans toutes les affections respiratoires, M. Weill est arrivé à la conviction qu'il n'existe que dans la pneumonie. Dans la pleurésie et le pneumo-thorax, l'expansion peut manquer du côté malade, mais elle embrasse tout le côté, qui est en rapport immédiat avec le siège de l'épanchement.

Elle fera défaut à la base ou, si l'épanchement est étendu, dans tout le côté malade. Au contraire, dans la pneumonie, le siège du défaut d'expansion est limité à la région sous-claviculaire, même et surtout quand la pneumonie siège à la base.

C'est un signe précoce, qui se montre dès les premiers jours et qui dure souvent au delà du terme même de la maladie.

La précocité de ce signe lui donne une très grande valeur, car il arrive souvent que les signes physiques font défaut jusqu'aux cinquième, sixième et septième jours, dans cette forme que M. Weill a désignée sous le nom expressif de *pneumonie centrifuge.*

On sait qu'au début on peut penser, dans les cas de pneumonie infantile, à toutes sortes d'affections.

M. Weil a pu, grâce à ce signe, affirmer d'emblée la pneumonie dans des états qualifiés d'appendicite, de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe.

Ce signe est d'une constatation très facile. Il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration se soit régularisée pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés.

Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés, on voit très bien que du côté sain la main est soulevée comme par une vague, tandis que du côté malade la main est entraînée de bas en haut comme par un courant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 JUILLET 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 1er JUILLET, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

A une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Gley, Launois et Walther; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Lejars; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Méry; — M. Segond, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tuffier, Reynier et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Sébileau; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 2 JUILLET, à une heure. — 2e (officiat de santé, définitif) : MM. Hallopeau, Launois et Faure.

(1) *Lyon méd.*, 23 juin 1901.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Berger, Poirier et Bar.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Raymond et Thoinot; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Charrin et Vaquez; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Thiroloix; — M. Campenon, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Pozzi, Schwartz et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Troisier et Maran; — (2e série) : MM. Chantemesse, Ménétrier et Dupré; — M. Richelot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 3 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Segond, Lepage et Walther; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 4 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Schwartz, Richelot et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 5 JUILLET, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

2e (2e partie) : MM. Retterer, Gley et André.

3e (oral, 2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Thoinot et Méry; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Legueu, Reclus et Lejars; — (2e série) : MM Reynier, Walther et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier; — M. Sébileau, suppléant.

SAMEDI 6 JUILLET, à une heure. — 1er : MM. Launois, Poirier et Albarran.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Joffroy, Troisier et Gilbert; — (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Campenon et Faure; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Debove, Thiroloix et Marfan; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Widal et Vaquez; — Quénu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Wallich, Maygrier et Bonnaire; — M. Gley, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décret, en date du 20 juin 1901, M. Morain, médecin de première classe de la marine, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

L'Académie des sciences morales et politiques vient de décerner un prix de 2000 francs à M. le docteur Corlieu, bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine, pour son *Centenaire de la Faculté de Paris*.

La chaleur radiante lumineuse, agent thérapeutique. Les appareils Dowsing; bains d'air chaud jusqu'à 260 degrés centigrades; bains de chaleur et de lumière, par le docteur P. Guyenot (d'Aix les-Bains). Un vol. in-8° avec 3 pl. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 73. — JEUDI 27 JUIN 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 27 JUIN 1901. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours. DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE GAUCHE; FORME TEMPORO-MAXILLAIRE, par M. Ch. BAYLE, interne des hôpitaux de Lyon. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Sur la crampe du pylore; — *Médecine infantile :* Les injections préventives de sérum antidiphtérique; — *Chirurgie :* Quelques faits personnels d'anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne; — L'administration du nitrite d'amyle contre les troubles consécutifs à la rachicocaïnisation; — *Otologie* : Furonculose du conduit auditif externe simulant la mastoïdite; — *Obstétrique :* Contribution à l'étude de la circulation placentaire à l'aide de la radiographie; — *Bactériologie :* La réaction de fixation avec les bacilles morts; — Stérilisation des crachats tuberculeux par l'aniodol; — Pouvoir bactéricide du sérum d'un cheval immunisé contre le streptocoque; — A propos du virus rabique; — Sur la sérothérapie antirabique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE GAUCHE

FORME TEMPORO-MAXILLAIRE

Par M. Ch. BAYLE, interne des hôpitaux de Lyon.

Dans une dernière communication à l'Académie de médecine (1) sur l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années, MM. Poncet et Bérard établissaient le bilan de cette maladie durant cette période, soit en France soit à l'étranger. Ils faisaient remarquer que les cas d'actinomycose cervico-faciale étaient considérés en Allemagne, en Angleterre, en Autriche, en Italie, en Russie, en Suisse et en Suède, comme des faits trop connus, pour mériter une publication distincte, à propos de chaque cas isolé.

« En France, disaient-ils, la connaissance de l'actinomycose n'est pas encore aussi généralisée, moins peut-être parce qu'elle y est peu commune, que parce que les médecins ne veulent pas s'astreindre à élucider l'origine de tous les cas d'inflammation chronique à allure suspecte qu'ils rencontrent.

On se croit, en général, dispensé de toute nouvelle recherche, lorsque, à un premier examen du pus des fongosités ou des parois d'abcès et de trajets fistuleux chroniques, on n'a pas décelé de grains jaunes. Or, il est exceptionnel que de telles conditions d'examen donnent un résultat positif; d'abord parce que les grains jaunes ne se trouvent guère, en abondance, que dans les collections récentes ou encore vierges de toute exposition à l'air, et aussi, parce que non seulement ces grains, mais toutes les autres formes du parasite (mycélium incurvé, ramifié, sporulé) disparaissent d'ordinaire des lésions, dès qu'elles sont modifiées par des infections secondaires. Le champignon colonise alors plus profondément, et on le découvrirait sans doute, si l'on explorait l'épaisseur même des parois des fistules, ou les zones celluleuses infiltrées au voisinage, quand il n'existe déjà plus dans les tissus superficiels en désagrégation. Mais il faut savoir que dans ces zones d'infiltration, les massues caractéristiques du grain jaune peuvent faire défaut, et que la forme mycélienne du parasite, qui seule subsiste, demande pour être reconnue un élément microscopique approfondi. Aussi ne doit-on pas considérer l'actinomycose comme une affection exclusivement de laboratoire, dont le diagnostic n'est possible que par la constatation d'emblée des grains jaunes ou du mycélium. Comme toujours en clinique il importe d'abord de dégager les caractères séméiologiques généraux de l'affection, qui sont pour l'actinomycose :

L'aspect hybride à la fois inflammatoire et néoplasique des lésions;

Leur évolution torpide, capricieuse, avec cicatrisation d'anciennes fistules au voisinage immédiat de foyers récents ou en voie d'extension.

A la face et au cou en particulier, on est frappé de l'empâtement diffus, en général très douloureux, avec trismus, précoce, serré, dès que les plans musculaires superficiels sont envahis, et de l'absence de tout engorgement ganglionnaire, malgré l'existence de plusieurs trajets ou collections ulcérés.

Quand ces caractères se trouvent réunis, même après une recherche infructueuse du parasite, le diagnostic d'actinomycose est probable. Il doit être, non rejeté de suite, comme on a trop de tendance à le faire, mais simplement réservé, jusqu'à ce que de nouveaux examens microscopiques, plusieurs fois répétés, l'aient confirmé ou démontré incertain. Nous disons incertain et non pas faux, car il n'est actuellement aucune maladie infectieuse, à commencer par la tuberculose, dont le diagnostic clinique exige pour être fait la constatation directe de l'agent causal dans les lésions. »

(1) De l'actinomycose humaine pendant les deux dernières années (1898-99), séance du 27 mars 1900.

Ces quelques remarques de MM. Poncet et Bérard s'appliquent de tout point au nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire que nous publions et dont voici l'observation :

A. T..., âgé de soixante quatre ans, exerçant la profession de cultivateur dans la banlieue de Lyon, est entré au mois d'avril dernier à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le professeur agrégé Rollet pour un phlegmon déjà ancien de la joue gauche. M. Rollet fit, d'après les caractères cliniques, le diagnostic de : phlegmon actinomycosique. Il adressa alors obligeamment ce malade à la clinique de M. le professeur Poncet, pour qu'un examen microscopique fût pratiqué.

A. T... est donc entré le 20 mai dernier à la Clinique.

On ne trouve dans ses antécédents héréditaires ou autres aucune particularité. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Aucune maladie antérieure avant l'affection actuelle. Le malade a toujours été cultivateur. Il ne sait pas lire et, en dehors des travaux des champs, il soignait des vaches chez lesquelles il n'aurait jamais remarqué, suivant la demande qui lui en est faite, de *grosseur au niveau des mâchoires*.

C'est un homme de petite taille, pâle, malingre, dans un état des plus apparents de misère physiologique. Les dents sont toutes en très mauvais état. La plupart ne sont plus représentées que par de vieux chicots, recouverts de tartre, émergeant de gencives ulcérées.

Nous ne trouvons chez lui aucune cause directe de contamination. C'est ainsi, comme nous l'avons fait remarquer, qu'il ne paraît pas avoir été en contact avec des animaux malades, c'est ainsi qu'il n'avait pas l'habitude de mâchonner des débris d'herbe, de paille etc.

L'apparition a débuté, il y a tantôt deux mois, par des douleurs vives dans la joue gauche qui devint rapidement le siège d'une tuméfaction notable. En même temps survenait un trismus des plus prononcés, qui s'opposait à la mastication et permettait à peine l'issue de la pointe de la langue entre les arcades dentaires rapprochées. Le malade resta pendant une quinzaine de jours dans cette situation, continuant de souffrir et dans l'impossibilité de s'alimenter. Un médecin, appelé sur ces entrefaites, fit très probablement, le diagnostic d'abcès d'origine dentaire et pratiqua sur le point culminant de la tumeur, vers la partie moyenne de la joue, une incision qui, au dire du malade, donna issue à une quantité notable de pus, puis il l'envoya à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu on constate un gonflement encore notable, occupant surtout la région parotidienne gauche, remontant un peu au-dessus de l'arcade zygomatique, et descendant au niveau de l'angle inférieur et de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Cette tuméfaction est dure, ligneuse, sans changement de coloration de la peau. Elle forme un plastron induré, dans l'espèce, caractéristique.

L'attention est, en outre, immédiatement appelée par l'existence de deux orifices fistuleux, distants, l'un de l'autre, de cinq à six millimètres, et situés en avant du bord antérieur du masséter, plus ou moins au-dessus de la branche horizontale de la mâchoire. Par ces fistules s'échappe, mais en très petite quantité, une sérosité à peine purulente. Il existe en outre un trismus des plus marqués. La pointe de la langue s'engage avec peine entre les arcades dentaires.

L'exploration directe avec le doigt, avec l'œil, ne révèle aucune lésion dentaire spéciale à la région malade. Il n'existe, d'autre part, ni abcès, ni fistule buccale, ni tuméfaction osseuse appréciable. Pas d'adénite.

En tenant compte de ces caractères cliniques M. Poncet confirme le diagnostic de M. Rollet. Il croit également à une actinomycose temporo-maxillaire.

Ce diagnostic paraît d'autant plus probable que le cathétérisme, avec un stylet fin, de chaque fistule ne permet pas de trouver de point osseux dénudé. Il conduit profondément par deux trajets obliques, de 7 à 8 centimètres, dans les parties profondes de la région tempro-maxillaire. Ces orifices sont agrandis avec la pointe du bistouri, et par la pression sur les parties avoisinantes tuméfiées on fait sourdre un peu de liquide séro-purulent, qui est recueilli avec soin sur des lamelles de verre. On aperçoit alors plusieurs petits grains offrant macroscopiquement tous les signes des grains jaunes caractéristiques. Ces grains qui ressemblaient beaucoup, disons-nous, à des actinomyces, furent immédiatement examinés au laboratoire de la Clinique par M. L. Dor. Histologiquement, ils se présentaient sous l'aspect d'amas cellulaires, n'ayant aucun caractère commun avec la constitution des amas parasitaires. Il s'agissait probablement, d'après M. Dor, d'une inflammation des cellules endothéliales provenant des lymphatiques ou des vaisseaux sanguins de la région.

Devant ce résultat négatif, le diagnostic fut laissé en suspens, mais M. Poncet n'en persista pas moins dans celui d'une lésion actinomycosique.

A la suite de l'incision des orifices fistuleux, du curetage des fistules, et probablement aussi sous l'influence de la médication iodurée qui avait été immédiatement instituée (le malade prenait 4 grammes d'iodure de potassium par jour), les fistules parurent se cicatriser ; mais il y a quelques jours apparaissait, un peu au-dessus de l'angle inférieur de la mâchoire, une tuméfaction du volume d'une petite noisette, avec rougeur de la peau à son niveau. Cette induration était nettement fluctuante. A l'incision, elle fournit quelques gouttes d'une sérosité louche qui, recueillie dans un tube en verre, laissa sur les parois de petits grains qui avaient, à s'y méprendre, encore tous les caractères grossiers des grains jaunes habituels. Ils furent examinés séance tenante par M. Dor. Ces grains étaient, sous le champ du microscope, constitués par des amas granuleux, colorables en jaune par le picro-carmin. Ils différaient complètement, dans leur structure, des grains jaunes précédemment examinés ; mais il n'y avait nulle part de massues, et encore cette fois le diagnostic histologique paraissait devoir rester douteux. La question devait être tranchée par une nouvelle investigation.

L'examen du grain écrasé et coloré par la méthode de Gram fit, en effet, découvrir un mycélinm à dichotomie, tellement caractéristique que le doute n'était plus possible.

Il s'agissait bien d'actinomycose, mais les grains n'avaient pas de massues, ainsi que la chose a été constatée assez souvent et ainsi du reste que nous l'avons fait remarquer au début de cet article à propos de certaines lésions actinomycosiques. Quant à savoir si les premiers grains examinés et dans lesquels on ne trouvait que des amas de cellules étaient aussi des grains actinomycosiques modifiés, étouffés par des cellules, c'est un point qui ne peut être tranché d'une façon certaine.

Notre observation offre, on le voit, un réel intérêt. Elle démontre la grande valeur des signes cliniques qui ont permis à MM. Rollet et Poncet de poser le diagnostic d'actinomycose et la nécessité d'examens histologiques répétés et expérimentés (L. Dor). C'est à ces divers points de vue que nous la publions et, pour de plus amples détails sur des faits similaires, nous ne pouvons que renvoyer au *Traité clinique de l'actinomycose humaine* de MM. A. Poncet et L. Bérard, dans lequel de nombreuses figures achèvent la démonstration des descriptions.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(25 juin 1901)

Sous ce titre : **Quelques graphiques de la pression sanguine et de l'état des forces chez les neurasthéniques**, M. de Fleury lit une courte note dont voici le résumé :

Quand on étudie au jour le jour les variations dynamométriques, de la pression sanguine, du pouls périphérique, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez les neurasthéniques, on constate qu'ils ne sont pas tous de simples déprimés.

Les uns, véritables épuisés du système nerveux, ont de l'hypotension artérielle, et la courbe de leurs énergies vitales se relève, à mesure qu'ils s'améliorent sous l'influence du repos et du traitement tonique.

Les autres, neurasthéniques à hypertension, sont des intoxiqués, chez qui l'encrassement des centres nerveux détermine des symptômes qui, au premier abord, ressemblent à s'y méprendre à ceux de la dépression pure et simple par surmenage.

Ces intoxiqués (uricémiques, goutteux, demi-alcooliques, diabétiques, etc.) guérissent — non point par la médication tonique et le repos — mais par tout ce qui élimine, exercices physiques, régime lacto-végétarien, diurétiques, etc.

A chacun de ces deux types de malades correspond donc une thérapeutique tout à fait différente, et cela nous donne la clef d'un très grand nombre d'insuccès. On les évitera en recueillant soigneusement, chez tous ses malades, ces tracés qui renseignent, non seulement sur la direction générale à donner au traitement, mais encore sur les variations que l'état actuel des malades commande d'y apporter quotidiennement.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Raymond.

M. Laborde présente à ses collègues de l'Académie un **amplificateur audiométrique** pour sourds, que vient, sur des principes nouveaux, et par application des idées qui ont présidé à la construction des parleurs automatiques (microphonographes), d'inventer M. Dussaud. Cet appareil, très simple, très portatif, amplifie à volonté la parole et permet de l'entendre aux ouïes les plus mauvaises, ainsi que le montrent les essais déjà réalisés et les résultats déjà obtenus.

Avec cet appareil, les exercices auriculaires peuvent être faits sur lui-même par le sourd.

Le reste de la séance a été occupé par trois élections :

Celle de M. Troisier, comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale, qui a été élu par 70 suffrages sur 74 votants ;

Celle de M. Galtier (de Lyon), comme associé national ;

Et celles de MM. Lion (de Marseille) et Motais (d'Angers) comme membres correspondants nationaux.

Puis, à quatre heures, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Franck, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle. La liste de présentation est arrêtée comme suit :

En première ligne, M. Delage ;

En deuxième ligne, MM. Bureau et Trouessart ;

En troisième ligne, MM. Bardet, Gilbert et Merklen.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur la crampe du pylore. [M. L. Bouveret (de Lyon).] — La crampe du pylore joue un rôle fort important dans la pathologie de l'estomac. Elle est probablement la cause de la plupart des douleurs gastriques. Avec assez d'exactitude on l'a comparée au spasme du sphincter anal. Il faut bien reconnaître cependant que, du moins jusqu'à présent, on n'en a pas donné la démonstration directe. Or, dans quelques cas, la démonstration est possible ; on peut sentir le pylore contracturé et acquérir la preuve qu'il s'agit bien d'une contracture.

M. Bouveret a constaté plusieurs fois cette contracture du pylore, à peu près toujours dans les mêmes conditions, chez des femmes amaigries et souffrant depuis longtemps d'une forte hyperchlorhydrie. Chez la femme, le pylore est plus accessible ; il est abaissé et rapproché de la ligne médiane par la constriction du corset. Il devient ainsi plus superficiel et tend à se placer au-devant de la colonne vertébrale, condition plus favorable à la palpation.

Pendant les accès douloureux de l'hyperchlorhydrie, l'auteur a senti à l'épigastre, dans la situation occupée par le pylore, une petite tumeur cylindrique, mobile, du volume de l'index, douloureuse au toucher, ferme mais sans dureté ligneuse. Cette petite tumeur rappelle tout à fait, comme forme et consistance, le côlon descendant contracturé de certaines constipations spasmodiques. Cette tumeur n'est pas permanente ; si la palpation est assez attentive et prolongée, le doigt la sent disparaître, puis se produire de nouveau. C'est bien la preuve qu'elle est due à la contraction d'un organe musculaire. D'ailleurs, la douleur spontanée de la malade diminue en même temps que disparaît la tuméfaction épigastrique.

Ce petit fait n'est pas sans intérêt. D'abord il établit la réalité de la crampe du pylore. Il permet en outre d'éviter quelques erreurs de diagnostic. Il faut savoir que le pylore simplement contracturé peut former une tumeur perceptible par la palpation de l'épigastre. Dans les cas observés par M. Bouveret on aurait pu croire à l'existence d'un néoplasme ou d'une induration cicatricielle. Il suffit, pour reconnaître la contracture du pylore, de palper assez longtemps et avec assez d'attention ; le doigt finit toujours par constater les alternatives d'apparition et de disparition de la petite tumeur cylindrique de l'épigastre. (*Lyon méd.*, 23 juin 1901.) F. R.

MÉDECINE INFANTILE

Les injections préventives de sérum antidiphtérique. — Au cours de la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de pédiatrie sur les injections préventives de sérum antidiphtérique, M. Ausset (de Lille) a fait une communication dans laquelle il se montre un partisan convaincu de l'injection préventive.

Les risques de l'injection préventive sont bien minimes, et l'on ne peut comparer les petits accidents d'exanthème qui peuvent se produire à la suite de l'injection, à la diphtérie hypertoxique que cette injection peut faire éviter.

M. Ausset pense donc que, lorsque « dans une famille un cas de diphtérie se déclare, il y a tout intérêt à pratiquer une injection préventive de sérum aux frères et sœurs du malade. *Cette pratique ne présente aucun risque sérieux*, tandis qu'en s'abstenant on court le risque de voir apparaître une diphtérie grave mettant les jours de l'enfant en danger. La dose à injecter sera le plus habituellement suffisante avec 5 centimètres cubes. Cela n'empêchera pas d'éloigner du malade les autres enfants, car on se souviendra que l'action préventive du sérum ne dure qu'environ trois semaines,

tandis que le malade peut rester contagieux bien plus longtemps ». (Soc. de pédiatrie, 11 juin 1901.) F. R.

CHIRURGIE

Quelques faits personnels d'anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne. — M. de Rouville rapporte l'observation de 17 cas dans lesquels il a employé ce mode d'anesthésie : il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

Il est en effet sans dangers ; à condition que la ponction soit toujours pratiquée au-dessous de la 3e vertèbre lombaire, que les mains de l'opérateur, la seringue, l'aiguille et la région lombaire soient parfaitement aseptiques, et que la solution de cocaïne soit parfaitement stérilisée et préparée de fraîche date. M. de Rouville emploie soit une solution à 1 p. 100 (injection de 1 centigr. 1/2 à 2 centigrammes), soit une solution à 2 p. 100 (injection de 1 centigramme). Ces doses sont tout à fait suffisantes (une heure à une heure et quart d'anesthésie). (*Montpellier méd.*, 1900, t. XI, p. 296.) L. I.

L'administration du nitrite d'amyle contre les troubles consécutifs à la rachicocaïnisation. [M. Aurelio Cordero (de Parme).] — Parmi les troubles dus aux injections de cocaïne par la voie lombaire les plus constants sont le vomissement, la céphalée persistante et l'élévation de température M. A. Cordero, assistant du professeur Ceccherelli, semble avoir trouvé dans le nitrite d'amyle un moyen de prévenir ces troubles en opposant les propriétés vaso-dilatatrices de ce médicament à l'action vaso-constrictive de la cocaïne.

Voici comment il procède.

Il laisse tomber sur une compresse de gaze III à IV gouttes de nitrite d'amyle et il la fait respirer à l'opéré quelques minutes après la ponction lombaire suivie de l'injection de cocaïne.

On voit alors la face des malades rougir rapidement et ses pupilles se contracter. Pour maintenir ce léger état de congestion, il suffit de faire respirer de temps en temps quelques gouttes de nitrite. Si la congestion se fait trop vive, on ôte rapidement la compresse.

Dans 27 cas, M. Cordero a expérimenté ces inhalations à la suite de la rachicocaïnisation. Il n'a observé à la suite ni tremblements, ni sueurs froides, ni angoisses.

Sur 27 malades, 9 sont restés complètement apyrétiques; dans la majorité des cas, les malades ont eu pendant vingt-quatre heures, 37°5, 37°6. Dans 4 cas seulement on a noté de 38°5 à 39 degrés ; encore ces élévations du température n'étaient-elles pas dues à la cocaïne mais à une infection quelconque.

Les inhalations furent bien supportées, la quantité de nitrite d'amyle employée varia entre XV à XX gouttes environ et ne causa aucun inconvénient. Dans quelques cas on a noté une très légère irritation des voies respiratoires supérieures.

Dans les observations citées, la quantité de cocaïne injectée fut de 6 à 9 milligrammes en solution à 0,5 p. 100. Les injections furent faites très lentement après évacuation d'une quantité de liquide égale à la quantité de solution à injecter. (*Gazzetta degli osp. e delle clin.*, 1901, n° 72.) L. G.

OTOLOGIE

Furonculose du conduit auditif externe simulant la mastoïdite. — M. Galbraith Connal déclare qu'il est parfois très difficile de faire le diagnostic entre la mastoïdite et l'œdème rétro-auriculaire qui accompagne un furoncle du conduit auditif. On conçoit que, s'il existe en même temps une otite moyenne purulente, le problème devient très ardu. On doit faire un examen des plus attentifs et rechercher s'il n'existe pas dans le conduit un gonflement localisé avec un point très sensible à la pression. L'auteur fait mention d'un cas qu'il a observé chez un enfant de huit ans. Depuis huit jours il se plaignait de surdité et d'une vive douleur dans l'oreille gauche. La nuit, tout sommeil était impossible.

Il avait toujours été, jusqu'alors, vigoureux et bien portant. L'examen du conduit auditif décela deux petits furoncles. La région mastoïdienne gauche présentait de l'œdème, de même que les paupières du côté correspondant. On pratiqua l'incision des furoncles, évacuant ainsi quelques gouttelettes de pus renfermant du staphylocoque doré. Au bout d'une semaine, l'enfant était complètement guéri. (*Brit. med. Journ.*, 25 mai 1901.) A. H.

OBSTÉTRIQUE

Contribution à l'étude de la circulation placentaire à l'aide de la radiographie. — M. Reynès, après avoir injecté les vaisseaux placentaires avec du mercure, a radiographié plusieurs placentas, et sur les clichés ainsi obtenus il a pu étudier la circulation placentaire.

Voici les résultats qu'a fournis cette nouvelle application de la radiographie :

1° L'injection au mercure, poussée par une artère ombilicale, revient par l'autre, et tout le système artériel placentaire se trouve injecté, preuve d'importantes anastomoses entre les deux vaisseaux. L'injection au mercure poussée par les artères ombilicales ne revient jamais par la veine, ni réciproquement.

2° Tous les gros troncs artériels et veineux circulent à la surface fœtale du chorion placentaire ; ils ne plongent dans l'épaisseur du placenta qu'arrivés à la base de leur territoire de distribution, qui paraît correspondre pour chacun d'eux à un cotylédon.

3° La veine présente autant de ramifications importantes à elle seule que les deux artères réunies.

4° Quoique ne cheminant pas côte à côte à la surface fœtale du placenta, les ramifications veineuses et artérielles de même importance semblent groupées par deux pour pénétrer dans l'épaisseur placentaire (artère) et en sortir (veine) par un même point.

5° Chaque tronc artériel ou veineux parvenu au cotylédon qu'il irrigue, plonge verticalement par un coude brusque, et au lieu de se diviser dichotomiquement il éclate en un bouquet de petits vaisseaux, formant un chevelu très épais.

6° En général, les petits vaisseaux prennent dans l'épaisseur placentaire une direction opposée à celle qu'avait le gros vaisseau à la surface fœtale du placenta. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 11 mai 1900, *Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 587.) L. I.

BACTÉRIOLOGIE

La réaction de fixation avec les bacilles morts. — MM. F. Widal et L. Le Sourd ont montré dans un précédent travail (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1901, n° 69, p. 667), que la réaction de fixation de Bordet pouvait être décelée chez l'homme au cours même de la fièvre typhoïde.

Ils ont recherché si en employant des bacilles typhiques stérilisés par la chaleur, on pouvait encore observer la réaction.

Ils ont fait usage d'une culture de bacilles typhiques sur gélose âgée de vingt-quatre heures, émulsionnée dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000. Cette émulsion était stérilisée pendant trois quarts d'heure à 61 degrés.

La réaction s'exerçait avec ces bacilles morts aussi nettement qu'avec les bacilles vivants : l'alexine ou cytase était fixée tout aussi bien sur les bacilles morts sensibilisés par le sérum typhique et les globules rouges du mélange restaient intacts sans subir l'hémolyse. Cette réaction, comme lorsqu'on opère sur les bacilles vivants, est plus ou moins complète, suivant le sérum typhique employé. (Soc. de biol., 22 juin 1901.) L. G.

Stérilisation des crachats tuberculeux par l'aniodol. — M. V. Griffon (de Paris) a expérimenté l'action antiseptique de l'aniodol sur le bacille de la tuberculose, spécialement au point de vue de la stérilisation des crachats des tuberculeux.

Si l'on verse une solution d'aniodol au centième dans un crachoir contenant l'expectoration d'un phtisique, et si on laisse en contact crachats et antiseptique pendant au moins vingt-quatre heures, l'on détruit la virulence des bacilles antérieurement constatés dans ces crachats, et l'on peut dès lors, les inoculer au cobaye sans tuberculiser l'animal.

Les expériences ont porté sur un grand nombre d'échantillons de crachats, très riches en bacilles de Koch, ainsi que le montrait l'examen microscopique préalable, et tous doués d'une virulence certaine pour le cobaye. Un animal témoin était inoculé à chaque fois avec des crachats non soumis à l'action de la solution d'aniodol, et sacrifié en même temps que les cobayes qui avaient reçu les crachats immergés dans l'antiseptique. Les lésions tuberculeuses étaient toujours manifestes chez cet animal témoin.

Les bacilles des crachats qui ont séjourné vingt-quatre heures dans l'aniodol peuvent être encore décelés au microscope, après coloration par la solution de Ziehl; ils ne sont plus virulents, ou du moins ne déterminent plus, chez le cobaye, au point d'inoculation, qu'une petite réaction inflammatoire, le plus souvent caséeuse, sans adénopathie correspondante et surtout sans retentissement sur les organes profonds.

Cette propriété que possède l'aniodol de rendre inoffensif le bacille tuberculeux, sans altérer trop profondément ses caractères morphologiques et ses affinités colorantes, permettra de l'utiliser pour l'envoi à distance (par la poste, par exemple) des crachats destinés à être analysés dans un laboratoire. On conçoit, en effet, qu'il peut ne pas être sans danger de faire voyager ainsi des crachats bacilifères. Or, l'aniodol fait perdre aux crachats leur virulence, et M. Griffon a pu se rendre compte qu'après une immersion de cinq jours dans la solution au 100e, les bacilles étaient encore très faciles à reconnaître, quoiqu'un peu plus faiblement teintés que dans les conditions ordinaires d'examen.

Si la durée du séjour dans la solution d'aniodol n'atteint pas vingt-quatre heures, les crachats inoculés au cobaye déterminent presque toujours une tuberculose manifeste, atténuée il est vrai, à marche beaucoup plus lente que chez les cobayes témoins. De même, si la solution est à un titre faible, au 500e ou au 1000e, la virulence des crachats est amoindrie, mais les cobayes inoculés finissent par succomber.

Si l'on veut stériliser à coup sûr des crachats tuberculeux, il faut donc, d'une part, une solution d'aniodol assez forte (au 100e) et, d'autre part, un contact des crachats et de l'antiseptique d'une durée de vingt-quatre heures au moins. (Soc. de biol., 15 juin 1901.) F. R.

Pouvoir bactéricide du sérum d'un cheval immunisé contre le streptocoque. — MM. Rodet et Poujol se sont proposé de voir ce que donnerait une méthode particulière d'immunisation à l'égard du streptocoque, consistant à donner seulement des cultures filtrées à l'exclusion des corps microbiens; c'est-à-dire à impressionner l'organisme par de grandes quantités de produits solubles, en les empruntant à des races multiples de streptocoques. Après plusieurs mois d'immunisation d'un cheval par cette méthode, ils ont cherché comment son sérum se comportait à l'égard du streptocoque. Semé dans un mélange de bouillon et de ce sérum, le streptocoque végéta plus lentement et beaucoup plus pauvrement que dans un mélange de bouillon et de sérum de cheval neuf. Il s'agissait donc d'une propriété bactéricide faible, par conséquent les produits solubles du streptocoque ne sont pas inertes, et déterminent dans l'organisme une certaine propriété bactéricide. Ceci vient à l'appui de la thèse qui veut que l'acquisition de propriétés bactéricides spécifiques n'exige pas l'intervention des corps microbiens. (*Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 172.) L. I.

A propos du virus rabique. — MM. Rodet et Galavielle ont entrepris des expériences relatives à l'influence du séjour en glycérine sur le virus rabique.

Les cerveaux de lapins morts de rage, immergés dans la glycérine neutre stérilisée, ne perdent leur virulence qu'au bout d'un grand nombre de mois. La virulence se perd au bout d'un temps qui n'a rien de constant, et l'on ne saisit pas de transition graduelle entre une activité encore assez grande et la perte du pouvoir infectant. Ainsi, comme pour les moelles soumises à la dessiccation, il semble y avoir une phase d'atténuation; mais il semble y avoir passage brusque d'une atténuation peu marquée à la perte totale de virulence, comme si, lorsque le virus est affaibli, ses effets étaient empêchés par une matière antagoniste ou vaccinante ce qui suggère l'hypothèse de la présence dans les centres nerveux rabiques, d'une matière susceptible de contrebalancer les effets de la matière virulente.

Les auteurs ont recherché si les cerveaux rabiques longtemps conservés en glycérine pouvaient être utilisés comme matière vaccinale. Ils ont constaté que par une série d'injections de ces cerveaux, on peut donner l'immunité au lapin bien mieux qu'avec le virus frais, et que la voie péritonéale est plus efficace que la voie sous-cutanée. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 22 décembre 1899; *Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 57.) L. I.

Sur la sérothérapie antirabique. — MM. Rodet et Galavielle ont fait des expériences avec le sérum d'un mouton soumis à une longue série d'injections de virus rabique dans les veines. Administré à des lapins à divers moments par rapport à l'introduction du virus, et par diverses voies notamment par injection intra-cérébrale, le sérum n'a jamais empêché la rage d'éclater, ni arrêté une rage confirmée. Cependant il a manifesté une certaine propriété préventive caractérisée par le retard de la mort et une forme un peu spéciale de la maladie, quand il a été introduit par trépanation en même temps que le virus. Ce sérum paraît donc bien contenir une matière antirabique, mais peu active, et qui, au point de vue pratique, ne fournit aucune ressource utile. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 9 mars 1900; *Montpellier médical*, 1900, t. X, p. 381.) L. I.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuels de thérapeutique clinique (1), publiés sous la direction de M. G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille.

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière, par le docteur Phocas. — Le manuel que M. Phocas présente aujourd'hui au public médical, sous les auspices du professeur de Lille, est un résumé de thérapeutique clinique, envisagée surtout au point de vue pratique, c'est-à-dire exposée de façon à pouvoir être consultée par les praticiens qui, tout en ne s'occupant pas de chirurgie, ont besoin d'être tenus au courant des méthodes chirurgicales modernes et de leurs indications.

Il était impossible à l'auteur d'aborder à fond la description de la technique opératoire, il n'eût pu le faire sans alourdir son œuvre, ni sans lui donner une étendue que l'esprit de l'ouvrage ne comporte pas. Mais s'il a négligé les

(1) In-8°. Prix de l'ouvrage complet : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

grandes opérations il a su insister, au contraire, sur les opérations courantes, sur celles que le médecin est constamment appelé à pratiquer.

Ce petit livre est le fruit de l'expérience personnelle de l'auteur. Il n'est encombré ni de bibliographie, ni de discussion théorique.

A ce premier volume de thérapeutique chirurgicale générale fait suite un volume consacré aux spécialités.

Le deuxième fascicule, consacré aux *Maladies spéciales*, comprend les maladies des yeux, par M. Baudry, professeur à la Faculté de Lille; les maladies « du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles », par M. Malherbe, ancien interne des hôpitaux de Paris, et les « maladies des dents et de la bouche », par le docteur Béal (de Lille).

La deuxième partie de l'ouvrage, concernant les maladies de la peau, doit paraître incessamment et sera remise aux souscripteurs. C'est un livre avant tout de pratique courante. La note exacte de l'esprit qui a présidé à la confection de l'ouvrage est donnée par M. Baudry, quand il dit « avoir volontairement limité son étude à celles des maladies des yeux que doivent connaître tous les praticiens et dont le diagnostic et le traitement ne réclament ni instrumentation ni connaissances spéciales ».

Le fascicule présenté aujourd'hui est en réalité formé de trois petits volumes séparés, écrits chacun par un spécialiste compétent et au point de vue exclusif de la thérapeutique usuelle.

Weiteres über Malaria Imunitat und Latinzteriend (1), par le docteur Albert PLEHN.

Le travail du docteur Plehn, basé sur les observations rigoureuses faites au Kameroun, est une sorte de traité très complet sur la question de l'immunité dans la malaria. Il se recommande à la lecture de tous ceux qui s'intéressent à cette question.

Einführung su das studium der Malariakrankeiten (2), par le docteur REINHOLD RUGE.

Cet ouvrage, dont l'importance est hors de doute, sera lu par tous les auteurs qui se sont occupés ces temps derniers de l'étiologie du paludisme. Des figures fort bien exécutées ne font qu'ajouter de la valeur à ce travail, dans lequel on trouvera une foule de faits très instructifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

PHYSIQUE. — *Toulouse* : M. Cluzet.

CHIMIE. — *Bordeaux* : M. Benech.

Toulouse : pas de nomination.

PHARMACIE. — *Paris* : M. Richaud.

Bordeaux : M. Dupouy.

Lille : M. Vallée.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par arrêté ministériel du 24 juin 1901, les professeurs, les agrégés en exercice et les agrégés de cours des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, sont convoqués le jeudi 11 juillet 1901, à l'effet d'élire un délégué au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Bleicher, décédé.

XIVe Congrès international de médecine (Madrid). — Les travaux préparatoires du XIVe Congrès international ont commencé. Le comité exécutif a été constitué ainsi qu'il suit : président, M. le professeur Julian Colleja y Sanchez; secrétaire général, M. le docteur Angel Fernandez Caro y Nouvilas; trésorier, M. le docteur José Gomez y Ocaña; membres, MM. les présidents et secrétaires des sections.

Extrait du règlement. — ART. 4. — Le XIVe Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le roi D. Alphonse XIII et la reine régente, du 23 au 30 avril 1903. La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril. Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

ART. 3. — Le montant de la cotisation est de 38 pesetas. Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription dès maintenant et jusqu'à l'ouverture du Congrès, au secrétariat général (Faculté de médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité; cette carte servira pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux congressistes.

ART. 9. — Le Congrès sera divisé en 16 sections suivantes : I. Anatomie (anthropologie, anatomie comparée, embryologie, anatomie descriptive, histologie normale et tératologie). — II. Physiologie, physique et chimie biologiques. — III. Pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie. — IV. Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale. — V. Pathologie interne. — VI. Neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle. — VII. Pédiatrie. — VIII. Dermatologie et syphiligraphie. — IX. Chirurgie et opérations chirurgicales. — X. Ophtalmologie. — XI. Otologie, rhinologie et laryngologie. — XII. Odontologie. — XIII. Obstétrique et gynécologie. — XIV. Médecine et hygiène militaire navale. — XV. Hygiène, épidémiologie et science sanitaire technique. — XVI. Médecine légale.

ARTICLE COMPLÉMENTAIRE. — Les dames appartenant aux familles des congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le paiement de 12 pesetas par personne.

Intérêts professionnels. — Un procès intéressant et qui durait depuis longtemps vient d'être jugé à Nantes. Voici les faits d'après la *Gazette médicale de Nantes* :

« Un homme entre à l'Hôtel-Dieu, atteint de fièvre paludéenne très grave, contractée à Madagascar. Les accès, très intenses, très redoutables, ressemblent beaucoup à ce qu'on a coutume d'appeler la fièvre pernicieuse. Pour comble d'infortune, l'estomac est tout à fait intolérant; la quinine est toujours vomie et semble aggraver la maladie plutôt que l'atténuer. Force est donc d'administrer le médicament spécifique par la voie hypodermique. Le traitement ainsi appliqué est couronné de succès et le malade est guéri.

Vous pourriez croire, vous, les naïfs, que l'homme tiré d'une affaire aussi mauvaise éprouvera quelque sentiment de gratitude pour ses médecins. Si vous raisonniez de la sorte, vous montreriez votre ignorance profonde du cœur humain.

Le malade en question ne manifesta aucune reconnaissance, ce que, d'ailleurs, on ne lui demandait pas; ce qui, même, eût provoqué un grand étonnement, à cause de la nouveauté. Il traîna devant les tribunaux les médecins qui l'avaient guéri.

Pourquoi?

Parce qu'une des injections sous-cutanées de quinine avait occasionné une paralysie transitoire du pouce et de l'index, en raison d'une malechance singulière, explicable tout de même par la mauvaise qualité du terrain (névropathies périphériques imputables à diverses intoxications et infections).

Comme la mode est aux indemnités (ce que nous approuvons entièrement jusqu'à l'abus exclusivement), le malade, sauvé pourtant d'une infection paludéenne de la plus haute gravité, réclama une indemnité.

Le tribunal civil de Nantes vient de se prononcer. Il a mis les médecins hors de cause et a débouté le malade (?) de ses demandes.

C'est un résultat très important. Un verdict différent eût créé un précédent déplorable. Quand les tribunaux condamneront un

(1) In-8°. Prix : 5 marks. — Iéna, G. Fischer.

(2) In-8°. Prix : 4 marks. — Iéna, G. Fischer.

médecin à payer des dommages et intérêts pour un accident imprévu, impossible à prévenir, ou même pour un accident possible et prévu, l'exercice de la médecine deviendra inabordable. »

L'hygiène des laboratoires. — La commission chargée d'étudier les mesures propres à préserver les étudiants et le public des dangers qui pourraient résulter des recherches poursuivies dans les laboratoires de bactériologie, vient de terminer ses travaux et a présenté avant-hier ses conclusions à M. Leygues.

Les élèves seront désormais tenus de préserver leurs blouses par des tabliers, qui devront être renouvelés après chaque séance et désinfectés avant d'être livrés au blanchissage.

L'usage de la cigarette est interdit durant le temps des recherches, et cette prescription est des plus importantes, car la cigarette, déposée sur une table, peut se souiller de germes malsains, qui sont ensuite déposés dans la bouche.

Cette mesure n'est pas étendue aux salles de dissection, où l'usage du tabac est pour ainsi dire nécessaire, la fumée combattant les émanations nauséabondes qui se dégagent des cadavres.

En second lieu, la commission détermine les soins à apporter dans l'inoculation des animaux qui servent aux expériences. Ces animaux devront être isolés dans des cages métalliques faciles à stériliser par le flambage ou par l'immersion, et incinérés après leur mort.

Toute culture qui aura servi devra être détruite par la stérilisation. C'est là le meilleur moyen pour empêcher la dissémination des germes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fontorbe, médecin en chef de la marine, à Rochefort, et Isidore Bonnet (de Montpellier).

KÉPHIR SALMON — 28, rue de Trévise, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 74. — SAMEDI 29 JUIN 1901. 74e ANNÉE SAMEDI 29 JUIN 1901. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les anomalies et les complications de la varicelle, par M. Léon CERF (d'Angers). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE DES THÈSES. Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine [méthode de Lancereaux] (A.-J.-B. POTIEZ); — Contribution à l'étude de la diurétine (F. LAMOUROUX). — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les anomalies et les complications de la varicelle.

Par M. Léon CERF (d'Angers).

Plus d'un praticien sera étonné en lisant que la varicelle peut tuer.

West, Guersant, Blache, Trousseau affirmaient que la varicelle ne compromet jamais l'existence. Notre éducation classique nous a ainsi habitués à considérer la varicelle comme étant à peine une indisposition et l'on admet généralement sans restriction cette affirmation de Picot (1) : « La varicelle est *toujours* une affection sans gravité qui ne met *jamais* la vie en danger. »

Toujours et jamais sont deux grands mots que le médecin doit se garder d'écrire.

Je vais essayer de montrer que, si la varicelle est, dans la majorité des cas, une fièvre éruptive bénigne, elle peut cependant, dans des occasions nombreuses, présenter : soit des anomalies qui mettront à une rude épreuve la sagacité du clinicien, soit des complications dangereuses et même mortelles.

Désireux surtout de faire une description clinique, je passerai en revue les anomalies et les complications de la varicelle dans l'ordre où elles se présentent le plus ordinairement au lit du malade.

I

PRODROMES DE LA VARICELLE. — La période d'incubation est le point le plus obscur de l'histoire clinique de la varicelle et c'est pourtant un de ceux qu'il importerait le plus de bien connaître (1). Nous savons, en effet, que la varicelle, comme la rougeole, est contagieuse avant l'éruption cutanée. La connaissance précise de signes certains révélant l'incubation d'une fièvre éruptive résoudrait le problème de sa prophylaxie ; malheureusement, l'étude clinique de cette période d'incubation est à peine ébauchée en ce qui concerne la varicelle ; il y a là tout un chapitre nouveau à écrire.

Thomas et Hénoch (2) nient absolument tout symptôme prodromique dans la varicelle. Si leur opinion est juste, l'éruption est toujours le premier symptôme d'une varicelle normale.

Cet aspect clinique ne concorde pas avec les allures des autres fièvres éruptives qui, toutes, présentent une période prodromique plus ou moins accentuée ; d'autre part, l'opinion de Thomas et Hénoch est en contradiction avec ce qu'ont vu la plupart des cliniciens. Pour ma part, je n'ai jamais vu une éruption de varicelle sans qu'elle ait été précédée de malaise et de symptômes généraux plus ou moins intenses. Rilliet et Barthez, Bouchut, d'Espine et Picot, Trousseau, presque tous les auteurs admettent des symptômes prodromiques. Le difficile est de les préciser. Dans la scarlatine : la fièvre et l'angine ; dans la rougeole, la fièvre et le catarrhe des muqueuses ; dans la variole : la fièvre, la rachialgie et les vomissements constituent un tableau clinique caractéristique. Il nous est encore impossible de décrire avec une semblable netteté la période d'incubation de la varicelle.

Semtschenko (3) sur 872 varicelles, a observé 808 fois une période prodromique et le phénomène le plus fréquemment observé a été une *élévation de température*. Par contre, Thomas, Hénoch, Guibourt nient l'apparition de la fièvre avant l'éruption. Il est certain que des températures élevées, que de l'accélération du pouls ont été maintes fois notées ; mais ces températures ont, le plus souvent, accompagné des varicelles compliquées de rash, d'angine, etc. Le problème est de savoir si l'incubation d'une varicelle normale, non compliquée, chez un enfant sain, se traduira par des accès de fièvre ; une réponse catégorique à cette question est actuellement impossible. J'ai l'impression clinique que cette fièvre

(1) PICOT. Article VARICELLE du *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXXVIII, p. 332.

(1) PUIG. *De la fièvre et des complications dans la varicelle*, Th. de Paris, 1888. — DE LANNOÏSE. *De la période prééruptive de la varicelle*, Th. de Paris. 1896. — CRUET. *L'incubation de la varicelle*, Th. de Paris, 1899.

(2) HENOCH et THOMAS. *Ziemsen's Spec. Handb. Path.*, II.

(3) SEMTSCHENKO. Etude de douze épidémies de varicelle, *Revue des mal. de l'enf.*, 1895, p. 582.

prééruptive existe; je ne possède pas de tracé thermométrique qui en soit la démonstration.

On sait que Meunier (1), dans ses recherches sur la période d'invasion de la rougeole, a trouvé, dans 30 cas sur 45, un *abaissement subit du poids du corps* précédant l'éruption de huit à dix jours. Il fit la même observation dans 2 cas de varicelle; mais 2 cas ne sont pas suffisants pour établir une loi générale.

Les prodromes varicelliques le plus fréquemment notés sont : un malaise général, de la somnolence, de la lassitude; c'est ainsi que de Lannoïse a publié une observation où il insiste sur la tristesse, le changement de caractère, la somnolence l'anorexie, qni furent nettement observés pendant une période de quinze jours avant l'éruption.

On a signalé, dans d'autres observations, de la *céphalalgie* accompagnée d'*épistaxis*, phénomènes qui pourraient faire croire au début d'une fièvre typhoïde.

Quelquefois, la *gastralgie*, les *vomissements*, joints à un *lombago* intense, ont pu égarer le diagnostic et faire croire aux prodromes d'une variole.

Les symptômes généraux, les *phénomènee nerveux* ont pris, dans certains cas, des allures inquiétantes. Kassowitz (2) a observé, pendant deux jours, des convulsions avec une température de 40 degrés et des vomissements. Hunter (3) a publié un exemple semblable.

Pour montrer quelle intensité peuvent revêtir ces phénomènes nerveux prodromiques de la varicelle, dans quelle inquiétude ils peuvent jeter l'entourage du malade, dans quel embarras ils peuvent mettre le clinicien, je veux rapporter les deux observations de Dumas et de Tham.

Observation de Dumas (4). — Premier jour : appelé près de l'enfant vers neuf heures du soir, je le trouve agité, délirant, en proie à une fièvre intense. Nuit très mauvaise; agitation, délire, plusieurs convulsions, vomissements. — Deuxième jour : à ma première visite du matin, somnolence profonde, cris lorsqu'on le secoue; fièvre moins intense qu'hier, mais forte encore. Cet état cérébral m'inspirant des craintes, je fais poser deux sangsues à chaque apophyse mastoïde. Dans la soirée, amélioration très grande; calme, intelligence revenue, fièvre moindre. Nuit très bonne. — Troisième jour : Le lendemain, il ne reste rien de cet état si grave de la veille ou de l'avant-veille; un peu de fièvre seulement. Dans la journée l'enfant demande à manger. En le découvrant, je vois une éruption de varicelle en train de se faire. Elle s'acheva la nuit et le jour suivant. — Quatrième jour : impossible de tenir l'enfant au lit. — Cinquième jour : à ma visite du matin, je le trouve levé, jouant dans la chambre.

Observation de Tham (5). — Chez une petite fille âgée de trois ans et six mois, la respiration devint subitement irrégulière pendant le sommeil; au bout de peu de temps, l'enfant perdit connaissance; sa face était extrêmement pâle, les lèvres bleuies, les mâchoires serrées, le pouls faible et lent, le corps rigide, mais sans convulsions; les yeux étaient légèrement tournés en bas et à droite; les pupilles rétrécies; enfin, la respiration cessa complètement. A la suite de l'administration d'une cuillerée de thé au cognac, la respiration redevint perceptible; mais l'enfant fut incapable de répondre aux questions. Incontinence d'urine. Peu après, survint un violent frisson accompagné de mouvements convulsifs dans les membres du côté droit; la mâchoire inférieure, prise de convulsions cloniques, était tirée en bas et à droite Les convulsions durèrent dix minutes et cessèrent enfin à la suite d'un bain chaud. Le soir : 39 degrés. Pouls : 140. Le lendemain matin, après une nuit calme, la fièvre avait complètement disparu; mais la face, la poitrine et le dos étaient couverts de varicelle. Dans l'après-midi, l'enfant redevint agitée; la température s'éleva à 40 degrés; on compta 160 pulsations par minute. Après un bain tiède, les symptômes s'amendèrent de nouveau et, à partir de ce moment, la maladie évolua sans fièvre. Au bout de quinze jours, deux frères de la petite malade furent à leur tour atteints de varicelle qui guérit chez eux sans complication.

On voit quelle allure peu rassurante peut revêtir l'invasion de la varicelle; mais ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il n'y a aucune relation entre la gravité des prodromes et l'abondance de l'éruption. Des prodromes intenses pourront être suivis d'une éruption insignifiante et d'allure normale; une varicelle maligne, compliquée, pourra être précédée d'une période d'incubation presque silencieuse.

Je ne veux pas clore ce chapitre sans signaler les **complications nerveuses** qu'on peut observer à la fin ou à la suite de la varicelle. C'est ainsi que Gay (1) a vu un enfant de deux ans et demi atteint, à la fin d'une varicelle, d'une paraplégie avec abolition de la sensibilité et des réflexes, mais avec intégrité de la vessie et du rectum; la guérison fut complète au bout de trois semaines. Marfan a observé une monoplégie brachiale, dans les mêmes conditions. Menko (2) a vu des mouvements choréiformes; Mackensie a recueilli 8 cas de chorée précédée par la varicelle.

Je n'insisterai pas sur ces manifestations rares et encore insuffisamment étudiées et j'aborde l'étude de deux complications fréquentes de la période prééruptive de la varicelle, les rash et l'énanthème.

II

Les rash varicelliques (3). — On sait qu'on désigne sous le nom de rash des éruptions se produisant au cours des fièvres éruptives et indépendantes de l'éruption normale de la maladie.

Les rash varicelliques sont fréquents; dans un travail que j'ai publié sur cette question (4), j'ai pu en réunir 45 cas; il faut y joindre celui de M. Salemi (5) et deux observations contenues dans la thèse récente de M. Désandré.

La plupart des auteurs considèrent le rash varicellique comme toujours prééruptif. Cela est vrai pour la majorité des cas publiés et l'on voit, le plus souvent, l'apparition du rash précéder l'éruption d'un temps qui varie de quelques heures à deux jours (la moyenne est de vingt-quatre heures); mais il y a des observations où le rash est nettement contemporain de l'éruption; il en est d'autres où il est nettement post-éruptif.

Le plus souvent, c'est au milieu d'une réaction fébrile assez intense qu'apparaît le rash. Le petit malade abattu,

(1) Meunier. Variations de poids dans l'incubation de la rougeole, *Gaz. hebd.*, novembre 1898.
(2) Kassowitz. *Jahrb. f. Kind.*, t. VI.
(3) Hunter. *The Lancet*, 1875, I, 45.
(4) Dumas. *Montpellier méd.*, 1878.
(5) Tham. *Jahrb. f. Kind.*, t. XXV.

(1) W. Gay. A case of peripheral paralysis following varicella, *Brit. med. Journ.*, 1894, I, 679.
(2) Menko. *Deuts. med. Woch.*, 16 nov. 1899.
(3) Clarendon Marie. Les éruptions dans la varicelle, Th. de Paris, 1894. — De Bourdineau. *Contribution à l'étude des rash de la varicelle*, Th. de Paris, 1895. — Audéoud. Les rash de la varicelle, *Arch. de méd. des enf.*, 1898. — Daverède. Les rash polymorphes dans la varicelle, Th. de Paris, 1899.
(4) Léon Cerf. Les rash varicelliques, *Presse méd.*, 6 oct. 1900.
(5) Salémi. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janvier 1901.

maussade, est pris d'un brusque frisson; la température s'élève rapidement (elle a pu monter jusqu'à 39 degrés, 41°6); le pouls s'accélère (on a noté 132, 160 pulsations); en même temps ou quelques heures après, apparaît le rash. Dans plusieurs observations, on a noté de l'anorexie, des vomissements, diarrhée ou constipation, une soif vive, une langue saburrale, des maux de tête accompagnés de vertiges, des courbatures et de la rachialgie; assez fréquemment de la douleur à la déglutition, mal à la gorge, de l'angine. L'ensemble des phénomènes généraux a pu constituer parfois un véritable état typhoïdique.

Dans les 48 observations que nous avons rassemblées, on note 3 rash morbilliformes, 2 rash purpuriques, 2 rash mixtes et 41 rash scarlatiniformes. Le rash scarlatiniforme est donc le rash type de la varicelle.

Il peut occuper n'importe quelle région du corps; rarement généralisé, il est d'ordinaire disposé sous forme de larges taches, de grandeur variable, distribuées sans ordre, séparées les unes des autres par des espaces de peau saine plus ou moins considérables.

La coloration varie du rose pâle au rouge vineux; elle est généralement d'un rouge vif uniforme; sur ce fond est quelquefois semé un pointillé plus foncé, légèrement violacé, qui donne à l'exanthème un aspect granité. Les bords profondément déchiquetés ont, le plus souvent, des limites nettes et la démarcation avec la peau saine est brusque; parfois, la coloration s'atténue sur les bords et des teintes progressivement décroissantes relient la plaque rouge à la peau blanche.

Contrairement à ce qui a lieu pour la variole, les vésicules de varicelle peuvent très bien se développer sur les régions envahies par le rash.

La main, appliquée un peu vigoureusement sur le rash, y laisse son empreinte en blanc; mais cette empreinte disparaît très rapidement. Chauffard insiste sur ce point que « la pression linéaire de l'ongle ne provoque pas l'apparition de la raie blanche scarlatineuse ».

Ce rash ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucune sensation de brûlure, d'aucune démangeaison.

La durée du rash est généralement très courte. Vingt-quatre heures suffisent à son évolution complète. Il a pu, dans certains cas, persister quarante-huit heures, cinq jours, six jours même; ce sont là des exceptions et l'on peut regarder le rash varicellique comme une manifestation essentiellement éphémère.

Dans aucune observation, on n'a observé, à sa suite, de desquamation.

La varicelle accompagnée de rash peut suivre son évolution normale et aboutir régulièrement à la guérison; notons cependant que ce rash est apparu dans 3 cas de varicelle gangréneuse (Beaudoin, Stainforth, Charmoy), dont 2 terminés par la mort. Une observation prise dans le service de Moizard et publiée dans la thèse de Daverède nous le montre accompagné d'une albuminurie intense et d'un œdème considérable des jambes. Dans une des observations de Comby, la disparition du rash coïncida avec l'apparition d'une quantité notable d'albumine dans les urines; cette albuminurie, qui dura quatre jours, fut elle-même suivie d'une adénite angulo-maxillaire qui dut être incisée. Les deux rash signalés par Désandré appartiennent l'un et l'autre à des observations de varicelle suppurée.

Ces observations méritent d'être signalées; elles ne suffisent pas à autoriser cette conclusion que le rash apparaît d'ordinaire dans les varicelles malignes; mais l'apparition d'un rash devra nous faire craindre d'autres complications et réserver le pronostic.

Le diagnostic du rash varicellique est toujours difficile; nous l'avons étudié soigneusement dans notre récent travail; nous n'y insisterons pas ici, quoique la question soit fort importante : cela nous entraînerait trop loin.

III

ENANTHÈME VARICELLIQUE. — Cadet de Gassicourt (1) a eu le mérite d'indiquer, le premier, la possibilité d'une éruption varicellique au niveau de la voûte palatine. Chambard (2) a signalé les manifestations buccales de la varicelle et Gaillard (3) en a publié des observations intéressantes; mais c'est surtout Comby (4) qui a insisté sur l'énanthème varicellique et montré sa fréquence.

Les manifestations muqueuses de la varicelle ne sont, en effet, pas une exception, mais la règle; et en les cherchant, on les trouverait dans presque tous les cas.

L'énanthème est une manifestation précoce de la varicelle; il précède le plus souvent l'exanthème; il lui est parfois contemporain; Boutard et Cerné (5) ont publié une observation où il semble lui être postérieur.

Le siège le plus fréquent de cet énanthème est la bouche : on l'observe sur la voute palative, sur la face dorsale de la langue, à la face interne des joues, au niveau des amygdales et du pharynx.

Le nombre des éléments éruptifs est très variable : d'ordinaire, l'éruption est discrète.

L'évolution de ces éléments est plus rapide qu'au niveau de la peau, tellement rapide même qu'il est très difficile de voir les vésicules; elles arrivent si vite à maturité qu'à l'examen elles sont déjà crevées et l'on n'aperçoit que des érosions, arrondies dans la bouche, ovales allongées sur les lèvres, blanc jaunâtre, limitées par une collerette rose, semblables aux ulcérations aphteuses.

Ces petites ulcérations peuvent ne s'accompagner d'aucune réaction inflammatoire périphérique; elles ne provoquent alors qu'une certaine gêne dans la mastication, une légère sensation de cuisson; elles guérissent facilement et rapidement. D'autres fois, les vésicules rompues s'infectent secondairement; l'énanthème buccal s'accompagne d'une réaction inflammatoire assez violente pour devenir l'occasion : soit d'une stomatite intense, douloureuse, simulant la stomatite ulcéro-membraneuse des soldats; soit d'une angine pseudo-membraneuse avec élévation de température et phénomènes généraux. Ces accidents, graves en apparence, cèdent facilement au chlorate de potasse administré intus et extra.

Les bulles de varicelle peuvent également se développer au niveau du bord libre ou de la face interne des paupières, déterminant une conjonctivite varicelleuse plus ou moins intense qui, d'ordinaire, cède rapidement, lorsqu'on touche les ulcérations au nitrate d'argent. Lorsqu'une bulle se développe sur la cornée, la complication est plus grave et Besnier, dans ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, cite un

(1) CADET DE GASSICOURT. *Traité des maladies de l'enfance.*
(2) CHAMBARD. Article VARICELLE du *Dictionnaire Dechambre.*
(3) GAILLARD. *Médecine mod.*, janv. 1894.
(4) COMBY. *Progrès méd.*, sept. 1884; et *Revue des mal. de l'enf.*, avril 1887.
(5) BOUTARD et CERNÉ. *Normandie méd.*, 15 juin 1887.

cas de kératite varicelleuse, qui laissa à sa suite une taie indélébile.

L'énanthème peut envahir le conduit auditif externe, les narines; dans ce dernier cas, le développement des vésicules varicelliques au niveau de la pituitaire provoque, au début, des épistaxis qui s'accompagnent généralement d'une élévation de température assez forte, d'abattement, de prostration, de sorte qu'au premier abord le petit malade ressemble, à s'y méprendre, à un dothiénentérique. Plus tard, les vésicules se rompent; elles peuvent s'infecter secondairement et l'enfant rejette des mucosités sanguinolents.

La muqueuse du gland, du prépuce, celle des grandes et petites lèvres ne sont pas à l'abri de l'énanthème varicellique. Une vésicule balanique pourra déterminer autour d'elle un gonflement embarrassant pour le diagnostic. Quand l'énanthème se développera au niveau des lèvres génitales, il pourra être l'occasion d'une vulvite plus ou moins intense, avec rougeur, suintement muco-purulent et même douleur à la miction.

L'énanthème peut se développer en même temps sur les muqueuses buccale, génitale, oculaire, etc., et l'association de ces différentes lésions n'est pas rare.

Nous avons étudié jusqu'ici des manifestations fréquentes, mais facilement curables de l'énanthème varicellique; voici une de ses localisations qui est rare, mais excessivement grave : la laryngite varicelleuse.

Charrin écrivait à la page 69 de sa thèse : « Nous avons noté, dans une de nos observations, que la voix fut altérée. Faudrait-il voir, dans la présence de ce symptôme, une éruption laryngée? Ce serait tout au moins audacieux. » Cette hypothèse audacieuse de Charrin a reçu la confirmation de preuves cliniques et anatomo-pathologiques.

La laryngite varicelleuse est une complication rare : je n'ai pu en réunir que 7 cas (1). C'est une complication grave : sur ces 7 cas, 4 se sont terminés par la mort.

La laryngite est, comme toutes les localisations de l'énanthème varicellique, une complication précoce; elle se manifeste parfois au cours de l'éruption cutanée; dans certaines observations, elle a été nettement prééruptive et, dans ces cas-là, le diagnostic porté a été celui de croup. L'enfant qui est le sujet de la première observation de Marfan et Hallé fut admis au pavillon Trousseau de l'hôpital des Enfants-Malades, comme atteint de croup et on lui fit d'abord une injection de sérum antidiphtérique. Le petit malade de Cruet fut envoyé au pavillon des douteux de diphtérie.

C'est qu'en effet le croup varicelleux revêt toutes les allures du croup diphtérique. Extinction de la voix et de la toux, tirage sus et sous-sternal, cornage, dyspnée, soif d'air, crises de suffocation, asphyxie progressive : tous les symptômes du croup se retrouvent dans la laryngite varicelleuse; mais ils peuvent se grouper de façon à constituer deux formes cliniques correspondant à deux ordres de lésions. De petites ulcérations peu nombreuses, siégeant sur les cordes vocales inférieures, donneront lieu à des accès de suffocation s'accompagnant de troubles de la voix et de la toux, de dyspnée, mais sans tirage continu. Si, autour de ces ulcérations, la muqueuse laryngée s'hyperémie, l'affection revêtira l'aspect d'une sténose permanente du larynx, simulant à s'y méprendre le croup diphtérique.

Je n'insisterai pas sur la gravité du pronostic : le premier malade de Marfan et Hallé a guéri après trachéotomie; mais le second est mort de bronchopneumonie secondaire; Roger et Bayeux ont perdu leur malade, malgré le tubage; en somme, 4 morts sur 7 cas.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que, même si cette laryngite ne précède pas l'éruption, même si on est en présence d'une varicelle en pleine éruption s'accompagnant d'une laryngite suffocante, on ne doit pas forcément conclure à la nature varicelleuse de cette laryngite; car la varicelle peut s'accompagner de diphtérie. Mais, dans le croup varicelleux, on ne trouve aucune fausse membrane dans la gorge et surtout la recherche du bacille de Lœfler et l'ensemencement de tubes de sérum avec les mucosités de l'arrière-gorge donnent des résultats négatifs.

En présence de ces difficultés d'un diagnostic rapide, on fera toujours une injection de sérum antidiphtérique, inefficace mais inoffensif dans le cas de laryngite varicelleuse. Les indications du tubage et de la trachéotomie sont les mêmes que pour le croup diphtérique.

Telles sont les complications de la période prééruptive; je vais maintenant passer en revue les **éruptions varicelliques anormales.**

(1) Ollivier et Boucheron. *Complications respiratoires de la varicelle*, Th. de Paris, 1893. — Marfan et Hallé. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1896 (2 observat.). — Roger et Bayeux. Soc. anat., 9 avril 1897. — Harlez. *De la laryngite suffocante varicelleuse*, Th. de Paris, 1897. — De Lannoïse. Th. de Paris, 1896. — Cruet. *L'incubation de la varicelle*, Th. de Paris, 1899.

IV

Éruptions varicelliques anormales. — On sait que l'élément éruptif de la varicelle est représenté au début par une macule rosée; cette macule devient une papule très éphémère qui se transforme rapidement en une bulle transparente, remplie d'un liquide clair. Or il arrive que la papule reste papule, au lieu de se transformer en vésicule. Cet arrêt de développement ne porte d'ordinaire que sur quel ques éléments. Cependant Gaillard (1) a publié une observation intéressante où l'on voit une varicelle présenter une éruption cutanée purement papuleuse, accompagnée d'une stomatite varicelleuse intense.

D'autres fois, la vésicule apparaît, mais avec des dimensions tout à fait restreintes (varicelle miliaire).

Enfin certaines vésicules, de dimensions normales, se dessèchent avant de se troubler.

Ce sont autant de *formes abortives* de l'exanthème varicellique; il me faut mettre en regard les *éruptions exagérées* comme nombre et comme dimensions des éléments.

Hénoch a vu les vésicules plus abondantes du côté gauche chez un enfant qui était toujours couché sur ce côté; il signale également la présence d'une grande quantité de vésicules au niveau d'un abcès par congestion, le reste du corps étant presque indemne. Gaillard a observé une éruption extrêmement nombreuse au niveau d'une région badigeonnée à la teinture d'iode. Charrin, dans sa thèse, cite le cas d'un enfant atteint de bronchopneumonie gauche; les vésicules étaient surtout confluentes à ce niveau.

L'influence de toute irritation sur la multiplication des éléments éruptifs de la varicelle est devenue une connaissance banale et les exemples abondent.

Une question moins bien étudiée est celle de la varicelle bulleuse ou varicelle à vésicules de dimensions exagérées. On englobe dans la varicelle pemphigoïde de Trousseau et Lasègue plusieurs affections distinctes : certaines des obser-

(1) Gaillard. *Médecine mod.*, janvier 1894.

vations publiées ont certainement trait à des vésicules géantes de varicelle; mais d'autres se rapportent à des varicelles suivies de pemphigus et même à des pemphigus simples présentant au début les caractères de l'éruption varicellique.

L'éruption de varicelle peut du reste, être parfois totalement défigurée. Comby (1) cite le cas d'un enfant couvert d'une éruption récente, simulant à s'y méprendre l'impétigo; l'erreur de diagnostic ne put être évitée que par la constatation de deux vésicules typiques de varicelle.

On sait que l'éruption varicellique normale ne provoque pas ou presque pas de démangeaisons; or, plusieurs auteurs ont publié des observations où les démangeaisons ont atteint une intensité extraordinaire. Cette vericelle prurigo de Goldenberg (2), ce prurigo varicelliforme de Hutchinson n'est-il pas plutôt une urticaire vésiculeuse, ainsi que Comby en donne d'intéressants exemples?

Toutes les anomalies que je viens d'énumérer ne présentent qu'un intérêt secondaire; il n'en est pas de même des trois formes que je vais étudier maintenant; la varicelle hémorragique; la varicelle gangréneuse; la varicelle suppurée.

Varicelle hémorragique. — J'ai déjà signalé l'épistaxis du début de la varicelle et indiqué sa cause; j'ai signalé le rash purpurique; nous verrons plus loin que la néphrite varicelleuse peut s'accompagner d'hématuries. On a publié plusieurs observations où l'on voit le pourtour des vésicules prendre une teinte ecchymotique; les croûtes qui résultent de leur desséchement prennent une couleur noirâtre et laissent après elles des macules violettes qui ne disparaissent que lentement.

Il y a loin de ces exemples aux formes terribles que représentent la variole et la scarlatine hémorragiques et, pour ces cas, on peut répéter que la dénomination d'hémorragique ne s'applique qu'à l'éruption, la maladie conservant sa bénignité.

Des exemples rares, mais précis semblent cependant prouver qu'il existe une véritable varicelle hémorragique.

C'est ainsi qu'Andrews (3) a publié une observation où l'on voit des vomissements de sang, des selles hémorragiques, un état général grave avec un pouls faible et irrégulier, une respiration superficielle, des extrémités froides et une tendance au prolapsus. Malgré ces symptômes alarmants, la guérison fut obtenue.

Il n'en fut pas de même dans le cas de Comby et Marenger (4), qui observèrent une varicelle compliquée de bulles pemphigoïdes et hémorragiques, de pétéchies, d'hémorragies sous-cutanées, d'épistaxis, de vomissements de sang; l'enfant succomba le septième jour de la maladie.

La varicellle hémorragique demeure cependant une rareté. Il n'en est pas de même de la varicelle gangréneuse.

Varicelle gangréneuse. — La gangrène peut compliquer toutes les fièvres éruptives, la rougeole en particulier; mais il n'en est pas où elle se montre plus fréquemment que dans la varicelle; aussi la varicelle gangréneuse est-elle connue depuis longtemps.

Signalée par Trousseau, elle a été surtout étudiée par les médecins anglais : Haward, Hutchinson, Barlow, Herrengham, etc. Depuis, on en a publié en France de très nombreuses observations que nous noterons au passage. Beaudoin (1) lui a consacré sa thèse inaugurale.

Il est impossible de prévoir au début d'une varicelle, si elle revêtira la forme gangréneuse au cours de son évolution; en effet, la gangrène ne s'annonce par aucun signe particulier et c'est brusquement, au cours d'une éruption normale en apparence, que l'on voit un certain nombre de vésicules subir la transformation gangréneuse.

Crocker, dans un mémoire sur la gangrène cutanée multiple des enfants, soutenait cette opinion que ce qu'on est convenu d'appeler la varicelle gangréneuse serait une éruption spéciale, concomitante, mais absolument distincte de la varicelle. Tous les observateurs sont aujourd'hui d'accord avec Barlow (2), pour affirmer que les vésicules varicelliques sont toujours le point de départ des escares; ce sont les bulles de varicelle elles-mêmes qui subissent la transformation gangréneuse.

Voici d'ordinaire comment les choses se passent. Tandis que les autres éléments éruptifs continuent leur évolution normale, on en voit un certain nombre s'entourer d'une auréole rouge inflammatoire, en même temps que leur contenu devient hémorragique. Ces pustules se dessèchent et laissent à leur place des croûtes noires à la périphérie desquelles apparaît bientôt le sillon d'élimination. En tombant, ces escares laissent à nu des pertes de substance dont les bords sont taillés à pic, à l'emporte-pièce, rouges, parfois indurés; dont le fond sanieux est recouvert d'un pus épais, verdâtre et de débris noirâtres.

L'étendue et la profondeur de ces ulcérations sont très variables. Dans le cas de Buchler (3), ces ulcérations avaient, au quatrième jour, les dimensions d'une pièce de 50 centimes et elles avaient détruit toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; les aponévroses étaient dénudées. L'autopsie du malade de Haward (4) montre que les ulcérations gangréneuses de l'abdomen mettaient les muscles à nu, tandis que celles des autres régions du corps étaient moins profondes. Plusieurs ulcérations peuvent se réunir en s'agrandissant; c'est ainsi que l'enfant observé par Variot et Danseux (5) présentait, le quinzième jour, de nombreuses ulcérations, dont la plupart égalaient ou dépassaient les dimensions d'une pièce d'un franc; au niveau de l'aisselle gauche, plusieurs éléments s'étaient réunis, de sorte que tout le pli thoraco-brachial se trouvait transformé en un vaste ulcère.

La gangrène ne frappe pas forcément tous les éléments de l'éruption varicellique. On sait que la varicelle procède par poussées, par semis successifs; il arrive qu'une poussée à évolution gangréneuse soit suivie (grâce aux soins de propreté plus minutieux) d'une poussée à évolution normale.

Crocker prétendait que, si la gangrène commence à apparaître en pleine éruption de varicelle, elle affecte d'abord la tête ou la partie supérieure du tronc; si la varicelle est à son déclin, la gangrène se localiserait à la moitié inférieure du corps. Les observations ne confirment pas cette affirmation singulière.

---

(1) Comby. *Rev. des mal. de l'enf.*, avril 1887.

(2) Goldenberg. *New-York med. Journ.*, 18 octobre 1890.

(3) *Transact. of the clinic. Society*, 1890, p. 79.

(4) *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby et Marfan), t. I, p. 261.

(1) Beaudoin. *Contribution à l'étude de la varicelle gangréneuse*, Th. de Paris 1897.

(2) Barlow. *The Lancet*, 20 octobre 1881.

(3) Buchler. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, septembre 1889, p. 265.

(4) W. Haward. *Brit. med. Journ.*, mai 1883, p. 904.

(5) Variot et Danseux. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1er novembre 1893.

On conçoit que la varicelle gangréneuse s'accompagne de symptômes généraux graves : élévation de la température, rapidité et faiblesse du pouls, état typhoïde, symptômes ataxo-adynamiques.

Les complications ne sont pas rares ; c'est au cours d'une varicelle gangréneuse qu'apparut la laryngite observée par Ollivier et Boucheron ; dans le cas de Lewis Mann Silver (1), dans le premier cas d'Augier (2), l'urine contenait une grande quantité d'albumine. A l'autopsie du malade de Haward, on trouve, dans chaque poumon, plusieurs petits abcès secondaires et des exsudats purulents dans les plèvres.

On voit que le pronostic est grave : le malade de Stainforth (3) guérit lentement et difficilement ; chez celui de Dumas (4), la guérison fut obtenue, non sans souffrances ni sans cicatrices très visibles ; d'autres guérirent également ; mais la mort survient dans plus de la moitié des cas.

Le diagnostic est facile lorsqu'on assiste au début d'une gangrène survenant au cours d'une varicelle en observation ; si on voit le malade, pour la première fois, à une période avancée de l'affection, le diagnostic de la maladie primitive au cours de laquelle est apparue la gangrène sera parfois embarrassant.

Quelle est la cause de la transformation gangréneuse de l'affection ? A la suite de la communication faite par Abercrombie (5), à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, Dickinson et Barlow insistèrent sur ce point que cette complication s'observerait surtout chez les enfants affaiblis, tuberculeux, syphilitiques. Hutchinson (6) soutint qu'elle frappe indistinctement les enfants bien portants et les débilités. C'est l'opinion communément adoptée aujourd'hui. Si le malade de Charmoy (7), ceux de Charrin étaient atteints de maladies antérieures, s'il s'agit, dans l'observation de Beaudoin, d'un enfant mal soigné et cachectique, Scott Turner (8) note que son sujet était vigoureux et bien nourri et les exemples semblables ne sont pas rares.

La varicelle gangréneuse ne revêt généralement pas l'allure épidémique ; c'est ainsi que l'enfant observé par Scott Turner fut pris le cinquième de la famille, après ses frères qui eurent une forme bénigne de la maladie. Le malade de Lewis Mann Silver fut pris le quinzième sur seize, au cours d'une épidémie de varicelle observée à Saint-Barnabas' House (New-York) ; lui seul fit de la gangrène.

Notons ici que, dans 4 observations de varicelle gangréneuse (Beaudoin, Stainforth, Charmoy, Augier), on nota la présence d'un rash. Nous savons que ces rash sont dus à une infection secondaire. Or, la gangrène varicelleuse est l'effet d'une infection locale par les pyogènes (9).

Nous ne voulons pas insister ici sur la pathogénie de l'affection ; nous dirons seulement que la gangrène disséminée de la peau est considérée actuellement comme une des formes de la staphylococcie chez l'enfant. Pourquoi, dans certains cas, le staphylocoque produit-il des gangrènes cutanées ? Est-ce une question de virulence du germe ? Est-ce parce qu'il s'associe à un autre microbe insuffisamment connu ? Les lésions gangréneuses sont-elles l'effet et non la cause de la thrombose des vaisseaux qui ne suffisent plus à nourrir le derme ? Nous laisserons cette question de côté pour étudier cliniquement les varicelles où le staphylocoque produit du pus.

(1) Lewis Mann Silver. *Arch. of. Pediat.*, septembre 1897.

(2) Augier. Varicelle et ses complications, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1894.

(3) Stainforth. *Brit. med. Journ*, 1890.

(4) Dumas. *Montpellier méd.*, 1878.

(5) Abercrombie. *Brit. med. Journ.*, 14 février 1880.

(6) Hutchinson. *The Lancet*, 1885.

(7) Charmoy. Th. de Paris, 1880.

(8) Scott Turner. *Brit. med. Journ.*, septembre 1898.

(9) Voir Hulot. *Infections d'origine cutanée chez les enfants*, Th. de Paris, 1895. — Caillaud. *Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants*, Th. de Paris, 1896.

Varicelle suppurée. — Il est rare d'observer une varicelle de quelque intensité sans voir quelques-uns de ses éléments suppurer ; mais la véritable varicelle suppurée, celle où un grand nombre de vésicules deviennent des pustules, est elle-même fréquente, puisqu'en deux mois Désandré (1) a pu en observer personnellement 5 cas sur 50 varicelles.

Nous avons dit qu'il s'agit d'une infection secondaire des vésicules, généralement par le staphylocoque, plus rarement par le streptocoque. Comme toujours, le terrain joue ici le rôle de cause prédisposante, et la varicelle suppurée s'observe fréquemment chez les enfants chétifs ou malades antérieurement ; mais nombre de cas ont été étudiés chez des sujets vigoureux et bien portants. La saleté de la peau, le grattage sont des causes occasionnelles fréquentes ; ceci nous explique que les vésicules suppurent très fréquemment dans les régions irritées par l'urine ou les matières fécales. L'irritation, qui amène la confluence de l'éruption, peut aussi causer sa suppuration ; c'est ainsi que Desoil (2) a publié deux observations de varicelle confluente et suppurée : l'une, au niveau d'un badigeonnage de teinture d'iode ; l'autre, généralisée à tout le corps, excepté à la face, à la suite d'un bain sinapisé. On retrouve la présence d'un rash dans deux observations de Désandré, recueillies dans le service de Roger. Cette influence des rash est à rapprocher de celle de la scarlatine. Presque toutes les varicelles [Netter (3), Marie (4), Thomas (5), Bézy (6)] qui surviennent après ou au cours d'une scarlatine, suppurent. La suppuration, dans ce cas, est-elle le fait du streptocoque, agent habituel des infections secondaires au cours de la varicelle, ou est-elle produite par le staphylocoque, agent le plus fréquent des complications de la varicelle ? La question est à élucider.

Comme la gangrène, la suppuration de la varicelle ne s'annonce par aucun signe particulier. Les éléments qui doivent suppurer augmentent d'abord de volume, parfois se réunissent aux voisins, en même temps qu'ils se remplissent d'un pus épais, jaunâtre, quelquefois verdâtre. Autour de chacun d'eux, se développe une auréole inflammatoire rouge foncé, plus ou moins accentuée, mais presque constante. Puis les pustules s'étalent et s'ombiliquent ; à ce moment, la pustule varicellique ressemble tellement à une pustule de variole que la plupart des cas de varicelle suppurée observés par Désandré avaient été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic variole. Cadet de Gassicourt n'admettait dans la varicelle que la fausse ombilication, due à la présence

(1) Désandré. *La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle*, Th. de Paris, janvier 1901.

(2) Desoil. *L'Echo méd. du Nord*, 23 avril 1899.

(3) In Th. Désandré.

(4) Clarendon Marie. *Les éruptions dans la varicelle*, Th. de Paris, 1894.

(5) Thomas. *Jahrb. f. Kind*, 1871.

(6) Bézy. Association scarlatino-varicelleuse, *Arch. de méd. des enf.*, 1898.

d'une petite croûtelle noirâtre se formant au sommet de la vésicule; mais la véritable ombilication existe et il est fréquent de rencontrer, au milieu d'un semis éruptif normal, un ou deux éléments suppurés où elle se montre nettement.

La pustule varicellique peut se rompre : le pus s'échappe et forme une croute épaisse, parfois lente à tomber, elle peut aussi se dessécher sans s'ouvrir : c'est d'abord le centre qui se dessèche, tandis que le pus se collecte entre la croûte centrale brune et le halo périphérique rouge; c'est « la pustule en cocarde ». Puis la croûte s'épaissit; elle s'étend peu à peu, de façon à occuper toute la pustule; elle met jusqu'à trois semaines à tomber; sa chute découvre une dépression cupuliforme, parfois assez profonde, qui laisse à sa suite une cicatrice blanchâtre indélébile.

On voit que, suivant qu'elles suivent l'un ou l'autre processus, les pustules varicelliques laisseront ou non des traces; en général, les cicatrices sont peu nombreuses.

Les vésicules suppurées subissent parfois la transformation gangréneuse (1).

Telle est l'évolution de la varicelle suppurée; elle s'accompagne de symptômes généraux plus ou moins intenses, en rapport surtout avec les complications nombreuses, parfois terribles que nous allons brièvement énumérer.

L'infection des vésicules peut se propager par contiguité, par voie lymphatique, et donner lieu à des suppurations locales. Rogrove (2) et Lohr (3) ont observé tous deux des *phlegmons diffus* mortels qui avaient pour origine des pustules varicelliques. Semstchenko regarde la *furonculose* comme la complication la plus fréquente de la varicelle; Puig (4) en rapporte un exemple. Les *abcès sous-cutanés*, fréquents (observation XXXIV de la thèse de Charrin), sont souvent reliés à un élément varicelleux par une traînée de lymphangite.

L'*érysipèle*, signalé par Rayer (5), a été observé 15 fois par Semstchenko. Guyot (6) a cité 2 externes de son service qui, au cours d'une varicelle, furent atteints d'érysipèle : l'un succomba; l'autre eut un abcès palpébral, mais guérit. Puig rapporte un cas d'érysipèle de la fesse et du membre inférieur gauche qui se termina par la guérison.

En même temps qu'un gros abcès de la fesse un malade de Roger fit une *otite moyenne* qui donna lieu à une méningite cérébro-spinale suppurée avec un énorme abcès du cervelet. L'autopsie révéla également des abcès miliaires dans un poumon et de gros abcès dans les ganglions trachéo-bronchiques.

Les accidents sont parfois plus graves encore : les microbes pyogènes pénètrent dans les vaisseaux sanguins et produisent des *thromboses des gros troncs artériels ou veineux*. Bellamy a relaté en 1877, à la Société clinique de Londres, un cas de gangrène des extrémités par oblitération artérielle : l'enfant succomba le huitième jour. Roger (7) perdit en quarante-huit heures un enfant de trois ans chez lequel l'autopsie révéla une phlébite suppurée de la saphène interne et une péricardite purulente.

Enfin on peut voir survenir une infection généralisée, une véritable *pyohémie*, qui donne lieu aux accidents les plus formidables. Les séreuses, les articulations, les différents viscères sont frappés.

(1) Demme. *Bericht des Jennersken kinderspitals zu Bern*, 1892.
(2) Rogrove. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882.
(3) Lohr. *Deuts. med. Woch.*, 1890.
(4) Puig. *La température dans la varicelle*, Th. de Paris, 1888.
(5) *Dictionnaire en 15 volumes*, 1836.
(6) Soc. méd. des hôpit., juin 1892.
(7) *Revue de méd.*, 1897.

C'est ainsi que Hulot rapporte dans sa thèse l'histoire d'une varicelle suppurée où la peau fut criblée de petits abcès; à l'autopsie, on trouva une poche purulente dans la plèvre, des noyaux de bronchopneumonie purulente aux deux bases pulmonaires; on décela le staphylocoque dans le sang, le pus de la plèvre et des poumons et dans la pulpe de la rate.

L'observation de Braquehaye (1) est un type de pyohémie varicelleuse; dans ce cas, une arthrite suppurée du genou droit nécessita l'ouverture de l'article; malgré cette intervention, l'état général devint de plus en plus mauvais (diarrhée, albuminurie, hémorragie). Enfin l'enfant succomba et on trouva un hygroma suppuré de la bourse olécraniene, une arthrite purulente du coude, une arthrite sterno-claviculaire, de la sérosité dans toutes les séreuses excepté les méninges, et une endocardite végétante. Un caillot du cœur donna du streptocoque.

Cette dernière observation m'amène à parler de ce qu'on appelle le rhumatisme varicelleux.

V

Arthrite varicellique (2). — C'est en 1882 que Semstchenko (3) signala le premier cas d'arthrite varicellique. Depuis, Bockaï (4), Perret (5), Chofragny (6), Charrin, Landon (7), Puig, Currel-Billiaut (8) en ont publié des exemples.

Il s'agit, en résumé, d'arthrites infectieuses se produisant au décours de l'éruption ou au moment de la convalescence.

C'est une arthrite polyarticulaire, soit d'emblée, soit par poussées successives. Elle peut revêtir deux formes cliniques bien différentes : l'une bénigne, séreuse, rappelant le rhumatisme; l'autre purulente, grave.

Enfin, il est une complication fréquente dans la varicelle suppurée [puisque Bolognini (9) vient de l'y rencontrer dans tous les cas d'une épidémie de staphylococcie varicelleuse], mais qui se rencontre même dans les varicelles régulières : c'est la néphrite. Nous y insisterons à cause de son importance.

VI

Néphrite varicellique. — C'est à Hénoch (10) qu'on doit la révélation de la néphrite varicelleuse.

Cette néphrite est certainement beaucoup moins fréquente que la néphrite scarlatineuse; elle est cependant bien plus commune qu'on ne le croit généralement. Dans un travail que j'ai publié récemment sur cette question (11), j'en ai rassemblé plus de 40 cas. Il faudrait y ajouter les 12 cas de Bolognini que je viens de signaler; mais, si l'on y joignait toutes les observations de varicelle où l'albuminurie,

(1) Braquehaye. Arthrites suppurées, endocardite après une varicelle, *Gaz. hebd. de Paris*. 1894.
(2) Braquehaye et de Rouville. Des arthrites de la varicelle, *Bull. méd.*, 1894.
(3) Semstchenko. *Jahrb. f. Kind*, 1882.
(4) Soc. méd. de Buda-Pesth et *Pest médiz. chir. Presse*, mars 1888.
(5) Perret. De l'arthrite varicellique, *Province méd.*, 1er juin 1889.
(6) Soc. nat. de méd., Lyon 1889.
(7) *Deuts. med. Woch.*, Leipzig 1890.
(8) *Province méd.*, Lyon 1897.
(9) Bolognini. Stafilococcia varicellosa, *La Pediatra*, mars 1897.
(10) Hénoch. Néphritis nach varicellen, *Berlin. klin. Woch.*, 1884.
(11) Léon Cerf. La néphrite varicelleuse, *Anjou méd.*, sept. 1900.

accompagnée ou non d'œdèmes ou d'autres symptômes équivalents, est notée incidemment, le total serait relativement considérable.

Hœnel (1) vient de publier des observations qui semblent prouver qu'il existe une néphrite varicelleuse infectieuse primitive, analogue à la néphrite précoce de la scarlatine ; mais, en général, la néphrite est une complication absolument terminale de la varicelle ; elle se montre après que les vésicules se sont desséchées, après que les croûtes sont tombées.

Dans la description clinique que j'ai donnée de la néphrite varicelleuse, j'ai divisé les faits observés en trois groupes : 1° les néphrites latentes qui ne se révèlent par aucun symptôme bruyant et où on ne trouve l'albuminurie que parce qu'on l'a recherchée ; 2° les néphrites légères où l'albuminurie, peu considérable, s'accompagne d'œdème, de bouffissure, sans phénomènes généraux ; 3° les néphrites graves avec fièvre, albuminurie intense, anarsarque, anurie, convulsions, troubles gastro-intestinaux, urémie, pouvant se terminer par la mort. Il y a, entre ces trois schémas, place pour tous les intermédiaires.

A l'autopsie, on trouve des lésions de glomérulo-néphrites.

Nous avons étudié jusqu'ici la varicelle, anormale ou compliquée, évoluant isolément ; je vais, pour être complet, ajouter quelques remarques rapides sur l'association de la varicelle avec d'autres affections.

VII

Maladies associées. — La thèse de John Bez (1877) est le travail d'ensemble le plus complet qui ait été fait sur les associations des fièvres éruptives.

On a vu la varicelle coexister avec les oreillons, chaque maladie évoluant pour son compte, sans paraître influer sur l'autre.

Nous avons signalé la possibilité de l'association de la varicelle et de la diphtérie, en étudiant la laryngite varicelleuse.

Puig cite, dans sa thèse, une varicelle survenant au cours d'une coqueluche et fait cette remarque que, pendant tout le temps qu'a duré la varicelle, la coqueluche s'est trouvée améliorée, les quintes étant moins fortes et moins nombreuses ; une fois la varicelle guérie, la coqueluche a d'ailleurs repris son évolution. Cette influence des maladies intercurrentes sur la coqueluche avait, du reste, été déjà signalée et Bouchut (2) avait noté que la coqueluche avait été comme interrompue et améliorée dans certains cas par la variole, la pneumonie.

Une des associations les plus fréquentes est celle de la varicelle et de la scarlatine (3). Généralement, les deux maladies évoluent côte à côte, normalement ; cependant, nous avons noté que la varicelle, survenant pendant ou après une scarlatine, revêt fréquemment la forme suppurée. Quand la varicelle est antérieure, elle n'exerce aucune influence sur la scarlatine.

La rougeole et la varicelle (4) s'accompagnant toutes deux fréquemment de gangrène, il semble que cette redoutable complication sera encore plus souvent observée, lorsque ces deux fièvres coexisteront. Les exemples n'en sont cependant pas nombreux : Poullain a décrit une gangrène énorme siégeant à la face et ayant occasionné la mort. Il s'agissait d'une varicelle accompagnée de rougeole, consécutive à une scarlatine.

On peut, en effet, voir l'association de trois fièvres éruptives. Je citerai comme exemple la curieuse observation de Prior (1) où deux frères ont ensemble une scarlatine sur laquelle, chez tous deux, vient se greffer une varicelle à laquelle vient ensuite, chez tous deux, s'associer une rougeole.

(1) Hœnel. *Centrabl. f. inn. Med.*, 1900, n° 17.

(2) Bouchut. *Maladies des nouveau-nés et des enfants*, 1867.

(3) Sudre. *Association scarlatino-varicelleuse*, Th. de Toulouse, janvier 1899.

(4) Raoul Poullain. *De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine*, Th. de Paris, 1894.

VIII

Rechutes et récidives. — Les rechutes de la varicelle sont peu communes. Comby (2) écrit : « J'ai vu, en mai 1896, une varicelle à rechutes chez une fillette de trois ans et demi. Cette enfant venait d'avoir, un mois auparavant, une éruption de varicelle ayant duré dix jours ; quinze jours après la dessiccation, nouvelle poussée. »

Les récidives sont rares. Hufeland, Trousseau, Blair, Butter, etc., en ont cependant rapporté des exemples. Gehrard (de Wurzbourg) dit avoir vu un enfant qui eut la varicelle trois fois. Netter (3) a publié, sous le nom de récidive de varicelle, l'observation d'un enfant qui eut deux poussées dans l'espace de quatorze jours. Ces cas sont exceptionnels.

Nous venons de voir que la varicelle n'est pas toujours bénigne ; elle peut, au contraire, s'accompagner de complications nombreuses, graves, mortelles. Nous ne considérerons donc plus cette fièvre éruptive comme étant toujours une simple indisposition.

Ces complications de la varicelle sont, pour quelques-unes, la conséquence d'une virulence plus grande du germe morbide ; mais, pour la très grande majorité d'entre elles, il s'agit d'infections secondaires.

Connaissant la cause de ces complications, nous chercherons à les prévenir.

Nous tiendrons tous nos varicelleux quelques jours au lit et nous leur ferons garder la chambre pendant une semaine après la dessiccation des vésicules, pour éviter la néphrite. Nous empêcherons l'enfant de se gratter, nous nettoierons sa peau, nous lui donnerons des bains, nous le couvrirons de poudres inertes, non fermentescibles ; nous ferons une antisepsie minutieuse des vésicules qui menacent de s'infecter.

La conclusion forcée de l'étude que nous venons de faire, c'est que la varicelle mérite d'être surveillée et traitée.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(26 juin 1901)

M. Ricard a fait une importante communication sur certaines **tumeurs canceriformes du corps thyroïde**, tumeurs bénignes par leur constitution histologique, mais essentiellement graves et malignes par leur développement envahissant et, de ce fait, nécessitant une intervention aussi précoce que possible si on ne veut pas s'exposer à des dissec-

(1) *Deuts. med. Woch.*, 1883, n° 31.

(2) *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby et Marfan), t. I, p. 255.

(3) Soc. méd. des hôpit., 1891.

tions des plus difficiles pour le chirurgien et des plus dangereuses pour le malade. Nous y reviendrons.

Les injections **intracérébrales de sérum antitétanique** deviendraient-elles le vrai traitement de choix du tétanos? Nous en avons fortement douté jusqu'ici, mais voici quatre nouveaux faits signalés par M. Tuffier à la Société de chirurgie; il s'agit de quatre succès obtenus par M. Letout (de Vannes); à la suite de ces injections les quatre tétaniques ainsi traités ont bien guéri. Ce sont là, il faut le reconnaître, des faits encourageants; il serait à désirer que ces faits fussent connus dans tous leurs détails.

Il semble bien démontré aujourd'hui que le seul traitement rationnel des **ruptures traumatiques de la rate** est la splénectomie. Voici deux nouveaux faits signalés l'un par M. Véron (d'Alger) et l'autre par M. Mauclaire et au sujet desquels M. Guinard a fait un rapport.

Dans le cas de M. Mauclaire, il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présente tous les signes d'une hémorragie interne. Quelques heures après l'accident, M. Mauclaire fit la laparotomie, donna issue à un flot de sang, se porta immédiatement sur le pédicule de la rate, le lia et enleva la rate. Le malade était complètement guéri quelques jours après.

Dans l'observation de M. Véron, il s'agit d'un jeune cavalier qui reçut un coup de pied de cheval. M. Véron le voit trois heures après l'accident; il ne trouve qu'un seul symptôme, la contracture de la paroi abdominale. Il attend. Vingt-quatre heures après apparaissent des signes d'hémorragie interne; M. Veron fait alors la laparotomie, trouve une rate rompue, fait la splénectomie, avec grand lavage de la cavité péritonéale, place un gros tamponnement de gaze, referme et draine. Le malade meurt le douzième jour.

A l'autopsie on trouve le foie gros, les reins congestionnés, la glande thyroïde hypertrophiée, des ganglions mésentériques, le malade a succombé à une septicémie péritonéale.

M. Guinard exprime le regret que M. Véron ne soit pas intervenu plus tôt et qu'il ait cru dévoir attendre vingt-quatre heures. En outre il regrette que le lavage péritonéal ait été fait. Enfin ce malade n'a reçu que 3 à 400 grammes de sérum en injections sous-cutanées, ce n'est pas assez, c'est par litres que doit être injecté le sérum dans ces cas. Enfin à la mèche de gaze, M. Guinard eût préféré le tube à drainage.

M. Demoulin a vu récemment un cas dans lequel la rupture de la rate n'a pu être diagnostiquée que cinq jours après l'accident, il a fait la laparotomie, a trouvé la rate coupée en deux segments, il y avait un caillot énorme; la capsule splénique s'était rétractée. M. Demoulin fit la splénectomie. Ce malade est mort avec des symptômes de septicémie péritonéale. M. Demoulin insiste sur ce fait qu'ici les symptômes d'hémorragie interne ne sont survenus que cinq jours après l'accident.

M. Delorme reprend la discussion ouverte par M. Delbet dans la précédente séance au sujet du **traitement du prolapsus rectal total par l'excision de la muqueuse.** Il remercie M. Delbet d'avoir affirmé qu'à lui revenait l'idée mère de la méthode; il conteste l'utilité des plicatures musculaires recherchées par M. Juvarra (de Bucarest) et reste partisan des simples sutures de soutien qui fournissent le même résultat définitif que celui qu'on obtient par un procédé opératoire plus complexe.

M. Delorme pense que M. Delbet a exagéré les risques de l'opération. Il a rappelé que sur 7 opérés (4 de M. Delorme, 2 de M. Juvarra, 1 de M. Poirier), 2 malades avaient succombé, mais ne serait-il pas prématuré d'établir une statistique pour ou contre une opération qui en est à ses tout premiers débuts. Que si on voulait quand même s'arrêter aux chiffres, c'est à 9 qu'il faudrait porter le nombre des opérés et c'est 2 succès de plus qu'il faudrait ajouter aux précédents. M. Tuffier a guéri un malade et M. Delorme compte encore une guérison sur un sujet qu'il a opéré avec l'assistance et dans le service de M. Reynier. Encore ce cas était-il déplorable, puisque c'est presque à son corps défendant que M. Delorme a eu, chez lui, recours à l'excision muqueuse.

Les cas de mort s'expliquent, l'un (malade de M. Poirier) par la continuation d'une infection déjà constituée avant l'intervention, l'autre par une excision de la muqueuse bien différente de celle qui a été faite communément (80 centimètres, M. Delorme). Les malades chez lesquels la résection a été maintenue aux environs de 25 centimètres ont guéri.

M. Delbet redoute tout particulièrement l'ascension consécutive de la muqueuse et les dangers du rétrécissement, mais on peut éviter ce dernier si la résection n'est pas trop étendue et si le traitement consécutif est bien observé. D'ailleurs, par exception, cette ascension de la muqueuse se produirait-elle qu'il serait facile après nouvelle dilatation du sphincter de reprendre la muqueuse, de l'attirer au dehors, de la fixer à nouveau au pourtour de l'orifice anal pour obtenir une réunion immédiate secondaire.

Dans une affection à pathogénie obscure et dont l'anatomie pathologique est variée, ce n'est pas trop d'avoir à sa disposition plusieurs méthodes opératoires, d'autant que les pexies exposent aux récidives plus que les cures radicales.

En résumé, pour M. Delorme, l'excision de la muqueuse du manchon rectal est une bonne opération dont la valeur est affirmée par des guérisons durables. L'opération est encore à ses débuts; il serait prématuré de chercher à en préciser la valeur, mais elle paraît moins dangereuse et aussi efficace que les autres modes de cure radicale et au point de vue de la solidité de la guérison, plus sûre que les pexies.

Parmi les présentations, signalons un vieillard présenté par M. Quénu et auquel il a fait une **autoplastie frontale** par la méthode indienne, pour lui constituer un nez qui a dû être sacrifié pour un épithélioma.

M. Walther présente un homme auquel il a fait la **suture de l'urètre**, pour une rupture traumatique; résultat parfait.

MM. Legueu, Routier et Peyrot signalent des cas analogues.

M. Morestin montre un malade chez lequel il a déterminé volontairement une ankylose par arthrectomie pour une **arthrite blennorragique du genou.**

Enfin, M. Chaput montre le moule d'une énorme tumeur du pied, qui semblait un chondro-sarcome et qui n'était qu'une **bourse séreuse polykystique.**

REVUE DES THÈSES

Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine (méthode de Lancereaux), par M. le docteur A.-J.-B. Potiez [de Catillon-sur-Sambre]. (Thèse de Paris, 1901.)

La thèse de M. Potiez est un excellent plaidoyer en faveur de la méthode de M. Lancereaux. Elle montre bien que la plupart des critiques qui lui ont été faites sont sans fondement et que ses avantages dépassent de beaucoup ses inconvénients.

M. Potiez rapporte la technique employée par M. Lancereaux. Il peut ne pas être inutile de la rappeler :

« *A*. La solution de gélatine dont nous nous servons de préférence est la suivante :

Gélatine blanche......... 5 grammes.
Solution NaCl à 7 p. 1000.. 200 cent. cubes.

On place cette solution dans un ballon; on ferme le ballon à la lampe et on le stérilise à 120 degrés. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons stérilisés; on les met quelque jours à l'étuve à 38 degrés et on jette ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie par le refroidissement.

B. Pour injecter la solution de gélatine sous la peau, nous nous servons d'un appareil construit par M. Mathieu et qui consiste en un matras de 500 centimètres cubes en verre de Bohême, facilement stérilisable à 120 degrés ou même tout simplement en y faisant bouillir de l'eau pendant un quart d'heure.

Au matras s'adapte un bouchon de caoutchouc, traversé de deux tubes de verre ; l'un d'eux plonge au fond du matras et se trouve relié par un tube en caoutchouc avec une aiguille en platine iridié de fort calibre, l'autre très court est relié par un tube en caoutchouc avec une pointe à soufflerie. Sur le trajet de ce dernier tube, se trouve un petit ballon de verre, rempli d'ouate et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On commence par stériliser le matras comme il est dit plus haut; on fait bouillir le bouchon avec ses deux tubulures, le tube en caoutchouc qui le relie à l'aiguille et cette dernière.

En même temps, on place le ballon de gélatine dans un bain-marie à 37 degrés et lorsque la gélatine est liquéfiée, on ouvre le ballon et on déverse son contenu dans le matras stérilisé, que l'on ferme rapidement par le bouchon stérilisé lui aussi par l'ébullition.

Le matras est alors placé dans un bain-marie à 37 degrés.

On lave soigneusement l'endroit où on fera l'injection, de préférence la fesse ; et l'on y introduit l'aiguille profondément, de façon que la pointe se trouve dans le voisinage de l'aponévrose sous-jacente.

L'injection doit être faite rapidement et terminée en dix minutes, maximum un quart d'heure. »

Dans ces conditions, l'injection n'est pas douloureuse; l'absorption est rapide et n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale.

L'effet se produit rapidement ; il est prudent dès lors d'imposer le repos absolu au malade et de s'abstenir de palper la poche anévrysmale immédiatement après l'injection. Des manœuvres trop violentes risquent de disloquer les caillots récemment formés.

Cette méthode n'est pas toujours facile à employer en clientèle et surtout à la campagne; aussi M. Potiez préfère-t-il la méthode employée par MM. Legry et Lemasle, beaucoup plus simple et à la portée de tous les praticiens. Elle n'est pas plus longue, puisque l'injection de 120 grammes de la solution de gélatine n'a duré que douze minutes.

La solution employée dans ce cas diffère légèrement de la formule donnée par M. Lancereaux.

Pour préparer le sérum gélatiné, il faut d'abord choisir une bonne gélatine, laver cette gélatine et la dissoudre dans une solution de NaCl, d'après la formule ci-dessous.

Chlorure de sodium..... 1g40.
Gélatine extra-blanche.. 4 grammes.
Eau stérilisée q. s. pour 200 cent. cubes.

On porte à l'autoclave à 110 degrés pendant dix minutes, puis on filtre à chaud sur un filtre Chardin; cette solution est placée ensuite dans des flacons à large ouverture d'une contenance d'environ 100 centimètres cubes préalablement stérilisés, et l'on porte de nouveau à l'autoclave à 110 degrés.

Il faut éviter de stériliser à une trop grande chaleur pour ne pas décomposer la gélatine ; conserver les flacons bien bouchés à l'émeri et recouverts d'une ouate aseptique.

La gélatine étant un excellent milieu de culture pour les microbes pathogènes, on ne saurait prendre trop de précautions dans la préparation du sérum gélatiné.

Contribution à l'étude de la diurétine, par M. le docteur F. Lamouroux. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

La diurétine est une combinaison peu stable de théobromine sodée et de salicylate de soude, qui peut être administrée à la dose de 1 à 8 grammes par jour; l'auteur adopte la dose moyenne de 3 à 4 grammes.

Quoique amenant parfois un léger état diarrhéique, le plus souvent sans coliques, la diurétine est préférable à la théobromine, qui produit très souvent de la céphalée, des nausées et même des vomissements. On peut la formuler en cachets ou bien en solution additionnée de sirops et produits aromatiques.

La diurétine a une action favorable dans les cardiopathies fonctionnelles, son action est moins nette dans les cardiopathies organiques. Elle n'influence que très peu les épanchements de nature inflammatoire et l'ascite.

Ce produit donne quelquefois une amélioration dans les lésions rénales, lorsque l'épithélium rénal n'est pas trop profondément atteint. L. I.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *Examens d'aptitude au grade de médecin auxiliaire.* — Les inscriptions pour cet examen seront reçues jusqu'au 1er juillet à la direction du service de santé du gouvernement militaire (corridor d'Arles), 51 *bis*, avenue de Latour-Maubourg.

La demande doit être accompagnée d'un certificat de scolarité de 12 inscriptions. Les examens commenceront le 19 août 1901, à l'hôpital militaire Saint-Martin. Des conférences préparatoires, pour lesquelles les candidats inscrits recevront des convocations, auront lieu prochainement.

Marine. — M. le médecin de première classe Bourit, du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, sur la défense mobile de ce port, M. le docteur Vinas.

Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Ce Congrès se tiendra à Limoges du 1er au 7 août et non du 7 au 12 août, comme on l'avait annoncé précédemment.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 25e semaine, 885 décès, chiffre analogue à celui de la semaine précédente (888) et à la moyenne ordinaire des semaines de juin (876).

La variole présente un chiffre (11) plus favorable que celui des semaines précédentes (24 et 20). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'est élevé à 64 (dont 17 à Montmartre et la Villette).

La fièvre typhoïde n'a causé que 3 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (la moyenne est 6).

La rougeole continue à diminuer de fréquence. Elle a causé 17 décès (au lieu de 36 pendant la 22e semaine, 29 pendant la 23e et 20 pendant la 24e).

La scarlatine n'a causé aucun décès; la coqueluche en a causé 9 (la moyenne est 7).

La diphtérie a causé 25 décès (au lieu de 18 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est également très élevé; il atteint 125, dont 15 pour le quartier de la Roquette, 10 pour Clignancourt, 6 pour les Épinettes et pour Charonne. Les autres quartiers sont beaucoup moins frappés. Nous rappelons combien il est important de pratiquer des injections de sérum antidiphtérique dès le début de la maladie, sans astendre même que le diagnostic soit complètement fixé.

La diarrhée infantile a causé 35 décès (la moyenne des semaines de juin est 40).

En outre, 36 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 129 décès, au lieu de 117 pendant la semaine précédente et au lieu de 119, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 25 (au lieu de la moyenne 14); pneumonie, 39 (au lieu de la moyenne 31); autres maladies de l'appareil respiratoire, 61 (au lieu de la moyenne 65), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès, chiffre voisin de la moyenne; la méningite tuberculeuse, 25 décès; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 35 décès; les maladies organiques du cœur, 45; le cancer a fait périr 51 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 5; la néphrite, 23; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contrexéville : Ses eaux, ses environs; excursions dans la région des fossiles, par le docteur Albert Colin. Un vol. in-18 avec 27 gr. et cartes hors texte. — Paris, A. Maloine.

Comment on défend sa jeunesse, la lutte pour rester jeune de corps et d'esprit, par le docteur Scheffer, médecin aide-major de première classe. Une broch. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 75. — MARDI 2 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. MARDI 2 JUILLET 1901. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours. DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Sur un mode spécial d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par réaction chimique, par M. Baroux (d'Armentières). — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Le traitement galvanique des arthralgies rhumatoïdes d'origine blennorragique; — Le massage au salicylate de méthyle; — L'action galactogène du lait. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

ABONNEMENTS DE VACANCES

SUR UN MODE SPÉCIAL D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE OXALIQUE

D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET PAR RÉACTION CHIMIQUE

Par le docteur Baroux (d'Armentières).

On rencontre l'acide oxalique à l'état de bioxalate et de quadroxalate de potassium dans certains légumes, tels que l'oseille, les épinards, les tomates, à l'état d'oxalate de sodium dans les salicornes, plus connus sous le nom de salade de mer ou de perce-pierre, et sous forme d'oxalate de calcium dans certains lichens (1).

Ces sels se trouvent, sous forme de cristaux minuscules, bien caractéristiques dans l'intérieur des cellules végétales, au milieu du protoplasma près du nucléole. Ils se trouvent en grande abondance, surtout dans les feuilles. Beaucoup de botanistes les considèrent comme des produits d'élimination.

Ces plantes sont réputées comme rafraîchissantes; de fait, elles ont leur utilité, à titre de préventif ou de curateur du scorbut. Rien d'étonnant à cela du reste, puisque cette maladie est occasionnée par un régime alimentaire dépourvu de fruits et de végétaux frais.

Dans les gravelles et dans toutes les maladies des reins, il est d'usage d'en prohiber l'emploi, à cause du passage dans les urines de leur acide oxalique, à l'état d'oxalate de chaux, sel insoluble, pouvant faire souche de calculs extrêmement durs, et en tout cas toujours irritant pour les voies urinaires.

Ce ne sont pas là malheureusement les seuls méfaits que ces légumes peuvent occasionner dans l'organisme. Associés dans un même repas avec des fruits, contenant de l'acide citrique, ils peuvent déterminer du côté du duodénum une irritation très vive, produite par de l'acide oxalique qu'une réaction chimique met en liberté.

Il y a dans le mode d'éclosion de cette duodénite toxique un côté insidieux tout particulier. Ses symptômes et son diagnostic, absolument précis, font aussi de cette affection une maladie facile à reconnaître quand on l'a étudiée en détail.

Ce fut un de mes clients qui, le premier, attira mon attention sur cette question, il y a quatre ans.

Un soir d'été, je fus appelé auprès de lui. Il se plaignait d'une violente douleur dans l'abdomen en un point bien déterminé, situé à l'extrémité droite de la région épigastrique. Il avait vomi quelques mucosités et il avait un peu de diarrhée. Après avoir songé un moment à une colique hépatique, il me fallut vite abandonner cette idée.

Il n'existait pas de fièvre et les selles presque liquides, peu abondantes et peu odorantes, étaient striées de glaires. Je pensai alors à une débâcle provenant de quelque écart de régime et j'interrogeai mon client dans ce sens.

C'était un jeune homme de vingt-trois ans, un peu teinté de neurasthénie, très soigneux de son hygiène et fort attentif aux moindres phénomènes de son organisme, une sorte de scrupuleux de l'ordre physique. Il me répondit qu'il avait vécu très sobrement ce jour-là et les précédents, et que son malaise, selon lui, provenait de ce qu'il avait mangé à son dîner, consécutivement, des épinards et des cerises sures; il avait fait, sans rien éprouver ensuite, un repas du même genre, où les cerises étaient sucrées au lieu d'être sures.

La différence qui existe entre les deux variétés de ce fruit, c'est que l'une, la plus douce au goût, est surtout riche en acide malique et l'autre en acide citrique.

Il y avait à se demander si l'acide citrique des cerises, en présence des oxalates des épinards, n'était pas en état de les décomposer et de produire de l'acide oxalique, dangereux surtout par sa causticité et bien capable de produire des troubles intestinaux à l'endroit indiqué.

Théoriquement la chose est possible. Quand on additionne d'acide citrique une solution d'oxalate, la réaction s'explique par ce seul fait que l'acide oxalique est moins soluble que l'acide citrique.

On constate d'ailleurs expérimentalement que, si on ajoute à une solution saturée de sel d'oseille de l'acide citrique en nature, il se produit au bout d'un certain temps, un

(1) Troost. *Traité élémentaire de chimie*, 12e édit., p. 391.

précipité d'acide oxalique, cristallisé en prismes clinorhombiques caractéristiques.

J'ai pu vérifier ce fait d'une façon bien précise; il y a cependant lieu ici de tenir compte du partage des bases entre les acides suivant les lois très complexes de la thermochimie. En un mot l'acide citrique libre n'enlève jamais à l'oxalate de potasse, par exemple, toute la potasse, et il existe entre l'acide oxalique libre, l'acide citrique libre, l'oxalate et le citrate, un état d'équilibre qu'il est difficile de déterminer exactement. Cette observation et ces considérations mirent mon esprit en éveil; j'en pris bonne note pour pouvoir m'édifier plus tard une certitude.

Huit mois environ après ce cas, je fus appelé en toute hâte un soir de février à visiter deux jeunes enfants, se plaignant de violentes coliques : c'était une fillette de cinq ans et un garçon de quatre ans, frère et sœur; c'étaient aussi deux hyperchlorhydriques, sujets au pyrosis, mais à part cela, toujours bien portants. Ils souffraient beaucoup dans la région épigastrique à l'endroit déjà signalé; ils avaient vomi quelques mucosités et ils avaient une diarrhée nullement fétide, mais franchement glaireuse et tellement glissante qu'ils souillaient continuellement leurs draps. Leur température était montée à 40 degrés, leur langue n'était point saburrale.

Devant ces symptômes identiques aux précédents, à part la fièvre, j'évoquai de suite devant les parents le menu du précédent repas qui avait dû certainement contenir des légumes à oxalates avec des fruits riches en acide citrique.

Je ne me trompais pas, quatre heures environ avant le début de ces accidents, ces deux enfants avaient mangé consécutivement des épinards, pauvres en beurre, et une grosse orange.

Ce dernier fruit isolé, quelquefois laxatif, ne pouvait pas être incriminé.

Sur mes conseils, pour remédier à quelques accidents de croissance, ils en avaient souvent mangé, l'année précédente, et ils l'avaient toujours bien supporté.

Un traitement rationnel fut institué : le lendemain, la fièvre était tombée à 38°5, et disparut tout à fait vingt-quatre heures plus tard, mais les glaires persistaient dans les garde-robes et, ce jour-là, elles étaient devenues franchement sanguinolentes. Une remarque est à faire ici, les autres personnes, qui assistèrent à ce repas, furent indemnes de tout malaise et elles ne comprenaient que des adultes. Elles n'avaient du reste mangé que quelques quartiers d'orange et de plus il y a lieu de tenir compte de cette considération que les enfants sont de beaucoup plus sensibles, dans toutes les parties de l'intestin, que les grandes personnes.

Tout le monde s'était plu, par exemple, à reconnaître que, contrairement au proverbe, le beurre manquait dans les épinards. L'enveloppe des cellules, contenant les oxalates, avait donc été insuffisamment imbibé de ce corps gras, qui certainement doit la protéger contre l'action destructive de l'acide chlorhydrique du suc gastrique et de l'acide citrique, surajouté.

Il est un fait d'observation, c'est qu'après l'absorption d'oseille et d'épinards, on retrouve dans les fèces des gens ayant les fonctions digestives en bon état, une partie de ces légumes intacts échappant ainsi à l'action des sucs digestifs.

Ici, nous avions affaire, pour comble de malchance, à des hyperchlorhydriques qui avaient de plus mangé une orange très volumineuse.

En cinq jours de temps, les deux enfants furent complétement rétablis.

Dans la suite, j'eus deux nouveaux cas, entrant dans le cadre des précédents. Il s'agissait encore de deux jeunes enfants. Ils étaient âgés de six ans et de huit ans et ils vivaient dans la même maison. Un mardi, je fus appelé à les visiter pour une diarrhée avec point douloureux sur la partie droite de l'épigastre. Ils en souffraient depuis le dimanche précédent dans l'après-midi. Ils avaient mangé ce jour-là au dîner une soupe, contenant beaucoup d'oseille, et des huîtres largement arrosées de jus de citron. Ils avaient l'un et l'autre 38 degrés de fièvre et les selles étaient formées surtout de glaires sanguinolentes. On m'a affirmé que la fièvre avait été beaucoup plus forte l'avant-veille au soir. J'avais affaire dans le cas présent à des enfants chétifs et sensibles depuis longtemps de l'intestin. Quelques petites doses de tannin et trois jours de régime lacté firent tout rentrer dans l'ordre.

J'eus ensuite connaissance d'un autre cas qui ne se passa pas dans ma clientèle.

Un jeune homme, après l'absorption consécutive d'une soupe à l'oseille et d'une douzaine d'huîtres, fortement acidulées au jus de citron, fut pris d'une diarrhée fusant dans les vêtements.

Les selles ne furent pas examinées, mais pour s'échapper quasi-involontairement elles devaient être certainemt glaireuses.

Pour ce qui est de la fièvre, je ne pus rien savoir. Le malade dut tenir la chambre pendant vingt-quatre heures. C'était un être émotif de l'intestin, sujet très fréquemment à ces diarrhées nerveuses d'ordre moral, auxquelles le professeur Dieulafoy a appliqué l'expression de flux intestinaux.

Tout dernièrement, je fus témoin d'un autre empoisonnement absolument semblable. Il s'agissait dans l'espèce d'un jeune homme de dix-huit ans, bien constitué mais sujet depuis longtemps à des poussées d'acné du visage que j'avais rattachées à un mauvais état de l'intestin.

Quand je fus appelé auprès de lui, il venait de rentrer d'une ville voisine où il avait assisté à un repas plantureux, Il était au lit en proie à une fièvre de 40 degrés. Il se plaignait d'une douleur atroce, siégeant au delà du pylore et s'augmentant beaucoup à la pression. La langue n'était point chargée et les selles peu abondantes consistaient en matières fécales, mélangées de glaires non sanguinolentes qui s'échappaient souvent, à l'issu du sujet, après quelques gargouillements intestinaux.

En présence de ce spectacle, mon diagnostic fut vite établi et j'en sollicitai la confirmation, de la part de mon malade, par l'énoncé de son dernier repas.

Celui-ci avait été terminé sept heures auparavant et les accidents avaient débuté au bout de quatre heures, par quelques vomissements légèrement muqueux. Le dîner avait commencé par une soupe aux tomates. Il y avait donc eu absorption d'oxalates. La recherche de l'acide citrique fut très pénible, un autre convive de ce banquet, présent au lit du malade, comme celui-là du reste, n'avait aucun souvenir d'en avoir absorbé sous une forme ou sous une autre.

On énuméra alors le menu plat par plat, et on arriva au faisan. Un souvenir revint à mon malade; seul peut-être de toute l'assistance, il avait comprimé vigoureusement sur un morceau de ce gibier la moitié d'un citron.

Il m'aurait caché ce détail que je n'en aurais pas moins persisté dans mon diagnostic.

Devant l'intensité des phénomènes douloureux, il fallut

appliquer des cataplasmes laudanisés : une potion au benzonaphtol et au salicylate de bismuth, édulcorée par du sirop de ratanhia, fut aussi prescrite de suite et le sujet fut mis au régime lacté.

Devant cette ascension de la température et la gravité du cas, j'annonçai pour le lendemain du sang mélangé aux glaires ; ce qui se produisit fatalement. Douze heures après, la fièvre était tombée à 38°5; elle disparut tout à fait vingt-quatre heures plus tard et, au bout de quatre jours de traitement, ce jeune homme put reprendre ses occupations.

Trompé par les apparences et non prévenu, comme je l'étais, il m'aurait été facile de prendre ce cas pour une intoxication alimentaire, occasionnée par exemple par un morceau de faisan avancé, et peut-être aurais-je renouvelé, le lendemain matin, sous une autre forme, l'accident de la veille.

Il aurait suffi pour cela de prescrire une limonade au citrate de magnésie, suivie d'un bon bouillon aux herbes, c'est-à-dire à l'oseille. Dans ce cas-là, je suis certain que c'était pour mon client l'éclosion d'un ulcère infectieux du duodénum.

Le bouillon aux herbes est un assaisonnement très souvent employé dans le Nord, après les purges, quelles qu'elles soient.

Deux fois, après l'absorption d'une limonade purgative, où on l'avait employé sans me le demander, j'ai assisté à l'évolution des accidents que je viens de signaler.

La limonade, dite Rogé, contient toujours un fort excès d'acide citrique, destiné à dégager l'acide carbonique du bicarbonate de soude qu'on y ajoute pour la faire mousser. La production de l'acide oxalique se fait ici d'autant mieux que les composants chimiques sont de part et d'autre mélangés à une certaine quantité de liquide, ce qui facilite beaucoup la réaction.

L'entourage des malades était du reste enchanté : ils avaient beaucoup souffert, il est vrai, mais on leur avait trouvé tant de glaires dans les selles qu'on les croyait avoir été soumis à un nettoyage complet de l'intestin.

Les neuf cas que je viens d'énumérer ont certainement une allure spéciale qui en rend le diagnostic facile.

Il est impossible de les confondre avec les empoisonnements alimentaires par les viandes avariées : dans le botulisme, l'incubation, séparant le repas des premiers accidents, n'est jamais inférieure à huit heures (1). Ici, les coliques se produisirent quatre heures environ après la double ingestion de l'acide citrique et des légumes contenant des oxalates. C'est-à-dire que les phénomènes douloureux coïncident avec le moment, où normalement l'estomac déverse ses ingesta dans le duodénum.

Dans le botulisme, d'autre part, les douleurs siègent surtout dans le jéjunum et l'iléon, autour du nombril. Ici, et c'est un signe de première importance, il y a un point douloureux fixe, aussi précis que celui de Mac Burney dans l'appendicite. On l'exaspère par une pression profonde et légèrement ascendante, exercée sur la grandeur d'une pièce de cinq francs, en dedans de l'endroit où une ligne verticale, partant de l'épine iliaque droite, antérieure et supérieure, rencontre la cage thoracique, c'est-à-dire à la limite de l'hypocondre droit.

(1) Polin et Labit. *Étude sur les empoisonnements alimentaires*, p. 117, Paris 1890.

On irrite ainsi, au-dessous du foie, par une compression oblique, l'endroit malade que le patient désigne lui-même, en montrant la partie médiane de cet organe.

Le canal cholédoque s'ouvre sur la paroi interne et postérieure du second tiers du duodénum. La portion atteinte est certainement comprise entre le pylore et l'ampoule de Vater.

L'acide oxalique, mis en liberté dans l'estomac, ne peut du reste pas aller bien loin dans l'intestin, avant d'être neutralisé par l'alcalinité du suc intestinal, d'autant plus qu'il lui faut des bases en petite quantité pour le transformer en bioxalate ou en quadroxalate.

L'intestin présente là un isthme dangereux de 12 centimètres qui normalement n'est pas lubréfié par la bile, ce bienfaisant savon de l'intestin.

Les microorganismes, du reste, y pullulent. Gessner (1) a pu dans le duodénum isoler les microbes suivants : le bacterium tholocideum qui se distingue surtout du bacterium lactis aerogenes par son pouvoir pathogène, le bacterium coli commune, deux bacilles dont l'un liquéfie la gélatine, deux staphylocoques et le streptocoque pyogenes duodenalis, probablement identique au streptocoque pyogenes ordinaire. Dupré (2) est arrivé à peu près à des résultats identiques.

Netter (3) a décrit en plus dans cette même région un bacille court et le staphylocoque doré.

Cette foison de microorganismes dans cet endroit explique pourquoi, dans nos cas les plus graves, nous avons trouvé une température allant jusqu'à 40 degrés.

Dans le botulisme, au contraire, la fièvre ne dépasse pas 39 degrés ; j'ai étudié spécialement cette question en 1889 dans une épidémie d'empoisonnements alimentaires (4).

Les selles ne sont pas les mêmes non plus dans les deux cas. Ici, on a des matières fécales mêlées à des glaires, quelquefois sanguinolentes. Dans les intoxications par les viandes avancées, les selles sont liquides, purement stercorales, avec une odeur absolument repoussante. Enfin dans ce qui nous occupe, on ne rencontre pas de phénomènes généraux, produits par des ptomaïnes, telles que la mydriase et la parésie des membres, et la langue se présente bien vermeille, au lieu d'être recouverte d'un enduit blanchâtre.

La confusion n'est pas non plus permise avec la colique hépatique, où le point épigastrique est beaucoup plus proche de la ligne médiane que notre point duodénal, où aussi le point scapulaire et l'ictère consécutif sont deux symptômes absolument particuliers.

L'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire se distingue bien nettement de l'empoisonnement par les sels d'oseille.

L'intoxication par les oxalates chimiquement purs ressemble à l'empoisonnement par le nitre (5). C'est un poison hyposthénisant.

12 à 15 grammes peuvent donner la mort. Les effets pathologiques sont presque immédiats, et ils ont une marche foudroyante.

(1) *Centralbl. f. Bakt.*, 1889, 11 Bd, nº 4.

(2) Dupré. *Des infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.

(3) *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 1900, t. IV, p. 418, 2e édit.

(4) Polin et Labit. Loc. cit., Épidémie d'Armentières, p. 126.

(5) Tardieu. *Étude médico-légale et clinique de l'empoisonnement*, p. 749 et 750, Paris 1875.

Les symptômes locaux se bornent à une violente douleur, siégeant à l'estomac et s'accompagnant rarement de vomissements; il n'y a jamais de diarrhée. Ce sont les phénomènes généraux qui dominent; le pouls devient vite misérable, la peau se refroidit et il se produit des convulsions et quelquefois du délire. Il se fait des extravasations sanguines un peu partout. La mort peut survenir en quelques heures.

Les cas que nous venons de décrire ne cadrent pas non plus avec les empoisonnements par l'acide oxalique, absorbé à l'état naturel. Cet acide (1) n'agit pas à la façon des acides minéraux, dont il ne possède pas les propriétés corrosives. Il est surtout irritant. Il est relativement beaucoup plus toxique que le sel d'oseille. Il a tué un enfant de seize ans, à la dose de 2 grammes. Son absorption s'accompagne d'une irritation de la bouche, de la gorge et d'une vive douleur localisée à l'épigastre. L'abdomen tout entier est douloureux et tendu. Le point duodénal, mentionné plus haut, n'existe pas. Presque toujours, il se produit de suite des vomissements, composés de mucosités, mélangées de sang altéré. A l'autopsie, du reste, on trouve que le contenu de l'estomac présente une consistance gélatineuse. Puis il se déclare rapidement des phénomènes réflexes, avec petitesse du pouls et embarras de la respiration.

Chez l'adulte, en une heure de temps, la mort peut survenir.

Quand il y a tendance à la guérison, il se déclare une diarrhée abondante, dont les évacuatious ressemblent beaucoup aux selles glaireuses et fusantes des cas d'origine alimentaire.

En somme, dans notre empoisonnement spécial par l'acide oxalique, ce dernier se produit lentement dans l'estomac et en petite quantité. Il est mélangé à un bol alimentaire, assez abondant, celui de tout un repas qui, grâce à cette dilution, l'empêche d'attaquer la muqueuse de cet organe. Il passe ensuite par petits jets dans le duodénum qu'il irrite de la façon connue, mais il neutralise vivement au contact de l'alcalinité du milieu. S'il est absorbé ensuite par l'organisme, ce n'est qu'à l'état de sel et en proportion insuffisante pour produire les accidents généraux de l'intoxication par les oxalates.

A propos du diagnostic différentiel de nos cas d'empoisonnement, une remarque s'impose : il n'y a guère que trois acides comestibles, l'acide acétique, l'acide malique et l'acide citrique. Or, le premier est sans action sur les oxalates en général, et l'oxalate de chaux y est même tout à fait insoluble ; ce qui passe en chimie pour être un excellent procédé dans la recherche de l'acide oxalique.

Voilà pourquoi les pêcheurs du Boulonnais, qui emploient fréquemment, comme aliment rafraîchissant, les salicornes conservés dans du vinaigre, n'en sont jamais incommodés du côté du tube digestif. Quant à l'acide malique, qu'on rencontre dans les pommes, les fraises, les cerises, les framboises et la rhubarbe, il s'y trouve en très petite quantité, et sa réaction sur les oxalates ne peut produire de l'acide oxalique qu'à une dose insignifiante et nullement nuisible. Au contraire, les fruits qui contiennent de l'acide citrique en sont très riches et un citron moyen, par exemple, d'après Pelouze et Frémy et le dictionnaire de Wurtz, en renfermerait jusqu'à 2gr50, quantité plus que suffisante pour produire un poids nuisible d'acide oxalique.

(1) Tardieu. Loc. cit, p. 251.

Voilà qui achève de spécialiser complètement le mode d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par réaction chimique.

Nous ne pensons pas que cette intoxication puisse se produire fatalement chez tous les individus, absorbant consécutivement de l'acide citrique et des légumes contenant des oxalates. D'abord, et nos cas le prouvent, cet empoisonnement sera beaucoup plus fréquent chez les enfants, dont l'intestin est normalement plus sensible que celui de l'adulte. Ensuite, il y a des causes adjuvantes qui en facilitent l'éclosion. L'hyperchlorhydrie, spécialement, en ajoutant son exagération d'acidité à l'action de l'acide citrique, facilite beaucoup la production de l'acide oxalique.

Nous connaissons même une femme adulte, atteinte de cette hypersécrétion, qui, par son observation personnelle, est arrivée à proscrire de son régime alimentaire l'oseille et les épinards.

Chez elle ces légumes, sans acide citrique, produisent fatalement, au bout de trois quarts d'heure, toute la série des phénomènes énumérés plus haut. Il est probable que l'estomac, irrité préalablement par un suc gastrique trop acide, réagit ici avec véhémence et se vide en conséquence plus hâtivement dans l'intestin. Il en est de même dans les cas de stase gastrique avec production d'acides de fermentation organique, comme les acides lactique, butyrique, valérianique et propionique.

Il n'est pas prouvé que ces acides soient capables d'engendrer de l'acide oxalique, en présence d'un milieu riche en oxalates. Dans notre réaction gastrique, ils facilitent cependant l'action de l'acide citrique, en s'attaquant aux cellules végétales, contenant les oxalates à l'état de cristaux microscopiques et, d'un autre côté, au niveau du duodénum, leur effet légèrement irritant vient s'ajouter à la causticité propre de l'acide oxalique.

Cette intoxication n'est certainement pas bien sérieuse, comme résultat, puisque, dans les cas les plus graves, avec fièvre élevée, un régime lacté de trois à quatre jours et quelques potions, contenant du laudanum, du salicylate de bismuth et du ratanhia, suffisent à tout remettre en ordre.

Il n'en est pas moins utile d'être prévenu de son existence pour la traiter rationnellement et éviter sa transformation en ulcère du duodénum.

On peut en conséquence ajouter à l'hygiène alimentaire cette nouvelle formule. Chez les enfants en général et chez les adultes quand les fonctions digestives ne se font pas d'une façon absolument normale, il faut s'abstenir de consommer en un même repas du citron, de l'orange, des groseilles ou des cerises sures avec de l'oseille, des épinards, des tomates, des salicornes ou bien encore avec des lichens. Ces derniers ne sont employés dans l'alimentation qu'en Bretagne, chez les pauvres gens, souvent sous forme de gelée. On évitera ainsi ces accidents désagréables qui sont surtout des méfaits de la cuisine bourgeoise. Phénomène curieux en effet, ou plutôt bien naturel, puisque l'expérience de tous les jours est, en beaucoup de choses, une science presque intuitive, les professionnels de l'art cutinaire se méfient absolument de ces fâcheux mélanges alimentaires. Dernièrement, un maître d'hôtel, très expérimenté dans sa partie, à qui je demandais de m'indiquer la soupe la plus convenable à prendre avec des huîtres arrosées de citron, me répondit sans hésitation : « Le consommé et surtout pas de soupe à l'oseille ou aux tomates, car le citron ne va pas avec les crudités. »

En thérapeutique, on défendra aussi de prendre du bouillon aux herbes, après une limonade purgative.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(28 juin 1901)

MM. Pierre Merklen et Girard apportent une très importante contribution à l'**étude du cancer primitif des grosses bronches**, dont l'histoire date en réalité de peu d'années. On peut relever dans cette histoire deux ordres de faits. Dans une première catégorie prennent place les observations de cancer dit primitif du poumon, dont le point de départ réel est l'épithélium de revêtement d'une ramification bronchique de troisième ou de quatrième ordre. Si, comme l'avance Lenhartz, cette origine se retrouve 90 fois sur 100, le cancer du poumon serait plus justement dénommé cancer broncho-pulmonaire. Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de cette première forme du cancer bronchique, le cancer des petites bronches, est celle que les traités de pathologie assignent au cancer du poumon. Tout autre est la physionomie du cancer primitif des grosses bronches, qui est rare. La conséquence de cette localisation est le rétrécissement des voies aériennes supérieures, qui résulte à la fois de la végétation intra-bronchique du néoplasme et de l'envahissement secondaire des parties voisines du médiastin. Les symptômes prédominants rappellent ceux du rétrécissement de la trachée et des tumeurs du médiastin; mais, comme le poumon correspondant à la bronche malade est presque toujours envahi par des noyaux cancéreux secondaires, l'on peut observer l'association des signes de la sténose trachéo-bronchique et du cancer pulmonaire. L'observation rapportée par les auteurs est un exemple frappant du cancer primitif des grosses bronches. La symptomatologie nette peut être schématiquement résumée ainsi qu'il suit :

Début par de la dyspnée et de la toux, bientôt accompagnées d'enrouement; expectoration sanglante également précoce et, un peu plus tard, crises de suffocation avec quintes de toux, cornage et tirage. Le diagnostic de rétrécissement du larynx ou de la trachée se présente alors à l'esprit, mais on note simultanément des signes de compression dans le médiastin (dysphagie) et surtout des signes pulmonaires du côté qui correspond à la bronche malade. Ceux-ci ont une importance particulière, parce qu'ils traduisent d'une part l'obstruction bronchique du poumon, d'où l'imperméabilité à l'air de la plus grande partie du poumon (silence respiratoire) et l'accumulation de mucosités dans certaines bronches dilatées au dessous de la tumeur primitive qui le plus souvent, se complique de bronchite (gros râles bulleux); d'autre part, l'infiltration du parenchyme pulmonaire par des noyaux cancéreux secondaires et, le plus souvent, l'épaississement scléreux de la plèvre (matité avec ou sans exagération des vibrations vocales).

La mort subite dans un accès de suffocation est la terminaison ordinaire de la maladie.

M. Galliard rapporte l'observation d'une femme de trente-six ans, rachitique, présentant les signes attribués d'ordinaire aux tumeurs du cervelet, et atteinte d'**exostose douloureuse de la table interne de l'occipital**, dont l'autopsie permit de vérifier le siège et la forme. Il existait au milieu de la fosse cérébelleuse droite une exostose en forme de V, assez saillante pour soulever la dure-mère, mais ne refoulant pas d'une façon appréciable la substance du cervelet. Cette exostose, développée aux dépens de la table interne de l'occipital, correspondait exactement à un point douloureux constaté pendant la vie. Il n'y avait pas d'exostose correspondante de la table externe de l'occipital. La syphilis n'ayant pu être retrouvée, il faut invoquer comme cause de cette exostose le rachitisme, d'autant que les rachitiques ont parfois des épines osseuses, spécialement à la paroi interne du bassin, épines bien connues des accoucheurs.

A propos de la précédente communication de M. Le Gendre sur la **gastérine** ou suc gastrique recueilli directement dans l'estomac du chien, après isolement et fistulation de l'organe, d'après le procédé de M. Frémont, M. Mathieu rapporte qu'il a eu l'occasion d'observer de très grandes améliorations et parfois de véritables résurrections par l'usage de cette gastérine. Certains malades, dont l'état cachectique était tel qu'on les prenait volontiers pour des cancéreux, revinrent à la santé complète et rapidement.

C'est là un fait, dont la nature n'est pas établie, mais dont l'existence est hors de doute.

M. Soupault, à propos de l'observation publiée par M. Frémont dans la dernière séance (**entérite par insuffisance de l'estomac; gastérine, guérison**), signale les recherches qu'il a faites dans plusieurs cas de diarrhée chronique. Sur 6 malades dont il a pu analyser le suc gastrique, il a constaté 4 fois une apepsie absolue et 2 fois une hypopepsie très intense.

D'autre part, chez les dix malades qu'il a observés, il a noté une amélioration très rapide et ultérieurement une guérison presque complète par l'usage prolongée de la limonade chlorhydrique à 8 p. 1000. Les selles diarrhéiques, depuis plusieurs années, sont redevenues normalement moulées, et l'état général des malades s'est amélioré aussi.

M. Soupault croit pouvoir conclure des faits qu'il a observés ainsi que des expériences physiologiques et des constatations cliniques de différents auteurs (Hayem, Mathieu, Hirch, Gilbert) que la diarrhée chronique est due à l'évacuation trop rapide de l'estomac, constante chez les hypopeptiques et les apeptiques. Par contre l'heureuse influence, dans ces cas, de la médication chlorhydrique s'explique par ce fait que les aliments séjournent dans l'estomac d'autant plus longtemps que son contenu est plus acide.

MM. Huchard et Bergouignan présentent une pièce anatomique intéressante. C'est un cœur offrant une communication interauriculaire considérable. La malade, âgée de trente-quatre ans, était petite, mal développée; elle avait l'apparence d'une enfant de treize ans. Le teint et les extrémités étaient légèrement cyaniques. A l'auscultation, on entendait au niveau du troisième espace intercostal gauche, près du sternum, un souffle systolique et un retentissement diastolique très accusés. A la pointe, roulement présystolique. Le diagnostic porté fut le suivant : **rétrécissement mitral congénital avec inocclusion interauriculaire probable.** L'autopsie, démontrant l'existence d'une large communication entre les oreillettes et un rétrécissement mitral, vient confirmer ce diagnostic.

M. Hirtz présente un malade atteint de **sclérodermie probable.** M. Souques rapporte une observation de sciatique guérie par l'injection épidurale de cocaïne. MM. Triboulet et Declercq présentent un malade atteint d'athétose avec crises de contractures transitoires.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement galvanique des arthralgies rhumatoïdes d'origine blennorragique.

A la dernière séance de la Société de thérapeutique M. A. Mathieu est venu rapporter les excellents effets obtenus par son interne M. L. Delherm dans ces arthrites si rebelles à tous les traitements.

Dans ses essais, sur 6 sujets et sur 13 articulations atteints d'arthrite blennorragique d'intensité considérable avec ou sans gonflement péri-articulaire, M. Delherm s'est servi d'une pile au bisulfate de manganèse ou de mercure et de larges électrodes ou simplement de gâteaux de terre glaise qu'on appliquait aux deux pôles opposés de l'articulation. Le courant devant être assez fort pour passer à travers la jointure, son intensité variait entre 20 et 50 milliampères suivant les cas. La durée des séances était d'un quart d'heure. Le premier jour on faisait deux séances, puis on se bornait à une séance par jour. Les effets de ce traitement furent des plus remarquables. L'amélioration se montrait déjà au bout de deux à trois heures après la première séance, mais elle était surtout appréciable le lendemain : le malade avait passé une bonne nuit, les douleurs s'étant atténuées ; le membre avait dégonflé et sa motilité se trouvait en partie rétablie. La guérison survenait en deux à six séances ; dans un cas seulement, il a fallu quatorze séances pour l'obtenir. Jamais on n'a vu subsister, après la guérison, de raideur articulaire ni observé d'atrophies des muscles, si fréquentes à la suite d'arthrites blennorragiques. Mais ce qui frappe surtout, dans les résultats de ce traitement, c'est moins l'absence des atrophies musculaires (que l'emploi du massage permet également d'éviter), que la rapidité de la guérison.

M. Delherm a essayé aussi le courant faradique contre les arthrites blennorragiques, mais il a obtenu des effets très inférieurs à ceux du courant continu.

Le massage au salicylate de méthyle.

Les propriétés calmantes des applications de salicylate de méthyle sont bien connues. En est-il de même des avantages que ce liquide présente s'il est utilisé pour le massage méthodique et prolongé?

M. le docteur Perrier [d'Euzet-les-Bains] (1) a été amené à essayer le salicylate de méthyle dans le massage, non seulement à cause de son action sédative, mais aussi à cause de ses propriétés lubréfiantes exceptionnelles. Sa valeur comme antiseptique lui a paru encore précieuse dans le massage dont les manœuvres prolongées et parfois énergiques sont bien capables de dénuder certains points de l'épiderme.

A ces qualités s'ajoute une réaction thermique souvent fort vive que seules les frictions ou les secousses du massage ne sauraient produire.

Dans plusieurs cas de rhumatisme chronique avec ankylose, de sciatique chronique, les massages au salicylate de méthyle en séances prolongées (quarante minutes) semblent avoir donné des résultats vraiment encourageants et d'une façon assez rapide.

Action galactogène du lait.

M. Vildermann (de Paris) a réussi, dans 8 cas sur 11, à augmenter la sécrétion lactée et à modifier avantageusement la qualité du lait maternel, en donnant aux mères-nourrices du lait à la dose moyenne de 1 200 grammes par jour. L'action galactogène lui a paru durer environ deux mois, ce qui est déjà très important et suffirait, dans bien des cas, à sauver des enfants faibles ou malades ; mais en procédant par cures successives, M. Vildermann croit qu'on pourrait prolonger beaucoup plus longtemps l'effet bienfaisant du lait.

Cette question, étudiée par M. Vildermann dans un intéressant article très documenté des *Archives de médecine de l'enfance* (juillet 1901), est de celles qui mériteraient d'être reprises et étudiées à fond par tous ceux qui s'occupent de pédiatrie.

(1) *Echo méd. des Cévennes*, 1er juillet 1901.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 JUILLET 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 JUILLET, à une heure. — 1er de sage-femme, 1re classe, *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Poirier et Varnier ; — M. Heim, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* : MM. Fournier, Launois et Roger ; — (nouveau régime) : MM. Hayem, Brissaud et Méry ; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 9 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Chantemesse, Troisier et Marfan ; — (2e série) : MM. Cornil, Gilbert et Thoinot ; — M. Albarran, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Charrin et Dupré ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Vaquez ; — M. Quénu, suppléant.

2e de sage-femme (1re classe) : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire ; — M. Desgrez, suppléant.

VENDREDI 12 JUILLET, à neuf heures du matin. — 2e de sage-femme (2e classe), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier ; — M. Retterer, suppléant.

A une heure. — 5e (2e partie), *Charité* : MM. Gaucher, Roger et Thoinot.

3e (officiat définitif), *Charité* : MM. Tillaux, Launois et Lepage ; — M. Reynier, suppléant.

SAMEDI 13 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Achard et Ménétrier.

3e (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Vaquez et Thiroloix ; — M. Albarran, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Troisier et Widal ; — (2e série) : MM. Raymond, Hallopeau et Marfan ; — M. Rémy, suppléant.

2e de sage-femme (1re classe) : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire ; — M. Gley, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1902 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 21 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Par décret en date du 26 juin 1901, M. Sigalas, agrégé, est nommé professeur de physique pharmaceutique.

Marine. — Par décret en date du 26 juin 1901, ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 22 juin 1901 :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Dollieule, médecin principal, en remplacement de M. Fontorbe, décédé.

Au grade de médecin principal. — M. Torel, médecin de première classe, en remplacement de M. Dollieule, promu.

— M. le médecin principal Roux, du cadre de Cherbourg, est dé-

signé pour embarquer sur la *Nive* à Toulon, en remplacement de M. le docteur Bellot.

M. Ambiel, médecin principal (emploi créé par le décret du 1er décembre 1900), a été promu médecin en chef de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

Des médailles de bronze ont été décernées à MM. les docteurs Poirier, médecin sanitaire maritime, et Mias, médecin de deuxième classe des colonies, pour le dévouement dont ils ont fait preuve pour l'application des mesures d'hygiène commandées par des conditions sanitaires dangereuses.

La responsabilité des médecins d'hôpitaux. — Un médecin d'hôpital qui, au cours d'une intervention, s'aperçoit qu'il manque d'un médicament indispensable a le droit, que dis-je, le *devoir* d'abandonner son opéré en pleine anesthésie et d'aller *lui-même* à la pharmacie chercher le produit demandé, dut le malade en mourir.

Telle est du moins la morale qui semble se dégager d'un surprenant jugement rendu tout récemment par la septième chambre civile.

Voici les faits :

Le 20 septembre dernier, à la clinique dentaire des Quinze-Vingts, M. le docteur Jacquier s'apprêtait à faire une opération sur une malade quand il s'aperçut qu'il n'avait plus de chlorhydrate de cocaïne. Il chargea un infirmier d'aller en chercher à la pharmacie de l'hôpital. L'infirmier revint bientôt, rapportant une fiole sur laquelle se trouvait l'étiquette : chlorhydrate de cocaïne. Le médecin se servit du liquide, qui était non du chlorhydrate de cocaïne, mais du sublimé. Il en résulta pour la patiente des escares et une nécrose de la mâchoire.

D'où le procès actuel, qui a pour objet une demande en 10000 francs de dommages-intérêts formée par la victime contre M. Jacquier.

La septième chambre du tribunal civil, après avoir entendu les plaidoiries des parties en cause, a rendu un jugement longuement motivé aux termes duquel elle reconnaît le principe de responsabilité à l'égard de M. le docteur Jacquier :

« Attendu que, sans doute, et comme il l'a soutenu à l'audience, Jacquier ne pouvait faire l'analyse du flacon qui venait de lui être apporté; mais attendu qu'il n'y avait aucune nécessité de recourir à ce moyen et que, puisque la pharmacie se trouve dans l'hôpital où il faisait ses opérations, Jacquier n'avait qu'à se rendre à la pharmacie, où il aurait lui-même demandé la substance dont il avait besoin et on lui aurait remis à lui-même le liquide qu'il devait employer;

Attendu que ce moyen était simple et sans inconvénient; mais qu'au lieu d'agir ainsi, Jacquier donna verbalement un ordre que l'infirmier n'a pu que répéter verbalement, et qu'il a rapporté une substance qui, en admettant les explications de Jacquier, a causé tout le mal;

Qu'il suit de là que la responsabilité de Jacquier résulte de ses explications mêmes. »

Nous espérons bien que notre confrère se pourvoira en appel contre ce singulier arrêt.

Asile de Villejuif. — *École pratique des hautes études* (Laboratoire de psychologie expérimentale de l'asile de Villejuif. (Tramway Châtelet-Villejuif. Départ à 1 h. 45. — M. le docteur Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, fera le samedi 6 juillet, à trois heures, une conférence sur « l'aliéné dans la Société ».

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 fr. ; 2e classe, 245 fr.

Départ de Paris le dimanche 7 juillet 1901.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Comment on défend son nez, la lutte contre les rougeurs. l'ozène et autres infirmités, par le docteur R. Bonnet, chef de clinique des maladies du nez. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 76. — JEUDI 4 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 4 JUILLET 1901. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — NOTE SUR UNE VARIÉTÉ DE DÉGÉNÉRESCENCE FIBREUSE DU CORPS THYROÏDE, par M. RICARD, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* Deux cas de botryomycose observés à Alger; — *Obstétrique :* Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du périnée dans les accouchements au forceps; — *Thérapeutique* : Valeur palliative du cacodylate de soude dans le traitement du cancer; — Traitement des ulcérations malignes par le cynoglosse; — Traitement du cancroïde ulcéré et des néoplasmes de la région palpébrale par les injections de bleu de méthylène et de sublimé. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ DE DÉGÉNÉRESCENCE FIBREUSE DU CORPS THYROIDE (1)

Par M. A. RICARD,
Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

J'ai eu trois fois l'occasion d'intervenir pour une lésion toute particulière du corps thyroïde, lésion sur la nature de laquelle je ne suis pas encore fixé et sur laquelle je serais heureux d'avoir l'avis de la Société de chirurgie.

A la fin de février dernier, je voyais M. P..., homme grand, solide, vigoureusement constitué et d'une bonne santé habituelle. Son médecin me l'adressait pour une tumeur du corps thyroïde qu'il appelait *goitre osseux*, tellement la tumeur était dure au palper.

La tuméfaction occupait toute la partie gauche du cou. Elle avait la forme normale d'un lobe thyroïdien augmenté de volume. Sa base arrondie descendait derrière la clavicule et son sommet, plus effilé, se prolongeait comme une véritable corne, parallèlement aux vaisseaux carotidiens. Sur la ligne médiane, la tumeur s'arrêtait brusquement, avec une netteté remarquable. Il eût été facile avec une épingle de limiter exactement le point où cessait la tuméfaction indurée et où commençait la glande saine.

La consistance était uniformément dure et régulière; c'était un véritable bloc, dont toutefois la corne carotidienne et la limite médiane paraissaient plus dures encore et donnaient, à s'y méprendre, la sensation d'une tumeur osseuse.

La tumeur suivait la trachée pendant les mouvements de déglutition. Elle paraissait indépendante du sterno-mastoïdien. Elle se détachait aisément du plan osseux profond.

Le larynx et la trachée étaient repoussés à droite de 2 à 3 centimètres environ.

Le malade n'accusait aucune douleur. Mais les troubles de sa voix, persistants depuis plus de deux mois, permettaient d'affirmer l'existence d'une paralysie des cordes vocales, par suite de la compression ou de la destruction du nerf récurrent gauche.

La respiration était devenue progressivement pénible. La marche rapide, la montée des escaliers devenaient pénibles, sinon impossibles. Dans les quinze jours qui avaient précédé la visite du malade, il y avait eu deux accès de suffocation qui avaient inquiété son entourage.

La déglutition était même devenue gênée, et le malade était obligé de soigner la mastication de ses aliments et de diminuer le volume du bol alimentaire.

Me basant sur la dureté noueuse de la masse, sur son développement progressif, sur les phénomènes de compression trachéale, ainsi que sur la lésion du récurrent, — ces deux dernières lésions étant d'autant plus dignes d'attention que le volume de la masse ne dépassait guère le volume du poing, et qu'il devait s'agir d'un envahissement des tissus plutôt que d'une compression, — je portai le diagnostic de *cancer thyroïdien* et, étant donné les troubles respiratoires et dysphagiques, je conseillai l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée, non sans que la famille fût avertie de la gravité de l'acte opératoire.

L'opération eut lieu le 6 mars, chez les frères Saint-Jean-de Dieu, avec l'assistance du docteur Guelpa et de deux de mes internes, MM. Sikora et Tesson. Le malade fut facilement endormi au chloroforme. Une incision courbe fut menée du milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien, gauche, le long de la clavicule, pour traverser horizontalement la ligne médiane au niveau de la fourchette sternale jusque sur la clavicule du côté opposé. Le lambeau cutané fut disséqué, le sterno-mastoïdien largement mis à nu fut sectionné transversalement et ses chefs repérés avec des pinces hémostatiques, découvrant largement le champ opératoire.

Le muscle omo-hyoïdien étalé à la surface de la tumeur y adhérait par places. Mais cet envahissement était plus manifeste du côté des muscles sous-hyoïdiens, absolument confondus avec la masse morbide.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Il était évident dès lors que nous nous trouvions en présence d'une tumeur « non encapsulée », ainsi que nous l'avoins bien prévu, et que cette tumeur qui avait englobé les muscles, devait avoir envahi la trachée comme le récurrent et que ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux du cou ne devaient pas être de simples rapports de contact.

Dès lors le problème opératoire se précisait. Pouvait-on dégager la tumeur du paquet vasculo-nerveux, et en tenter l'extirpation, ou au contraire l'impossibilité d'aborder les vaisseaux devait-elle nous indiquer l'opération purement palliative de la trachéotomie?

Je me mis en devoir de chercher les vaisseaux lentement, à petits coups de bistouri. Les deux cas que j'avais vus précédemment, et analogues à celui-ci, me faisaient craindre que la jugulaire ne fût envahie, mais me faisaient espérer que la carotide serait respectée et énucléable de sa gangue néoplasique.

A la partie supérieure, près de la base du cou, je pus reconnaître la jugulaire encore distendue; à la partie inférieure un cordon aplati sortant de la tumeur et contenant un peu de sang veineux me parut être, avec raison, ce qui restait de la jugulaire interne. Des pinces ayant été placées sur les deux extrémités découvertes du vaisseau, j'en fis la section et me mis en devoir de rechercher dans la tumeur l'entrée et la sortie de la carotide. La tumeur avait la consistance du tissu fibreux, elle était blanche, homogène, criait fortement sous le bistouri. A l'aide d'une dissection prudente, et par morcellement successif, je pus découvrir en haut que l'émergence du tronc artériel se faisait, hors la tumeur, juste au niveau de la bifurcation de la carotide primitive.

Restait à trouvrer le bout inférieur de la carotide, savoir s'il était accessible, pour y porter une pince et une ligature au cas où pendant le temps de dégagement de la carotide ce vaisseau viendrait à être blessé. Il était évident que la découverte de ce vaisseau en sculptant le tissu induré de la tumeur, était périlleuse et qu'une large plaie pouvait être faite aux parois de l'artère si celles-ci étaient adhérentes et confondues avec le tissu morbide. Il fallait donc de toute nécessité trouver l'origine de la carotide primitive. Cette découverte fut des plus délicates, car la tumeur descendait derrière la clavicule, plus bas que nous l'avions primitivement pensé. Nous eûmes besoin de faire abaisser fortement le bras pendant qu'un aide érignait en haut la tumeur. Je pus enfin apercevoir le tronc carotidien et le dégager.

Dès lors, la conduite devenait simple. J'essayai de libérer la carotide dès son entrée dans la tumeur et de la suivre par la dissection, très rapidement, je m'aperçus que les parois artérielles devenaient de plus en plus adhérentes et qu'elles se fusionnaient avec le tissu pathologique. Dès lors je n'hésitai plus et ayant placé une pince sur la carotide primitive au-dessous du néoplasme, une autre pince immédiatement au-dessous de la bifurcation des carotide interne et carotide externe, je sectionnai le vaisseau et libérai ainsi la tumeur.

Restait le nerf pneumogastrique, je pus le trouver émergeant en bas de la tumeur, mais se confondant bientôt avec elle. Je procédai alors comme pour la carotide. Je le recherchai en haut, au niveau de son entrée, une pince fut mise sur lui pour le tendre et faciliter sa section, mais aussitôt le malade fut pris d'accidents respiratoires graves, trois ou quatre inspirations profondes et saccadées; puis après une dernière et brève inspiration, l'opéré cessa de respirer. La pince fut immédiatement enlevée et après quelques mouvements de respiration artificielle et la traction de la langue, la respiration se rétablit.

Je sectionnai alors le nerf rapidement au bistouri. Cette section ne s'accompagna d'aucune réaction respiratoire.

A la fin de l'opération, une des artères naissant de l'origine de la carotide externe ayant été sectionnée, la pince qui fut placée, sur son orifice, saisit encore le bout central du pneumogastrique sectionné, et les mêmes accidents dyspnéiques se reproduisirent.

La tumeur était alors libérée en haut, en bas et en arrière. La partie antérieure avait été séparée de la portion saine de l'isthme thyroïdien; la tumeur ne tenait plus qu'à la partie interne du côté de la trachée et de l'œsophage. L'adhérence était intime, car il me fallut sculpter un à un les anneaux de la trachée, craignant à chaque instant de perforer les espaces intercartilagineux. La dissection de l'œsophage fut particulièrement laborieuse. Les fibres musculaires étaient envahies par la tumeur en maints endroits. La muqueuse œsophagienne fut mise à nu, mais non perforée. Malgré toute mon attention, je ne pus voir le nerf récurrent. J'ai dit qu'un des premiers symptômes qui avait inquiété le malade avait été des troubles de phonation dus à une paralysie des cordes vocales. La dissection ultérieure de la tumeur ne permit pas non plus de retrouver trace de ce nerf, évidemment détruit par le processus morbide.

Les muscles furent rapprochés par des surjets de catgut. Un drain fut placé à cause de l'exsudation sanguine et de l'impossibilité d'accoler parfaitement le plan cutané aux plans profonds et, sauf au niveau des drains, un surjet continu au catgut ferma complètement l'incision cutanée.

Les suites opératoires furent des plus simples et absolument apyrétiques, ainsi qu'en témoigne le tracé thermométrique. Le sixième jour, je défis le large pansement qui protégeait la plaie. La partie externe de la région opératoire était bombée et légèrement tendue. Je décollai alors dans l'étendue d'un centimètre environ les bords de la suture pensant à une collection sanguine. Mais j'eus la surprise de voir s'écouler un liquide blanchâtre ayant l'aspect de lait très étendu d'eau. Je pensai qu'au cours de cette opération longue et accidentée j'avais pu commettre quelque faute contre l'asepsie et je plaçai un petit drain debout.

Les jours suivants, rien de notable, si ce n'est que ce drain médian donnait un suintement séro-sanguinolent abondant, au point que je craignis une éraillure de l'œsophage laissant passer la salive ou les liquides déglutis. Sauf cet écoulement persistant, tout se passait régulièrement. Cependant le malade perdait ses forces et maigrissait à vue d'œil.

L'écoulement continua à augmenter, traversant chaque jour le pansement et même inondant le lit du malade. Cet écoulement avait une odeur particulière, assez analogue à celle du sérum sanguin. Ce n'est que vers le quinzième jour, que l'abondance de cet écoulement me fit penser qu'il s'agissait d'une blessure du canal thoracique. Je retirai alors le drain par lequel s'écoulait le liquide et j'appliquai sur son trajet et derrière la clavicule un pansement compressif énergique et méthodiquement placé, et j'eus le bonheur de voir immédiatement l'écoulement s'arrêter pour ne plus reparaître.

Depuis, le malade a repris sa vie habituelle, sa déglutition n'est pas troublée, ses forces sont complètement revenues. Il n'a aucun trouble ni respiratoire ni cardiaque. Seule, persiste la paralysie des cordes vocales.

J'ai tenu à rapporter tout au long cette opération dans ses détails opératoires, parce que les faits publiés m'ont paru encore rares, et cependant c'est le troisième cas semblable que j'ai pu observer, et ces trois cas sont exactement superposables. C'est donc une entité morbide bien définie que j'ai eu à combattre et, j'étais tellement convaincu de ce que j'allais rencontrer, que, d'avance, j'avais prévenu mes internes de l'aspect de la tumeur, de sa consistance uniformément dure, de son aspect blanc, homogène à la coupe, de sa densité qui la faisait crier sous le scalpel, que j'avais prévu la nécessité de réséquer la jugulaire et peut-être la carotide. Sur le premier malade que j'ai, en effet, opéré à l'Hôtel-Dieu, je fus amené à faire la suture latérale du tronc brachio-céphalique veineux, et c'est à ce titre, que j'en ai publié l'observation.

Qu'est-ce donc que cette tumeur thyroïdienne? Son aspect, sa marche envahissante, sa diffusion, tout me faisait présumer une tumeur maligne. Or, voici ce que nous donne l'examen histologique, dû à M. Lecène, interne des hôpitaux, examen contrôlé et interprété par notre collègue, M. Brault, dont il n'est pas besoin de faire connaître la haute compétence en anatomie pathologique :

« Tumeur constituée uniquement par du tissu fibreux : les fibres l'emportent de beaucoup sur les cellules, — donc tissu fibreux adulte, — sauf en certains points où l'on rencontre des nodules de tissu conjonctif jeune, presque embryonnaire.

La carotide et le pneumogastrique sont intimement fusionnés avec la tumeur.

En aucun point, il n'y a trace d'épithélium thyroïdien ou autre.

Il ne s'agit donc pas d'un cancer proprement dit (carcinome très squirrheux), — ni d'une sclérose thyroïdienne, sorte de cirrhose glandulaire, — mais d'un *fibrome adulte*, à évolution lente. »

Je ne me hasarde pas à discuter ce que peut avoir de bien fondé cette conclusion de notre collègue. Pour nous cliniciens, l'épithète de fibrome s'accole plus volontiers à une tumeur toujours encapsulée et d'allure plus bénigne. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il s'agit d'une lésion thyroïdienne, dans le cas actuel. Sa continuité directe avec le côté droit sain du corps thyroïde était évidente. La tumeur avait bien pris le lieu et place du corps thyroïde, envahissant la carotide, la jugulaire, le pneumogastrique, le récurrent, la trachée et l'œsophage. La tumeur s'était substituée au corps thyroïde, dont elle avait détruit l'élément glandulaire.

Cette lésion du corps thyroïde a fait l'objet de communications de Riedel, publiées en 1896-1897, dans les *Comptes rendus de la Société allemande de chirurgie*; elle a été étudiée par M. Tailhefer, sous le nom d'inflammation chronique primitive « cancériforme » de la glande thyroïde, dans un mémoire publié dans la *Revue de chirurgie* de 1898. L'observation que je rapporte est calquée sur celles qui sont analysées dans le mémoire ci-dessus : « Tuméfaction thyroïdienne très dure, indolore, non délimitable, envahissant la gaine des vaisseaux du cou, adhérente aux plans profonds, respectant la peau qui est saine, etc. »

Au point de vue anatomo-pathologique, même identité : « Cette lésion est caractérisée par une dureté extrême, que Riedel compare à celle du fer. Elle envahit quelquefois la gaine des vaisseaux carotidiens jusqu'à la base du crâne. La dissection de ces vaisseaux est absolument impossible. Le nerf récurrent est englobé dans la lésion morbide qui adhère aussi à la trachée et au larynx, etc. » Au point de vue microscopique, la lésion est constituée par du tissu fibreux adulte; le plus souvent il n'y a plus de vésicules thyroïdiennes, etc.

Je trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, sous le nom de tumeur fibreuse du cou, l'observation d'une malade de M. Poirier : elle est absolument superposable à nos observations. Même dureté, même homogénéité de la tumeur, même adhérence aux vaisseaux, même structure de fibrome pur, et cependant le corps thyroïde ne paraît pas être en question. Je compte que notre collègue Poirier viendra à cette tribune nous donner des détails complémentaires pour infirmer ou confirmer mon opinion.

Grâce à la netteté des signes cliniques, il est possible, il est facile même de faire le diagnostic de cette dégénérescence fibreuse du corps thyroïde. Il n'est que trop facile, également, d'en poser le pronostic fatal, lorsque surviennent les troubles graves et progressifs de compression.

Reste la question du traitement. Ici je m'inscris absolument contre les conclusions de M. Tailhefer, conclusions basées sur un cas emprunté à la pratique de M. Jeannel (de Toulouse), et sur différentes observations de Riedel où l'opération ne put être achevée à cause de l'adhérence aux vaisseaux. M. Tailhefer déclare l'extirpation totale impossible et conseille la trachéotomie et la gastrostomie pour obvier aux phénomènes de compression.

Nos conclusions seront tout autres et, instruits des dangers et des difficultés de l'opération radicale, nous dirons qu'en présence d'une dégénérescence fibreuse du corps thyroïde, facilement reconnaissable à des signes cliniques, il est urgent de tenter l'extirpation de la glande malade, avant qu'un état trop avancé de l'affection ait rendu impossible l'exérèse totale.

Il est illogique d'attendre, pour intervenir, que des lésions destructives ou compressives aient rendu l'acte opératoire trop difficile ou trop dangereux, et l'étude des cas publiés, jointe à l'examen de mes cas personnels, me portent à recommander une opération hâtive.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(2 JUILLET 1901)

M. Gautier revient sur la **médication cacodylique**. Il passe en revue le chemin parcouru depuis deux ans, depuis l'époque où il a fait sa première communication à l'Académie. M. Gautier devant achever cette communication dans la prochaine séance, nous attendrons la fin pour la résumer.

MM. Justin de Lisle et Louis Jullien communiquent leurs **recherches sur le microbe pathogène de la syphilis.**

C'est sur le sang qu'ils ont porté leurs études, parce qu'il leur semblait impossible que l'agent qui sème l'infection dans toutes les parties du corps n'y fût pas contenu. Ils ont choisi les cas de contamination récente, et restés exempts de médication spécifique.

Ils ont pu ainsi déceler un bacille dont ils peuvent, dès aujourd'hui, donner les traits signalétiques suivants :

Ce microbe est essentiellement polymorphe, son aspect pouvant varier de celui d'un bacille court, mesurant de 5 à 8 μ en longueur, et de 15 centièmes à 3 dixièmes de μ en largeur, à celui d'un filament très allongé; ses extrémités sont vaguement arrondies, non renflées en massue. Il est

animé de mouvements et évolue dans le champ du microscope.

Il prend bien toutes les matières colorantes ordinaires, mais il faut éviter de le dessécher dans la flamme ou à une température supérieure à 60 degrés; on se sert avec avantage de l'alcool-éther, de la solution d'acide osmique, ou de la solution aqueuse saturée de sublimé, et additionnée d'acide acétique. Il ne prend pas le Gramm.

Ensemencé dans le bouillon, il le trouble en vingt-quatre heures; après quatre ou cinq jours, on voit s'y former un léger voile, qui ne s'étend ni ne s'épaissit. Il liquéfie lentement la gélatine; en piqûre il n'y détermine ni le cône, ni l'éteignoir, le liquide du tube est trouble et floconneux, avec une nuance verdâtre, la gélatine n'est pas colorée et sa surface reste plane. Sur la gélatine en boîte, les colonies paraissent en quatre ou cinq jours, arrondies, quoique à bords irréguliers, grisâtres, et en vingt à trente jours toute la gélatine est liquéfiée.

Sur la gélose ordinaire, et la gélose glycérinée et peptonisée, il donne un enduit crémeux toujours humide, et très légèrement teinté de verdâtre.

Il pousse très bien sur la pomme de terre glycérinée, sous forme d'un enduit blanchâtre, ni sec, ni écailleux, qui se ramasse dans le fond du tube.

Sur sérum solide, il pousse invisible et sans liquéfaction.

Sur liquide amniotique, il pousse avec abondance.

Sur des milieux vaccinés avec des cultures du pyocyanique ou du coli-bacille, il pousse très bien.

Il ne coagule pas le lait, mais précipite la caséine en laissant une couche graisseuse à la surface; la réaction est alcaline.

Son développement anaérobique est lent.

Il ne produit jamais de pyocyanine ni d'indol.

La plupart de ces cultures ont une odeur fade, désagréable, mais non fétide.

Les modifications subies par ce microbe sont importantes : tout d'abord sa longueur s'accroît à mesure que la culture vieillit : au bout de cinq à six jours, il devient filamenteux; après dix jours environ, il est granuleux et a pris l'aspect des points ronds mentionnés antérieurement et vus dans le plasma, mais à ce moment-là, le repiquage peut faire reparaître le bacille sur de nouveaux milieux avec tous ses caractères primitifs. Au bout de trente jours, tout est granuleux et semble mort, le repiquage dans des milieux ordinaires reste stérile, mais à ce moment, et plus tard aussi, dans des délais qu'il est impossible de préciser actuellement, un passage par le sang peut tout ranimer. En ce corps semble donc se concentrer la partie la plus résistante de l'agent virulent, et résider, selon toute apparence, l'étonnante survivance du mal.

Les cultures injectées dans le péritoine chez le cobaye entraînent la paralysie, l'amaigrissement, l'avortement et la mort entre dix et quinze jours. Les cobayes jeunes sont tués par ce procédé en douze heures. Injectées sous la peau, elles déterminent les mêmes symptômes, la chute des poils, et de plus la formation d'une plaque indurée avec ulcération, accompagnée de l'engorgement des ganglions du voisinage. A l'autopsie, on trouve les urines albumineuses, la rate contractée, parfois reins et foie en dégénérescence graisseuse, et le sang toujours stérile. Chez la grenouille, les effets sont des plus frappants et la mort survient en trente-six heures.

Ce fait que les cadavres de tous les animaux sont stériles, a amené les auteurs à rechercher s'il n'en serait pas de même chez l'homme et ils ont constaté sans surprise que, sur des milliers d'autopsies pratiquées dans les hôpitaux spéciaux, la science ne mentionnait pas un seul fait de contamination spécifique par piqûre à l'amphithéâtre.

Une culture de microbes âgée de trois jours et mise en contact avec le sérum sanguin d'un syphilitique en puissance d'accidents détermine nettement l'agglutination, phénomène qui ne se produit pas avec le sérum d'un homme sain. Chez le syphilitique, l'inoculation de ces cultures, soit en frottis, soit sur déchirure saignante, est restée sans aucun résultat.

Enfin, l'alexine contenue dans le sérum d'un animal soumis à des injections répétées de plasma syphilitique, se fixe sur ce microbe. On sait que cette réaction est due à l'intervention d'une substance, la sensibilisatrice spéciale, engendrée par la vaccination.

En résumé :

1° MM. de Lisle et Jullien ont trouvé ce microbe chez les syphilitiques en phase floride, chez tous ces syphilitiques et rien que chez les syphilitiques; 2° ce microbe agglutine le sérum des sujets syphilitiques et n'agglutine pas celui des sujets sains; 3° il détermine chez les animaux de laboratoire des accidents spéciaux et comparables à ceux que nous observons chez l'homme; 4° il fixe l'alexine spéciale des animaux vaccinés avec les produits syphilitiques; 5° ses cultures sont sans effet sur les malades syphilitiques; 6° comme la syphilis de l'homme, ces microbes meurent avec les animaux infectés.

Pour toutes ces raisons, MM. Justin de Lisle et Jullien croient pouvoir affirmer que ce bacille est le microbe pathogène de la syphilis.

M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Martin Dumagny relatif aux **affections bronchiques et broncho-pulmonaires d'origine nasale et consécutives à des suppurations chroniques des fosses nasales, de l'arrière-pharynx, de l'oreille moyenne ou de la bouche**.

Ces bronchites et broncho-pneumonies d'origine nasale présentent certaines particularités. Elles sont à répétition, se localisent au lobe supérieur du poumon, aux alentours de la grosse bronche de ce lobe, et s'accompagnent d'expectoration suppurée. Aussi elles simulent parfaitement la tuberculose pulmonaire, mais en diffèrent par la facilité avec laquelle elles guérissent une fois la suppuration des voies supérieures tarie.

Comment expliquer l'influence des affections nasales sur les voies respiratoires? Il semble, dans les cas de M. Dumagny, n'y avoir rien de comparable à l'asthme d'origine nasale. Il s'agit, au contraire, d'ensemencement direct des bronches par le pus; tantôt la propagation se fait de proche en proche par l'intermédiaire d'angine, de laryngite et de bronchite. Tantôt, au contraire, et même plus fréquemment, les voies intermédiaires ne sont pas malades, néanmoins c'est bien par la voie aérienne que se fait la contamination.

La connaissance de ces broncho-pneumonies d'origine nasale est très importante pour ne pas les confondre avec la tuberculose et pour leur appliquer le traitement pathogénique qui amène rapidement leur guérison.

Parmi les présentations, nous signalerons une note de M. Laveran sur les titres et les travaux de M. Matignon, médecin de la Légation de France en Chine, candidat au titre de correspondant national de l'Académie.

M. Franck a lu le rapport sur les travaux adressés pour le prix de l'Académie.

Mardi prochain, l'Académie se réunira en comité secret pour discuter la question des vacances de cette année.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'histoire naturelle. Au premier tour de scrutin, sur 80 votants, M. Delage a obtenu 40 suffrages, M. Bureau 39 et il y eu 1 bulletin blanc. Au second tour, sur 78 votants, M. Bureau a obtenu 43 suffrages, M. Delage 35. En conséquence, c'est M. Bureau qui a été l'heureux élu. Le résultat de ce second tour n'a pas été sans surprendre quelque peu le public habituel de l'Académie. Si nous devons féliciter M. Bureau de son succès, nous devons aussi des éloges à M. Delage pour sa très honorable défaite.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Deux cas de botryomycose observés à Alger, par M. J. Brault. — Voici deux nouveaux cas de botryomycose humaine observés en Algérie, tout à fait comparables à ceux que la *Gazette des hôpitaux* a déjà publiés [X. Delore (1)] et que les travaux de MM. A. Poncet et L. Dor nous ont appris à connaître.

Les deux champignons botryomycosiques ont été rencontrés chez deux femmes italiennes, du peuple. Ils occupaient les doigts, suivant la règle. L'un, du volume d'un pois, siégeait sur le bord interne de l'index droit; l'autre, de la grosseur d'une aveline, occupait l'extrémité du pouce gauche.

Les caractères cliniques : petite tumeur rougeâtre, élastique, hémorragique, bourgeons muciformes, etc., étaient en faveur du diagnostic de botryomycome, les examens histologique et bactériologique l'ont confirmé. (*Bull. et Mém. de la Société de chirurg. de Paris*, 25 juin 1901.) L. G.

OBSTÉTRIQUE

Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du périnée dans les accouchements au forceps. — M. le docteur J. Menier a recours depuis plusieurs années à un procédé très simple et efficace à ce point que, depuis qu'il l'emploie, il n'a pas eu une seule déchirure à déplorer.

« Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, dit-il, que le périnée bombe et que la fourchette commence à se détendre, je prends le forceps de la main droite seule, au niveau de son articulation, la cheville entre l'index et le médius. Cette main unique suffit en effet pour terminer l'extension de la tête, à laquelle seules s'opposent les parties molles. Le forceps agit comme un levier du premier genre ayant son point fixe sous l'arcade pubienne.

J'applique alors la main gauche sur le périnée, de façon à bien sentir la tête du fœtus dans la paume de cette main; l'index et le pouce circonscrivent l'angle inférieur de la vulve tout en le laissant à découvert, afin d'en surveiller la distension; puis, c'est là en quoi consiste tout le secret, j'appuie mon coude sur la partie inférieure de ma cuisse gauche.

La place varie un peu selon la hauteur du lit, suivant qu'on opère assis ou presque debout.

Le membre inférieur gauche est tenu dans la demi-flexion et repose sur le sol par les orteils seulement.

Dans cette attitude on obtient facilement un mouvement de la cuisse d'arrière en avant et de bas en haut d'une grande puissance. L'avant-bras n'est plus qu'une tige rigide qui relie la main à la cuisse et l'effort transmis à celle-là est considérable.

Mais ce n'est pas là tout l'avantage de la méthode.

L'accoucheur faisant en même temps l'effort d'extraction et la contention, il y a synergie entre ses deux actes. Il dose l'un et l'autre à sa guise: il sent sous sa main gauche le plancher céder progressivement, il le tâte pour ainsi dire, prêt à lâcher l'effort de la main droite si quelque craquement inquiétant se fait sentir.

Dans ces conditions il est facile et même nécessaire de donner à la vulve le temps de se dilater.

L'accoucheur peut se reposer quand il veut, sans crainte de fausse manœuvre. Il faut dix, quinze et quelquefois vingt minutes pour terminer ainsi un accouchement laborieux.

Lorsqu'on juge la vulve absolument inextensible, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les primipares qui approchent de la trentaine, un coup de ciseaux à droite et à gauche de la fourchette vous tire d'embarras sans dommages pour la parturiente. » (*Gaz. méd. du Centre*, juin 1901.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Valeur palliative du cacodylate de soude dans le traitement du cancer. — Se basant sur des faits observés par lui, M. Edward Payne déclare qu'on devrait employer le cacodylate de soude au moins dans les cas de cancers inopérables. Voici deux faits qui viennent à l'appui de son assertion. Le 14 janvier 1900, une femme de quarante-cinq ans vint le consulter pour des métrorragies abondantes. Le 5 octobre suivant, à la suite d'une hémorragie inquiétante par sa durée, elle vient de nouveau consulter. On lui trouve un col ulcéré et un utérus complètement immobilisé. L'idée d'une intervention fut écartée comme irréalisable, le processus cancéreux étant trop étendu. En décembre, l'auteur fit à la malade des injections hypodermiques de cacodylate de soude, commençant par une dose de 2 centigrammes qui fut rapidement augmentée jusqu'à 7 centigrammes.

En mars 1901, la malade, se considérant comme guérie, refusa de continuer le traitement. Son état général s'était amélioré, elle avait gagné du poids et les métrorragies ne s'étaient pas reproduites.

Dans un second cas, un homme de soixante-dix, ans qui avait un cancer ulcéré de la langue, vit en six semaines, non seulement son état général s'améliorer, mais encore la lésion carcinomateuse prendre meilleur aspect, à la suite d'injections hypodermiques de cacodylate de soude. (*The Lancet*, 25 mai 1901.) A. H.

Traitement des ulcérations malignes par le cynoglosse. — MM. Isaconas et Poulopontos ont publié dans *Med. rev.* (oct. 1900), cinq cas de guérison d'épithélioma ulcéré de la face (dont trois cas très anciens) par des applications de poudre de cynoglosse. La durée du traitement a varié entre quatre et huit mois.

Ils lavent l'ulcère avec une solution d'acide borique et saupoudrent ensuite abondamment deux fois par jour de cynoglosse, recouvrant le tout de coton stérilisé et d'un bandage.

Il faut employer la poudre de racines, de feuilles, de fleurs de cynoglosse et non pas la poudre officinale, qui est presque toujours faite de racine ou d'écorce de racine du cynoglosse.

Ces applications de poudre de cynoglosse ont été aussi employées avec succès dans les ulcères simples de la peau, dans les ulcérations chroniques du col de l'utérus et même en ingestion à la dose de 0gr90 à 1gr80, dans les ulcères de l'estomac. (*Bull. de thérap.*, 8 mai 1901.) L. G.

Traitement du cancroïde ulcéré et des néoplasmes de la région palpébrale par les injections de bleu de méthylène

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1375.

et de sublimé. — M. Paul BETTREMIEUX a présenté récemment, à la Société des sciences médicales de Lille, une femme de quarante-deux ans atteinte d'un cancroïde palpébral sans retentissement ganglionnaire et qu'il a traité par des injections de bleu de méthylène au voisinage de la partie malade.

Cette méthode thérapeutique n'est pas neuve, dit l'auteur; Mosetig (de Vienne) l'a appliquée en se servant de bleu de méthylène; Dransart s'est servi de sublimé, l'extrait de chélidoine utilisé dans des cas de ce genre aurait donné de très bons résultats.

Le mélange employé par M. Bettremieux comprenait parties égales environ de sublimé et de bleu de méthylène au millième, additionné d'un peu de cocaïne.

Chaque injection est de 1 centimètre cube. Elle ne produit généralement ni grande douleur ni grande réaction locale, à peine un peu de gêne passagère, résultant du gonflement de la paupière.

L'avantage capital de ce traitement, dit M. Bettremieux, est de provoquer la cicatrisation sans détruire la plus petite parcelle de tissu sain, résultat particulièrement appréciable quand il s'agit des paupières.

D'autre part, il ne pense pas que ce traitement puisse, en aucun cas, être nuisible en provoquant l'extension en surface ou en profondeur, ou des complications ganglionnaires comme cela arrive parfois après les tentatives d'exérèse sanglante ou ignée.

Ce traitement agit lentement, il faut le continuer longtemps. Dans les cas cités par M. Bettremieux, il semble que la guérison se soit bien maintenue. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 29 juin 1901.)

F. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux (1), par le professeur RAYMOND.

Ce volume est la cinquième série des leçons cliniques professées à la clinique nerveuse de la Salpêtrière. Le plan de chaque chapitre comporte l'exposé clinique de plusieurs maladies, le diagnostic raisonné, des démonstrations histologiques, le traitement, enfin une bibliographie française et étrangère des plus complètes. Sont étudiées l'épilepsie partielle motrice et sensitive (six leçons), les troubles de la sensibilité dans le tabes et la sclérose en plaques (trois leçons), la paralysie asthénique d'Erb (deux leçons), la sclérodermie, l'aphasie hystérique, la compression médullaire. Le problème des localisations sensitives est examiné à plusieurs reprises et, comme trois chapitres sont consacrés à l'étude de la sensibilité dans certaines affections médullaires (tabes, syringomyélie) on trouve ainsi réunis dans ce volume tous les éléments du problème si obscur des voies de conduction des impressions sensitives. Deux chapitres groupent tout ce qui concerne la symptomatologie de la paralysie bulbaire asthénique d'Erb dont le professeur Raymond présente deux beaux exemples. Nous signalerons un cas de tumeur de l'espace interpédonculaire ayant détruit la bandelette optique droite et permis d'étudier la disposition des fibres du nerf optique par une très belle étude histolologique. Deux leçons sont consacrées aux lésions des tubercules quadrijumeaux et aux paralysies associées des muscles des yeux. La neuropathologie s'enrichit ainsi de nombreux exemples cliniques des plus intéressants, exposés avec ce talent et cette clarté qui avait fait le succès des volumes précédemment publiés par le professeur Raymond.

R. CESTAN.

(1) In-8°, de 678 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Les paralysies radiculaires du plexus brachial (1), par P. DUVAL et G. GUILLAIN.

Ce petit ouvrage est la mise au point conforme à la fois à la clinique et à l'expérimentation des paralysies radiculaires du plexus brachial, question si intéressante par sa fréquence et son pronostic. D'abord vient un chapitre d'anatomie normale du plexus avec les recherches personnelles des auteurs sur la façon dont les racines sortent du canal rachidien et s'infléchissent sur la « gargouille transversaire », se prédisposant ainsi plus ou moins aux méfaits de l'élongation.

En second lieu, un chapitre de physiologie, avec l'exposé très clair et très précis des théories récentes sur la métamérie spinale, motrice et sensitive. Les auteurs étudient ensuite le mécanisme varié, lésion directe (plaie, inflammation), lésion indirecte (paralysie obstétricale, après luxation de l'épaule, etc.); ils examinent les diverses théories invoquées dans ces cas de lésion indirecte et démontrent que seule leur théorie de l'élongation des racines, souvent même dans leur segment intra-rachidien, permet de comprendre la localisation de cette variété de paralysies dans le groupe supérieur Duchenne-Erb.

Les auteurs décrivent ensuite la symptomatologie, faisant d'ailleurs un chapitre rapide, car cette symptomatologie est maintenant bien connue; ils examinent avec soin s'il est possible de déterminer exactement le siège exact de la lésion, et concluent que la clinique ne permet pas de résoudre ce problème, d'autant plus qu'il existe des anomalies nombreuses, que tel ou tel nerf peut se détacher plus ou loin du plexus et que, par suite, on ne peut pas se fonder sur la participation ou l'intégrité des muscles qu'il innerve, pour affirmer mathématiquement le siège de la lésion causale.

En résumé, excellent petit ouvrage, car, comme le dit M. le professeur Raymond dans la préface qu'il a bien voulu leur écrire : « Sans parler de leurs recherches personnelles, qui ont éclairé certains points de la pathogénie de ces paralysies, les deux auteurs ont eu le mérite de condenser la substance des nombreux travaux qui se rapportent à ce chapitre relativement nouveau de pathologie, dans un opuscule qui se recommande par la clarté du style et la bonne ordonnance du sujet. »

R. CESTAN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Prosectorat.* — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Duval et Labey.

Hôpitaux de Paris. — *Adjuvat.* — Le jury se compose de MM. Debove, Quénu, Demoulin et Tuffier.

La Faculté n'a pas encore désigné un délégué.

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. Frenkel.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — M. Capdepon est nommé chef de clinique; M. Renault, médecin de la marine, chef de clinique adjoint.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — M. Guerbet est nommé, après concours, suppléant à la chaire de pharmacie et matière médicale.

Marine. — M. le médecin de première classe Gilbrat, du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur le *Friant* (escadre de l'Extrême-Orient) M. le docteur Hagen.

M. le médecin de deuxième classe Béraud, du cadre de Brest, est désigné pour aller remplacer, au 3e dépôt des équipages de la

(1) In-8°, 235 p. Prix : 3 francs. — Paris, Steinheil.

flotte à Lorient, M. le docteur Bérard, dont la démission a été acceptée.

M. le médecin de deuxième classe Briand, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur la canonnière *Phlégéton*.

M. le médecin de deuxième classe Micholet, aide-major au régiment d'artillerie coloniale de l'Indo-Chine, est, sur la proposition du général commandant en chef, maintenu au Tonkin pour une nouvelle année, à compter du 6 septembre 1901.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies, en argent, a été décernée à M. Félix Lobligeois, externe des hôpitaux de Paris, en récompense du dévouement exceptionnel dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions, en soignant des malades atteints de diphtérie.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Le conseil général de l'Association s'est réuni, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, le vendredi 7 juin à cinq heures.

Il rappelle à MM. les présidents et trésoriers des sociétés unies que la loi du 1er avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, dispense d'apposer un timbre de quittance sur les reçus de cotisations (art. 19).

Il remercie M. le docteur Meusnier, président de la Société de Loir-et-Cher, du don de 200 francs qu'il a fait à la caisse des veuves et orphelins.

Il vote un total de 1 850 francs en subventions réparties entre les Sociétés de Loir-et-Cher, du Morbihan, d'Alais (Gard), d'Ille-et-Vilaine, de Brignoles et Draguignan (Var), de Meurthe-et-Moselle et du Finistère.

M. le président Lannelongue annonce qu'une assemblée générale des délégués des sociétés unies aura lieu le 10 novembre prochain, et rappelle à ces sociétés qu'elles doivent, avant cette réunion, avoir statué et fait approuver par M. le ministre de l'Intérieur, les modifications qu'il y a lieu d'apporter aux statuts. Les modifications essentielles à introduire dans ces statuts portent sur l'admission des femmes et sur la suppression de la limite d'âge, précédemment fixée pour l'entrée dans les sociétés unies.

L'assemblée du 10 novembre aura pour but, alors, de rattacher définitivement les œuvres des caisses indemnité-maladie et des retraites à l'Association générale.

Le conseil est d'avis que, étant donné les modifications qu'on apporte en ce moment à la loi sur les accidents du travail, il y a lieu de suivre de bien près la discussion afin d'assurer le maintien des tarifs établis et acceptés par les syndicats.

Société centrale des médecins de France. — Dans sa séance du 13 juin 1901, la commission administrative de la Société centrale des médecins de France a voté 400 francs à trois veuves d'anciens sociétaires, et une indemnité à un médecin âgé, pour lequel, malheureusement, elle ne peut demander une pension, le confrère n'ayant qu'un trop petit nombre d'années de présence dans la société.

Une décision, et ce n'est pas la première, dont l'importance n'échappera à aucun médecin, a été prise en séance. Un sociétaire, âgé et malade, envoie sa démission. La commission décide de la refuser, jusqu'à plus ample informé. Si ce confrère donne sa démission par crainte de ne pouvoir verser sa cotisation annuelle, ce n'est pas au moment où il peut avoir besoin de la Société centrale, que celle-ci accepterait cette démission. Cette dernière ne sera donc reçue, que si le confrère malade est à l'abri du besoin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur C. Hirigoyen (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 77. — SAMEDI 6 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 6 JUILLET 1901. — N° 77

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — **1** an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — **1** an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. État actuel de la question de l'aphasie motrice, par M. Fernand BERNHEIM, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE DES THÈSES. Les courbures latérales normales du rachis humain (Aimé PÈRE); — Le lipome du pied (Ch. AZAÏS); — Considérations générales sur le laryngo-typhus (Th. TUFFON). — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. Placement d'office d'un aliéné dans un asile; responsabilité du médecin qui délivre le certificat; elle s'efface devant celle du préfet qui donne l'ordre d'internement; — Un médecin de ville d'eaux, recevant d'ordinaire ses clients à son domicile personnel, ne doit pas être imposé à la patente pour un cabinet mis à sa disposition dans l'établissement thermal; — Les obligations des membres d'associations syndicales. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

État actuel de la question de l'aphasie motrice.

Par M. Fernand BERNHEIM,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Après avoir suscité de nombreuses controverses et être resté pendant un certain temps dans le vague des données anatomo-cliniques insuffisantes, certains problèmes se précisent et s'orientent dans une direction plus rationnelle et plus scientifique. Dans le nombre de ces questions l'aphasie motrice a gardé une place à part, et longtemps, sous le couvert de schémas plus ou moins arbitraires, d'interprétations plus ou moins difficiles à accepter et auxquelles manquait une base précise, elle a intrigué les esprits et a fait l'objet de nombreux travaux. Grâce aux études de plusieurs cliniciens tant en France qu'à l'étranger, grâce aux méthodes d'examen clinique et anatomo-pathologique, la question semble se dégager des ornières dans lesquelles elle était depuis si longtemps pour se placer sur un terrain où les faits remplacent les théories. Nous allons voir à quel stade de son évolution se trouve actuellement le problème de l'aphasie motrice.

Il nous semble que cet état peut se résumer en répondant aux quatre questions suivantes :

1° *Y a-t-il des images motrices verbales?*

2° *Comment se présentent cliniquement les aphasiques moteurs?*

3° *La distinction entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous corticale doit-elle être maintenue?*

4° *La localisation de l'aphasie motrice au pied de la troisième frontale gauche est-elle définitivement établie?*

I

Y a-t-il des images motrices verbales? — A consulter la littérature médicale sur ce point, il n'y a aucun doute : il y a des images auditives verbales, il y a des images visuelles verbales, il y a des images motrices verbales et pour quelques auteurs il y aurait des images graphiques verbales. Voyons ce qu'il faut penser de ces diverses variétés d'images et de leur rôle respectif dans le langage normal et pathologique.

Les premiers mots que l'enfant prononce sont ceux qu'il a entendus résonner à ses oreilles. Ce sont donc des images auditives verbales qui pénètrent les premières dans l'intelligence de l'enfant, et le rôle important de ces images est mis en évidence par ce fait que les enfants qui sont sourds de naissance restent muets. Mais il ne faudrait cependant pas croire que les images auditives verbales soient le *primum movens* isolé dans l'acquisition de la parole. Comme le fait remarquer justement Onufrowicz (1) : « Les éléments visuels, tactiles et kinesthésiques ont une influence au moins aussi directe. L'importance des impressions visuelles résulte de ce fait que les mouvements articulatoires que l'enfant peut le plus aisément observer sur d'autres, tels ceux dus aux mouvements des lèvres, comme papa et maman, sont les premiers appris, tandis que ceux qui échappent à l'observation directe causent beaucoup plus de difficulté. Quand nous apprenons à un enfant à répéter un mot, il regarde attentivement celui qui parle et observe les mouvements faits avec les lèvres. Il n'y a donc pas simplement un son qui parvient à l'enfant, mais il y a des images visuelles, des images motrices qui se sont associées aux images auditives pour amener l'exécution correcte du son. Qu'on se mette derrière un enfant qui apprend ses premiers mots, et qu'on prononce un son sans qu'il puisse voir les mouvements exécutés par les lèvres, cet enfant sera dans l'impossibilité de répéter. Que faisons-nous lorsque nous voulons apprendre à prononcer le *th* anglais. Nous regardons sur celui qui nous l'enseigne comment il faut placer la pointe de la langue par rapport aux dents et aux lèvres; le son ne nous suffit pas. » Ainsi donc, la première étape à parcourir dans l'apprentissage du langage est déjà

(1) ONUFROWICZ. A study in Aphasia, *Journ. of nervous and mental diseases*, fév. 1897, p. 86-97, 138-154.

une association d'images, mais où les images auditives verbales tiennent la première place.

L'impression auditive qui fait emmagasiner à l'enfant les sons *a*, *o*, papa, maman, est suivie d'une perception très rudimentaire qui reste inefficace; mais à mesure qu'elle se répète, elle acquiert plus de consistance, devient plus exacte et arrive enfin à fixer l'image auditive du mot correspondant.

L'intonation et l'articulation du mot jouent également, comme Brissaud (1) l'a montré, un rôle important. L'enfant reconnaît le timbre d'une voix, comme il reconnaît le sein ou le biberon. Pour que l'image auditive verbale se superpose à une image objective, il faut un travail cérébral. Or, ce travail n'est autre qu'une association d'images, établie par la fonction psychique qui caractèrise le cerveau. Quand on prononce devant l'enfant les mots papa ou maman, on lui montre celui ou celle qui porte ce nom; on associe donc l'image auditive verbale à l'image visuelle. Pour que l'enfant conserve cette association, il faut que dans son cerveau des fibres unissent les points de la corticalité où se sont emmagasinées ces images. De même que chez lui l'idée de faim, le besoin d'alimentation se relient rapidement à la vue du sein ou du biberon, de même les images auditives verbales et les images visuelles, une fois associées, s'évoquent réciproquement.

Dans l'étude de l'aphasie motrice, Brissaud a insisté sur ce fait que le langage n'est pas seulement parlé, il est chanté. Les intonations, les modulations, le rythme de la voix, tels sont les éléments qu'il importe de disjoindre de l'articulation proprement dite. De même qu'il existe des aphasies d'articulation, de même il y a des aphasies d'intonation. L'aphasie d'intonation accompagne généralement l'aphasie d'articulation.

Nous devons nous demander si ces altérations de l'intonation, si ces aphasies d'intonation sont réellement spéciales et peuvent, dans quelques cas, permettre d'affirmer que la lésion est corticale ou sous-corticale. Les documents que nous possédons à l'heure actuelle sur ces aphasies d'intonation ne nous autorisent pas à conclure dans un sens ou dans l'autre. Nous ferons seulement remarquer que ces aphasies d'intonation, ou du moins des modifications de l'intonation existent, lorsque des troubles psychiques sont suffisamment marqués, et tout le monde connaît la voix monotone, traînante, indistincte des déments, la voix sourde, faible, peu ou pas rythmée des mélancoliques, la parole non modulée de certains paralytiques généraux, de quelques maniaques, ou même la parole scandée des pseudo-bulbaires ou des sclérosés en plaques. Il semble donc n'y avoir dans cette perte du rythme de la parole articulée qu'un phénomène qui traduit des troubles psychiques plus ou moins marqués. Ajoutons que l'intonation est proportionnelle à l'étendue du registre verbal, et chacun sait combien est monotone l'intonation de l'enfant qui commence à parler.

L'imitation est la grande directrice des processus psychiques et physiques de l'enfance. Aussi un son émis devant l'enfant provoque-t-il bientôt de sa part une tentative de reproduction. Mais que d'erreurs, que de tentatives vaines jusqu'à ce qu'il puisse articuler une ou deux syllabes exactement. La prononciation des mots est affaire de coordination de mouvements spéciaux, c'est-à-dire résulte d'un exercice que doivent faire les cellules et les fibres cérébrales pour actionner les centres corticaux ou bulbaires d'où émanent les nerfs phonateurs. Le travail de coordination des mouvements musculaires phonateurs arrive-t-il à développer physiologiquement dans le cerveau des cellules et des fibres qui retiendront les images motrices des mots? Comme des images auditives verbales, ces images motrices ne naissent pas isolées dans le cerveau, elles s'associent aux images auditives et visuelles. Quand l'enfant prononce papa ou maman, il emploie bientôt le mot correspondant à la personne qu'il voit ou qu'il entend. Il faut reconnaître cependant que ces images motrices d'articulation sont beaucoup moins nettes pour nous que les images auditives et visuelles verbales. Ces images motrices se passent surtout à l'intérieur et n'impressionnent que très accessoirement nos sens, à l'inverse de ce qui se passe pour les images auditives ou visuelles verbales.

Lorsqu'il sait suffisamment bien parler, l'enfant apprend à lire. On commence par lui montrer un A, en disant le nom de la lettre; ce faisant, on associe l'image visuelle à l'image auditive. Les lettres connues, il faut apprendre à les réunir en syllabes en épelant et en prononçant ensuite le son total de chaque syllabe. La facilité avec laquelle cette association s'établit et persiste est mise en évidence par ce fait que, si une erreur auditive se produit, elle se répète pendant un temps quelquefois assez long, chaque fois que l'image visuelle correspondante vient devant les yeux. Comme pour la parole, la lecture a besoin de nombreux exercices pour fortifier les associations récemment établies.

Mais l'enfant ne lit pas tout bas, il prononce à haute voix les noms des lettres, des syllabes et des mots; c'est-à-dire que l'association d'images verbales à laquelle il s'adresse n'est pas aussi simple que nous l'avions supposé. L'enfant voit et reconnaît des traits auxquels il applique le son qu'il a entendu et qu'il reproduit en imitant les mouvements phonateurs nécessaires.

L'écriture n'est qu'une modalité encore plus complexe des associations d'images. Donnons un crayon à un enfant qui n'a jamais appris à écrire et installons-le devant une feuille de papier; il trace des traits informes qu'il répète le plus souvent sur toute la page en grandeurs différentes. Faisons-lui maintenant copier des jambages; les premiers tracés sont plus ou moins ressemblants, puis, l'attention se fatiguant, les autres sont plus ou moins mal dessinés. L'image graphique n'est en somme pour l'enfant qu'une variété d'image visuelle. Quand il copie la lettre A, fait-il autre chose que de reproduire l'impression visuelle résultant des trois traits qui composent cette lettre? Quand il trace ensuite des mots avec un modèle ou en repassant à la plume des traits faits d'avance en pointillé, fait-il autre chose que de transcrire des images visuelles? Lorsqu'on lui dicte ces mêmes lettres et ces mêmes mots, à l'image visuelle s'associe l'image auditive correspondante. Enfin, dans l'écriture spontanée, l'enfant évoque de lui-même l'image auditive qu'il associe ensuite à l'image visuelle.

La mimique est encore une forme du langage, où l'image, mimée comme l'appelle Heldenbergh (1), pénètre par les yeux et s'associe aux autres impressions perçues par le

(1) Brissaud. Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation, *Semaine méd.*, 1894, p. 341.

(1) Heldenbergh. Contribution à l'étude de la fonction du langage, *Belgique méd.*, 1899, p. 3-19, 35-51.

sensorium. C'est encore ici une coordination musculaire qui traduit un acte psychique.

Si les images auditives et visuelles, et à un degré très certainement moindre sur lequel nous reviendrons d'ailleurs tout à l'heure, les images motrices des mots sont de première importance dans l'étude du langage naissant, peut-être a-t-on trop laissé dans l'ombre les associations qui s'établissent de très bonne heure entre ces diverses images et qui sont absolument indispensables à la mise en jeu régulière de chacune d'elles. Or, nous venons de le voir, le développement de ces mémoires d'images nous a montré qu'à peine formée chacune d'elles se met en relation avec les autres pour fonctionner symétriquement avec elles, à la manière des différentes parties d'un organe, qui développées successivement, se rassemblent en une entité physiologique. Désormais la zone du langage est constituée par l'association de plusieurs éléments; chaque élément retentit sur les autres et les autres retentissent sur lui. Une fois établis, les liens, qui unissent les différentes mémoires d'images, restent aussi étroits pendant toute la vie.

On le voit, les images auditives et visuelles s'associent très intimement et jouent le principale rôle dans le langage normal; ces images ayant perdu tout ou partie de leurs relations, l'aphasie apparaît sous une de ses multiples variétés. Mais en est-il de même pour les images motrices? Nous n'avons pas pu séparer ces images dans l'exposé du mécanisme du langage, parce que cet isolement de ces images eût été trop artificiel. Mais nous devons nous demander maintenant s'il existe réellement une image motrice phonétique et si l'articulation des mots ne serait pas un fait d'automatisme spinal, actionné par l'image auditive du mot, émis au moyen de l'association des noyaux phonateurs qui vibrent de concert automatiquement, grâce à l'habitude acquise sous l'impulsion psychique.

Il existe chez l'homme sain, en dehors de toute lésion cérébrale, des aphasies passagères par amnésie auditive ou surdité du mot (oubli momentané de l'image acoustique du mot), par amnésie visuelle ou cécité du mot (oubli momentané de l'image visuelle du mot); mais il n'y a pas, chez l'homme sain, d'aphasie passagère par perte des images motrices d'articulation des mots ou amnésie phonétique. Un individu sain, qui a le mot dans son cerveau, soit l'image acoustique, soit l'image visuelle, pourra toujours le prononcer ou l'écrire; il faut souvent un effort cérébral pour trouver le mot dans le magasin des souvenirs acoustiques ou visuels, mais il ne faut jamais d'effort pour prononcer le mot une fois trouvé. En outre, par l'examen de notre langage intérieur, nous ne nous rendons aucun compte de ce que sont ces images motrices. Donc il faut conserver plus qu'un doute sur l'existence de ces images.

II

Comment se présentent cliniquement les aphasiques moteurs? — L'aphasie motrice apparaît soit brusquement, soit progressivement, isolée ou accompagnée d'autres symptômes. Lorsqu'elle se manifeste brusquement, il s'agit d'un malade qui fait un ictus suivi d'hémiplégie droite et d'aphasie, car le plus souvent alors l'hémiplégie existe avec l'aphasie. Si au contraire le début est lent, le malade présente des fourmillements ou d'autres troubles de la sensibilité dans le côté droit du corps et de la face, puis sa langue lui semble pâteuse et lourde, il bredouille pendant un ou plusieurs jours, les mots deviennent de plus en plus difficiles à évoquer et à articuler, et au bout d'un certain temps l'abolition de la faculté de parler devient totale. Dans quelques cas l'aphasie débute d'emblée sans troubles moteurs ou sensitifs, précédée ou non de perte de connaissance. Des attaques d'hémiplégie ou d'aphasie intermittentes peuvent aussi former la période prodromique de l'aphasie motrice. Ces différents modes de début sont en rapport avec la cause anatomique de l'aphasie.

Une fois intallée, l'aphasie motrice corticale présente un tableau variable suivant l'époque de l'examen. A une période très rapprochée du début, on constate presque toujours le cortège symptomatique de l'aphasie totale, c'est-à dire que les différents éléments du langage, parole articulée, audition verbale, compréhension de la lecture et écriture. sont intéressés; le langage intérieur est ou aboli ou très défectueux. Il suffit parfois d'une lésion minime, voire même d'un trouble fonctionnel transitoire pour donner lieu à l'aphasie totale. Le shock qui accompagne la production d'une lésion, les modifications de la circulation générale qui se produisent à l'occasion d'une perturbation locale, la diminution de la dynamogénie cérébrale et les phénoménes d'inhibition modifient les fonctions psychiques de l'encéphale et apportent une entrave sérieuse à la mise en jeu des associations d'images verbales et sensorielles. Aussi importe-t-il de ne pas s'en tenir à un examen de la phase initiale.

Les symptômes que l'on rencontre chez un aphasique moteur, arrivé à la période d'état de son affection, varient beaucoup, et on pourrait presque dire autant d'aphasiques moteurs, autant de tableaux cliniques divers. Toutefois il est certains caractères qui se rencontrent plus fréquemment que les autres. Ce sont ceux que nous résumerons d'après les malades du service de notre maître, M. Dejerine.

Parole spontanée (1). — Le vocabulaire des malades est généralement peu riche. Certains d'entre eux, mais ils sont très peu nombreux, sont pour ainsi dire muets : un monosyllabe sans signification et dont ils varient souvent fort peu l'intonation est seul à leur portée. Les uns ne peuvent dire que oui ou non, et encore n'emploient-ils pas toujours ces termes à leur juste valeur. D'autres ont conservé des assemblages de syllabes sans aucun sens, tels que monomentif, cousisi, tantan, dire dire. Certains malades possèdent les mots qui leur sont familiers, et qui font pour ainsi dire partie de leur moi (nom, prénom, lieu et date de naissance, prénoms des enfants, profession); très fréquemment alors ces mots sont d'évocation assez pénible et les malades ne peuvent pas toujours les retrouver chaque fois qu'on les leur demande. Des jurons, des mots orduriers constituent aussi quelquefois toutes les réponses. Les mots usuels sont parfois encore à la disposition des malades, mais leur nombre est toujours extrêmement restreint. Les mots en séries (jours de la semaine, noms des mois), bien que reliés par des associations mnésiques antérieures, sont rarement conservés. Il est peu d'aphasiques moteurs qui puissent réciter l'alphabet ou compter de 1 à 20; lorsqu'ils en sont capables c'est qu'ils sont déjà en voie d'amélioration. On trouve encore des malades qui n'ont à leur disposition que des substantifs, d'autres des verbes. Lorsqu'ils commencent à faire des phrases, ils parlent d'abord à l'infinitif (style nègre) et n'em-

(1) Nous n'avons en vue ici que les aphasiques moteurs corticaux ou avec altération du langage intérieur.

ploient dans la phrase que les mots indispensables pour la compréhension (style télégraphique). A la longue ils arrivent à construire des phrases de plus en plus régulières. Les associations de mots par assonance se remarquent rarement. Chez un assez grand nombre de malades, même à une période reculée de l'évolution de l'aphasie motrice, on constate que l'évocation des mots est hésitante, retardée, quelquefois même impossible, et ils manifestent une très vive impatience de ne pouvoir exprimer leur pensée aussi vite qu'ils l'ont conçue. Dans l'articulation des lettres et des syllabes on remarque, surtout lorsque les malades commencent à parler, un changement de consonnes : ils remplacent souvent le *b* par le *p*, le *d* par le *t*, l'*m* par l'*n*, et aussi quelquefois il existe une difficulté à prononcer les *r*. Un certain degré de scansion persiste parfois assez longtemps : l'aphasie motrice est déjà guérie depuis quelques années et on trouve encore de la scansion des mots. L'intonation est très variable : chez certains malades qui n'ont que peu de mots à leur disposition, il y a perte plus ou moins complète de l'intonation et la monotonie de leur voix est constante; chez d'autres, qui ont un vocabulaire plus étendu, les modulations de leur langage sont plus variées et parfois même acquièrent un certain degré de développement. Mais on peut dire, d'une façon générale, que l'intonation est moins prononcée chez l'aphasique moteur que chez l'aphasique sensoriel, qui est aussi plus verbeux. La paraphasie vraie (transposition de syllabes ou de lettres) et la jargonophasie (lettres ou syllabes intercalées dans un mot) se constatent très rarement au cours de l'aphasie motrice, et encore est-ce le plus souvent au début de celle-ci, c'est-à-dire alors qu'il s'agit fréquemment d'aphasie totale. Chez les polyglottes, toutes les langues que possèdent les malades sont perdues, et lorsqu'elles réapparaissent, c'est celle qui était la plus familière au malade qui revient la première; dans un certain nombre de cas, elle est seule à revenir; quelques malades parlent plus une langue et en comprennent mieux une autre. La mimique n'affecte aucun rapport nécessaire avec l'état de la parole spontanée. Si certains aphasiques parlent mieux avec leur physionomie et leurs gestes qu'avec leurs mots et suppléent parfois complètement à la perte du langage articulé par la justesse et la mobilité du langage mimé, d'autres sont aussi dépourvus de moyens d'expression par l'un ou l'autre procédé.

Parole répétée. — Elle est souvent comme la parole spontanée. Plus les mots et les phrases sont faciles, plus vite les malades arrivent à les répéter. Il est des mots qu'ils peuvent répéter, alors que spontanément ils ne peuvent les prononcer. La vue des mouvements des lèvres facilite la répétition des mots; parfois même elle est indispensable. La rapidité avec laquelle les aphasiques moteurs répètent des mots ou des phrases varie avec leur degré de mémoire et de facilité de prononciation. Il n'est pas rare de constater des erreurs ou des oublis, soit qu'ils changent les mots dans une phrase, soit qu'ils en intervertissent l'ordre, soit qu'ils ne répètent que le commencement ou la fin de la phrase. L'articulation est quelquefois meilleure dans la répétition que dans la parole spontanée.

Récitation. — Suivant l'état de la mémoire, la récitation des fables et des prières est encore partiellement possible, alors que les mots ou les phrases qui y sont renfermées ne peuvent être prononcées séparément. La plupart des aphasiques moteurs reconnaissent une prière ou une fable qu'on leur récite et si on change les mots en les disant, ils s'en aperçoivent. L'articulation pendant le récit est, comme la parole répétée, souvent meilleure que dans la parole spontanée. L'intonation manque souvent et les erreurs ne sont pas rares, reconnues d'ailleurs par le malade. Si on interrompt la récitation, le plus fréquemment l'aphasique ne peut plus continuer : on a rompu la chaîne de ses associations de mémoire.

Chant et musique. — Le plus communément le malade chante mieux qu'il ne parle, et articule en chantant des mots qu'il ne peut prononcer si on l'empêche de chanter. L'air et le rythme sont conservés. La reconnaissance des airs est en général facile et rapide. Les malades peuvent continuer à jouer des instruments et déchiffrent parfaitement des pages de musique. Mais il y a aussi des cas d'aphasie motrice avec amnésie, c'est-à-dire avec perte de la faculté musicale.

Lecture a haute voix. — Il en est de la lecture comme de la parole spontanée, et au début de l'aphasie motrice, il n'est pas rare de constater une alexie totale, que les malades n'avouent d'ailleurs pas volontiers. Ils passent des journées entières avec un livre en main, mais, comme le remarquait Trousseau, ils font semblant de lire. Veut-on leur faire lire des mots ou des phrases, ils ne peuvent rien dire, et s'ils prétendent avoir compris un passage qu'on leur a donné à lire, il est facile de s'apercevoir qu'il n'en est rien; quelques aphasiques lisent les mots usuels ou familiers, mais non les phrases. Ils devinent certains mots à leur aspect général et très souvent on constate une transposition ou une omission de lettres ou de syllabes. La lecture à haute voix fait des progrès beaucoup plus rapides que la parole spontanée. Le souvenir de la lecture se perd rapidement. Les chiffres et les nombres sont quelquefois mieux lus que les lettres et les mots.

Lecture mentale. — Même à une période voisine de la guérison complète de l'aphasie motrice, on retrouve encore des troubles latents de la lecture mentale : la synthèse du mot s'accentue difficilement. S'il est des malades qui ne reconnaissent pas les mots, il y en a qui ne retrouvent pas la valeur des lettres. Cette cécité littérale se rencontre dans les cas d'aphasie plus prononcée et surtout au début. L'alexie disparaît presque toujours avant le retour complet de la parole spontanée.

Audition verbale. — Pendant longtemps les aphasiques moteurs ont de la peine à suivre une conversation, si on parle un peu vite et avec des phrases un peu longues. Les langues étrangères, chez les aphasiques polyglottes, sont comprises avant d'être parlées de nouveau. L'évocation spontanée des images auditives verbales s'affectue péniblement et même incomplètement : ainsi la dernière syllabe ou la syllabe du milieu des mots sont rarement reconnues, lorsqu'on prononce devant un malade plusieurs syllabes où se trouvent celles qui appartiennent au mot qui désigne un objet indiqué.

Ecriture spontanée. — Les aphasiques moteurs corticaux écrivent comme ils parlent et les cas, où avec une parole spontanée totalement abolie l'écriture a été possible, peuvent se compter. Tout ce qui fait partie du moi est conservé pour l'écriture comme pour la parole spontanée. Le malade signe bien son nom et fait son paragraphe complètement. Quelques mots usuels peuvent aussi être conservés. Mais il est rare de voir un aphasique moteur, qui ne s'est pas exercé

pendant un temps assez long, pouvoir écrire une lettre ou même l'histoire de sa maladie. Il écrira peut-être le commencement d'une phrase, mais s'arrêtera bientôt fatigué. L'écriture spontanée demeure toujours très difficile et très lente. Les mots sont souvent écrits avec des fautes d'orthographe, alors qu'avant d'être atteints d'aphasie, les malades ne faisaient pas de fautes. La jargonagraphie ou la paragraphie sont très rares, ainsi que l'écriture en miroir. Avec des cubes alphabétiques on obtient les mêmes résultats qu'avec la plume. Les chiffres et les nombres sont aussi difficiles que les lettres et les mots.

Ecriture sous dictée. — Elle est aussi altérée que l'écriture spontanée et même souvent davantage. Même en dictant mot à mot et lentement une phrase il est rare que l'aphasique moteur l'écrive, s'il n'a pas fait d'exercice d'écriture pendant longtemps. L'écriture sous dictée s'améliore plus lentement que l'écriture spontanée.

Ecriture copiée. — Ce mode d'écriture est conservé, et l'imprimé est transcrit en manuscrit. Le malade copie lettre par lettre ou mot par mot, suivant qu'il écrit plus ou moins souvent. La copie se fait toujours plus rapidement que l'écriture spontanée ou sous dictée.

Calcul. — Toutes les opérations faciles, soit sur le papier soit par cœur, se font bien ; mais dès qu'elles deviennent un peu plus difficiles il est rare que l'aphasique moteur puisse les réussir.

Dessins. — Les dessins, les emblèmes, les portraits sont parfaitement reconnus par l'aphasique moteur cortical, et très souvent il dessine bien, soit spontanément, soit en copiant.

Désignation des objets. — Si l'aphasique est assez amélioré ou s'il a été rééduqué, il arrive presque toujours à trouver le nom des objets usuels. Mais parfois il évoque très difficilement ce nom, et même il lui arrive de ne pouvoir le retrouver. Il est bien rare qu'il puisse en donner les synonymes.

Lecture de l'heure. — Beaucoup de malades lisent exactement, d'autres peuvent bien reconnaître l'heure, mais ne peuvent dire les minutes ou sont incapables de mettre les aiguilles à l'heure exacte qu'on leur indique.

Pièces de monnaie. — Presque tous les aphasiques moteurs savent la valeur des pièces de monnaie et peuvent additionner plusieurs pièces.

Epreuve de Lichtheim-Dejerine. — Le malade doit serrer la main autant de fois ou faire autant d'efforts d'expiration qu'il y a de syllabes dans le mot correspondant à un objet montré. Cette épreuve, qui nécessite l'intégrité des associations d'images verbales pour être passée avec succès, ne réussit pas chez les aphasiques moteurs corticaux. Il n'y a ni *aphasie optique* (impossibilité de désigner un objet sans l'aide d'un sens autre que la vision), ni *cécité psychique* (cécité par l'imagination due à la destruction de l'image par l'agent psychique).

Etat intellectuel. — Varie avec chaque malade. En tous cas l'aphasique moteur « boite moins du cerveau » que l'aphasique sensoriel. Chez les uns, c'est à peine si l'intelligence paraît diminuée, les réponses parlées ou mimées sont exactes et leur vivacité est remarquable. Chez d'autres le déficit est plus marqué et la paresse pour la pensée plus accusée. D'autres sont réduits à la vie végétative et ont subi une éclipse intellectuelle totale. L'attention se fatigue rapidement, et lorsqu'on reste un certain temps pour les examiner, ils répondent de plus en plus mal. Ils s'impatientent de suite et sont très émotifs. La mémoire générale est toujours atteinte et c'est souvent cette amnésie qui empêche les progrès des malades. La mimique est particulièrement éloquente chez certains aphasiques moteurs ; chez d'autres elle est moins brillante et parfois elle est supprimée.

Crises épileptiformes. — Elles ne sont pas constantes et sont presque toujours localisées au côté droit ; plus rarement elles sont généralisées. Pendant les quelques jours qui suivent ces crises, les malades sont abattus et déprimés et souvent répondent moins bien ; aussi faut-il éviter de les examiner à cette période. Lorsque les crises épileptiformes se produisent fréquemment, l'état intellectuel va en diminuant et l'aphasie motrice ne s'améliore pas.

Hémiplégie. — Peut manquer ; mais en général il y a hémiplégie droite avec contracture plus ou moins marquée. Il n'y a aucun parallèle à établir entre l'évolution de l'aphasie et celle de l'hémiplégie.

Larynx. — Chez les aphasiques moteurs corticaux il n'y a pas de paralysie des muscles du larynx.

Organes des sens. — On ne trouve ni hémianopsie, ni rétrécissement du champ visuel. L'audition est normale.

Tel est le tableau clinique de l'aphasique moteur d'après ce que nous avons pu constater. Il est difficile de prédire chez un malade quelle sera l'évolution de la symptomatologie, car même à une période très éloignée du début une amélioration est encore possible, bien que le fait soit rare.

Les troubles de l'audition verbale disparaissent les premiers, la cécité verbale s'efface peu à peu, le malade, après de nombreux exercices, arrive à écrire de mieux en mieux et à prononcer plus de mots et plus de phrases. Mais l'état peut rester stationnaire des années avant d'atteindre la guérison, et même lorsque celle-ci est affectuée, il est possible de retrouver des altérations de la notion du mot, des troubles du langage intérieur. La nature de la lésion, son étendue, l'état intellectuel du malade, la possibilité de le rééduquer font varier la marche et la durée de l'affection. L'âge a une importance particulière ; chez un sujet jeune, étant donné la plasticité des tissus et les adaptations fonctionnelles on comprend qu'une réparation plus ou moins complète du trouble des associations d'images verbales puisse se faire, tandis qu'à un certain âge les fonctions psychiques sont ralenties, l'éducation a moins de prise sur le cerveau, et, à égalité de lésions, on peut observer des désordres permanents plus considérables chez un individu âgé que chez un malade plus jeune.

III

La distinction entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale doit-elle être maintenue? — Définissons d'abord ces expressions. L'aphasie motrice est l'impossibilité, en dehors de toute paralysie des voies motrices phonatrices, d'articuler les mots. Tantôt la notion du mot existe complète dans le cerveau, mais ne peut être transmise jusqu'aux voies motrices chargées de la réaliser phonétiquement : c'est l'*aphasie motrice sous-corticale ou aphasie motrice pure de Dejerine*. Tantôt, au contraire, la notion du mot est elle-même altérée, la zone du langage est intéressée : il s'agit d'une *aphasie motrice corticale ou aphasie motrice avec altération du langage intérieur*.

Nous avons vu ce qu'étaient les aphasiques moteurs cor-

ticaux; nous allons voir maintenant comment il faut envisager aujourd'hui l'aphasie motrice sous-corticale, après avoir résumé rapidement les principales étapes par lesquelles elle a passé.

Déjà en 1879, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, nous trouvons une observation de M. Dejerine intitulée : « Aphasie et hémiplégie droite. Disparition de l'aphasie au bout de neuf mois. Persistance de l'hémiplégie. Mort par phtisie au bout de trois ans. Intégrité de la troisième frontale gauche, lésion du faisceau pédiculo-frontal inférieur, du noyau lenticulaire et de la partie antérieure de la capsule interne. » Cette observation montrait l'existence d'une aphasie motrice, alors que la circonvolution de Broca était intacte, mais que les fibres sous-jacentes étaient lésées.

En 1885, Lichtheim signalait une forme d'aphasie, où le langage spontané, la parole en écho, la lecture à haute voix étaient abolis, alors que la compréhension de la lecture et la faculté d'écrire demeuraient intactes; les images motrices d'articulation étaient conservées, et le malade pouvait indiquer avec ses doigts, ou en serrant la main de l'observateur, le nombre de syllabes contenu dans les mots qu'il ne pouvait prononcer, fait signalé antérieurement par Proust. Wernicke indiqua aussi la conservation complète de l'idée des mots avec impossibilité de parler. Charcot et Pitres constatèrent des lésions sous-corticales chez des aphasiques. Mais c'est notre maître, M. Dejerine qui, dans une communication à la Société de biologie en 1891, a différencié cliniquement et anatomiquement l'aphasie motrice pure.

Le premier de ses malades, atteint d'hémiplégie droite légère, avait une intelligence normale et une mimique très développée. On ne trouvait chez lui ni surdité, ni cécité verbales. Par contre, l'aphasie motrice était complète : la parole spontanée ou répétée, le chant, la lecture à haute voix étaient impossibles. Cependant, les images motrices d'articulation étaient conservées, puisque le malade pouvait faire autant d'efforts d'expiration que le mot qu'il voulait prononcer contenait de syllabes. A voix excessivement basse il prononçait certains mots qu'on pouvait entendre en approchant l'oreille tout près de sa bouche, et encore ces mots n'étaient pas toujours prononcés d'une manière correcte. Le malade n'avait ni agraphie ni paragraphie. A l'examen laryngoscopique, on constatait une paralysie de la corde vocale droite. Mais il n'y avait, chez ce malade, aucun autre symptôme qui pût faire penser à la paralysie pseudo-bulbaire. A l'autopsie, la circonvolution de Broca, l'insula, le pli courbe, les circonvolutions temporales étaient normales. Il existait un foyer sous-cortical au niveau de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, un deuxième sous-jacent à la circonvolution de Broca, et un troisième sous-jacent à la partie antérieure de l'extrémité tout à fait inférieure de la frontale ascendante. La protubérance et le bulbe rachidien étaient intacts. A l'examen histologique de la troisième frontale et de l'insula, on notait l'absence de tout corps granuleux.

Le deuxième malade était atteint d'hémiplégie droite avec contracture et paralysie légère du facial inférieur du même côté. On ne trouvait aucun symptôme de paralysie bulbaire. L'aphasie motrice était complète : parole spontanée ou répétée et lecture à haute voix abolies. Il n'y avait pas traces de surdité ou de cécité verbales, ni d'agraphie. Les images motrices d'articulation étaient conservées, car le malade pouvait, par des efforts d'expiration ou en serrant la main, dire combien il y avait de syllabes dans les mots qu'il ne pouvait prononcer. L'état intellectuel et la mimique étaient bons. Il y avait une paralysie de la corde vocale droite. Lors de l'autopsie, M. Dejerine trouva deux petits foyers lacunaires dans le putamen du côté droit et du côté gauche. Il existait en outre, un foyer sous-jacent au pied de la circonvolution de Broca et de l'insula. Dans la protubérance, deux petits foyers de la grosseur d'un grain de mil à hauteur des racines de la cinquième paire, en arrière du faisceau pyramidal, de chaque côté. L'examen de la troisième frontale et de l'insula montra l'intégrité de la substance corticale, avec absence de corps granuleux.

Nous avons tenu à rappeler les parties essentielles de ces deux observations, car elles renferment la clinique et l'anatomie pathologique de l'aphasie motrice pure de Dejerine. On voit que, chez les malades qui en sont atteints, la parole parlée est impossible sous toutes ses formes, bien que le langage intérieur soit conservé. L'audition verbale, la lecture mentale, l'écriture n'ont aucune altération. L'image du mot persiste; le malade peut indiquer par des efforts d'expiration, des serrements de main ou des mouvements des lèvres le nombre des syllabes renfermées dans les mots qu'il ne peut prononcer. Mais la projection au dehors du mot, mentalement conservé, est entravée. L'état intellectuel et la mimique sont parfaits. Quant à la paralysie d'une corde vocale, notée dans les deux cas de M. Dejerine, c'était une coïncidence et non une des manifestations de l'aphasie sous-corticale.

Il semblait qu'après la lecture de ces observations, l'existence de l'aphasie motrice sous-corticale fût définitivement établie, et que la distinction entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale devenait un fait acquis. Mais quelques auteurs se sont élevés contre cette division de l'aphasie motrice et n'ont pas voulu accorder droit de cité à l'aphasie motrice pure.

Dès 1891, Freund (1) n'admet que des aphasies de conductibilité auxquelles les lésions corticales peuvent seules donner naissance. Le mot résulte du fonctionnement de toutes les circonvolutions de la zone du langage.

En 1894, Pitres, au Congrès de Lyon, distingue : 1° les lésions destructives de la substance blanche sous-jacente au pied de la troisième circonvolution frontale gauche et déterminant des aphasies totales, absolues, identiques aux aphasies corticales, et 2° des lésions profondément situées dans les parties centrales des hémisphères cérébraux et atteignant la capsule interne, produisant une aphasie incomplète : le langage est bredouillé, indistinct, parfois jusqu'au point de ne plus être intelligible. Ces aphasies capsulaires sont pour lui, des paralysies pseudo-bulbaires.

M. Dejerine, dans sa « Séméiologie du système nerveux » du *Traité de pathologie générale* de Bouchard (1900), réfute aisément l'opinion de Pitres, qui avait confondu une dégénérescence secondaire de la capsule interne avec des foyers primitifs de cette région. Quant à l'identification de l'aphasie motrice sous-corticale avec la paralysie pseudo-bulbaire, elle est impossible; la dysarthrie paralytique du pseudo-bulbaire n'existe jamais chez l'aphasique sous-cortical.

L'état de l'écriture a permis à quelques auteurs de douter

(1) FREUND. *Zur Auffassung der Aphasien*, Leipzig 1891.

de la valeur de l'absence d'agraphie comme signe différentiel entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale. Il importe donc que nous examinions de près les aphasies motrices corticales sans agraphie qui ont été publiées.

Guido Banti (1) en a donné un exemple. Il s'agissait d'un homme de trente-six ans suffisamment instruit pour lire et écrire correctement et qui fut frappé d'apoplexie avec perte de connaissance. L'hémiplégie, qui avait suivi l'apoplexie, disparut rapidement et presque entièrement, mais l'incapacité de parler était toujours absolue. Banti, qui l'examina le jour suivant, reconnut que le malade était aphasique total, ne pouvant articuler un seul son. Avec un crayon il écrivit facilement son nom et des réponses à d'autres questions; il donna même une bonne description de sa maladie. L'écriture sous dictée et la copie étaient aussi conservées. Il n'y avait pas traces de surdité ou de cécité verbales. Jamais le malade n'a pu articuler un seul mot. Trois ans après, le malade était entièrement guéri, l'amélioration de l'aphasie s'étant produite graduellement. Après la guérison, on remarquait encore parfois l'altération légère des mots. Le malade mourut cinq ans plus tard d'un anévrysme aortique. A l'autopsie, Banti trouva un ramollissement jaune du tiers postérieur de la troisième frontale gauche, compris entre le sillon prérolandique et la branche antérieure de la scissure de Sylvius. La lésion était surtout corticale et s'étendait seulement sur quelques millimètres de la substance blanche. La conservation de l'écriture dans ce cas, où l'aphasie motrice a guéri, ne peut être invoquée comme preuve qu'il y a des faits d'aphasie motrice corticale sans agraphie, car la guérison a montré que les cellules de la troisième frontale ont été peu touchées, et d'autre part, si la substance blanche avait été examinée sur des coupes sériées histologiques, il est possible qu'elle ait présenté plus de lésions que la corticalité.

Kostenitch (2) a publié le cas d'un malade totalement aphasique, ne pouvant dire que le mot « ja », sans surdité ni cécité verbales, et écrivant spontanément l'histoire de sa maladie. A l'autopsie on trouva un ramollissement de tout le lobe frontal gauche et un maximum de lésions au niveau de la substance blanche. Ce cas est donc bien une aphasie motrice sous-corticale et ne peut être donné à l'appui de l'existence d'une aphasie motrice corticale sans agraphie.

Nous ne parlerons pas du cas de Wyllie, où l'examen clinique incomplet permet, en l'absence d'autopsie, de supposer que l'aphasie motrice sans agraphie tenait plutôt à une lésion sous-corticale. Le cas de Dickinson, rapporté par Bastian, et du malade de Fleury cité par Blocq, manquent également de détails cliniques ou anatomiques, et n'ont aucune valeur.

Nous ne signalons que pour mémoire le cas d'aphasie motrice avec agraphie de Galli (3) où les lésions de la substance blanche, à un examen macroscopique, s'étendaient du lobe frontal au lobe occipital.

Idelsohn (4) relate le cas d'un syphilitique, qui, après avoir présenté des troubles de la sensibilité et de la motilité du côté gauche, et une hémianopsie gauche, devint aphasique total, ne pouvant rien articuler à haute voix; pas de cécité ou de surdité verbales; le malade pouvait écrire couramment les réponses aux questions qu'on lui posait, mais parfois transposait quelques syllabes. Au bout de huit jours du traitement spécifique à haute dose, le malade disait presque tous les mots, mais sans faire de phrases. Très rapidement ensuite l'amélioration s'accentua. Idelsohn pense que, d'après l'évolution rapide de l'affection, il y a tout lieu de supposer ici la présence d'une gomme siégeant plutôt sur les méninges que dans la substance centrale, et qui a dû atteindre la corticalité. L'absence d'autopsie dans les cas d'Idelsohn, où l'examen du langage intérieur n'a pas été suffisant, autorise à en faire plutôt une aphasie motrice sous-corticale.

Ballet et Boix ont publié dans les *Archives de neurologie* (1892) un cas fort intéressant d'aphasie motrice pure avec lésion circonscrite. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, atteint de cardiopathie rhumatismale, qui fut frappé brusquement de troubles de la parole. Pendant très peu de temps il présenta de la surdité verbale, un peu de paraphasie, de la cécité verbale et un affaiblissement intellectuel très marqué. Un mois et demi après le début des accidents, on ne constatait plus ni surdité, ni cécité verbales, l'aphasie motrice était modérée, mais très nette; le malade hésitait sur le nom de certains objets vulgaires; les images auditives n'actionnaient plus le centre moteur, que le centre visuel actionnait au contraire. Le malade sachant à peine écrire avant sa maladie. il était difficile de juger de l'état de l'écriture. Mort dix mois après le début. A l'autopsie Ballet et Boix constatent, en écartant le pied de la troisième frontale de celui de la frontale ascendante, au fond du sillon, un foyer jaune ocreux, déprimé, ne dépassant pas comme dimension une pièce de vingt centimes. Ce foyer est tout à fait superficiel et n'intéresse exactement que la substance grise; à une petite distance dans la substance blanche, il n'y a pas de corps granuleux. Dans l'émisphère droit, il y avait un foyer plus vaste, cortical et sous-cortical, des deux premières temporales. Ballet et Boix ajoutent de très importantes remarques : « Il serait d'ailleurs téméraire de prétendre assigner à son centre cortical des limites précises. Bien des neurologistes sont portés à considérer ces centres corticaux comme empiétant un peu l'un sur l'autre, et comme représentant plutôt des centres de plus grande intensité fonctionnelle. De sorte que pour l'aphasie motrice, par exemple, on ne se fait qu'une idée très approximative de l'étendue que devrait avoir une lésion sur le pied de la troisième frontale pour déterminer une aphasie motrice complète et définitive. L'absence de coupes sériées peut permettre l'hypothèse d'une lésion sous-corticale, mais en tout cas la lésion corticale a été très restreinte dans ce cas.

Tout récemment au congrès de Paris 1900, Magalhaes Lemos rapportait l'observation d'un homme de soixante-dix-huit ans, atteint d'aphasie motrice, sans cécité ni surdité verbales, sans troubles sensitifs ou moteurs et sans agraphie. L'autopsie lui montrait un foyer circonscrit cortical sur le pied de la troisième frontale gauche. Mais cliniquement et surtout anatomiquement ce cas est très incomplet, et ne saurait nullement passer pour un exemple d'aphasie motrice corticale sans agraphie.

(*A suivre.*)

---

(1) Guido Banti. *Lo Sperimentale*, 1886.

(2) Kostenitch. Ueber einen Fall von motorischer Aphasie, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1893, vol. IV, p. 369.

(3) Galli. Un cas d'aphasie motrice sous-corticale, *Riforma med.*, 1898, nº 22, p. 256.

(4) Idelsohn. Un cas d'aphasie motrice pure sans agraphie, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1898, XII, 3-4, p. 324-333.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(3 JUILLET 1901)

Nous revenons à la **rachicocaïnisation** et la discussion recommence plus vive et plus ardente que jamais entre les partisans et les adversaires de cette méthode. C'est M. Broca qui a mis le feu aux poudres en rapportant une observation de M. Prouff relative à une jeune femme qui a succombé dix-sept heures après une rachicocaïnisation, ayant présenté des accidents étranges qui ne sauraient être attribués a aucune autre cause qu'à la cocaïne.

Au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu, la plupart des orateurs ont insisté sur la céphalée parfois atroce qui succède à ce mode d'anesthésie; M. Guinard croit avoir trouvé le moyen d'éviter ou de faire disparaître cette céphalée en faisant dans le canal rachidien une nouvelle ponction donnant issue à une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. M. Guinard rappelle les intéressantes expériences qui ont été faites à ce sujet et présentées à la Société de biologie par MM. Ravaut et Aubourg (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, nº 69, p. 666), et montre qu'il existe dans les méninges une réaction réellement inflammatoire, qui explique bien le cas de méningite absolument typique observé par M. Walther.

M. Segond n'a pas eu de chance avec la rachicocaïnisation, il est vrai qu'il n'y a eu recours que quatre fois, il n'aurait donc pas la prétention d'établir une opinion définitive sur une statistique aussi restreinte. Toutefois ces quatre cas n'ont pas été heureux : dans le premier, il a bien obtenu une anesthésie parfaite, mais le malade a eu mal à la tête pendant trois jours et au cours de l'opération il a présenté une telle trépidation des membres inférieurs que M. Segond a été très gêné et a mis une demi-heure pour faire une opération qui lui aurait demandé cinq minutes avec le chloroforme; dans le second cas, l'injection n'a pu être faite mais le malade n'en a pas moins eu mal à la tête. Dans le troisième cas, céphalalgie, mais il y a eu encore un tremblement qui a singulièrement prolongé l'opération; le quatrième malade était un homme nerveux auquel M. Segond avait à pratiquer la résection de l'extrémité inférieure du rectum; à peine l'injection eut-elle été faite que ce malade fut pris d'une extrême pâleur, et d'un tremblement général qui a duré une heure, qui a gêné beaucoup l'opérateur et a donné au malade des angoisses qui ont duré jusqu'à dix heures du soir : pâleur extrême, sueurs froides, tendance syncopale, pouls incomptable, etc.

N'aimant pas faire à autrui ce qu'il ne voudrait pas qu'on lui fît à lui-même, M. Segond n'a pas pratiqué ces injections, il les a fait faire par un interne expérimenté et très au courant de la méthode; bien que de prime abord il ne fût pas très enthousiaste pour ce mode d'anesthésie, il a voulu cependant commencer à l'expérimenter; ces premiers essais n'ont véritablement rien d'encourageant et jusqu'à plus ample informé, M. Segond s'en tiendra là et continuera à endormir ses malades avec le chloroforme.

M. Guinard a proposé des ponctions secondaires pour éviter la céphalée; M. Chaput va plus loin, il propose de faire des ponctions évacuatrices prophylactiques, il prétend par ce moyen éviter tous les dangers et les inconvénients de la cocaïne; en outre, il donne préventivement, à ses malades, une potion de Todd à la digitale et à la morphine. Depuis qu'il a ainsi modifié sa manière de faire, M. Chaput affirme ne plus jamais observer d'accidents et se montre de plus en plus partisan de la méthode; il ajoute que ses premiers cas ont été loin d'être aussi satisfaisants et il croit que, lorsque M. Segond aura plus de confiance dans cette méthode, il obtiendra lui aussi plus de succès. Cet encouragement ne modifie en rien l'opinion de M. Segond.

M. Poirier revient sur quelques difficultés du manuel opératoire, difficultés plus fréquentes qu'on l'a dit; dans deux cas, il lui a été absolument impossible de pénétrer dans le canal rachidien, en ayant recours aux procédés de M. Tuffier, aussi a-il modifié ce procédé, mais il n'a pas été plus heureux dans un troisième cas. Il attribue ces échecs à des modifications dans les lames vertébrales et dans les ligaments.

M. Tuffier a nié les idiosyncrasies. M. Poirier n'est pas de son avis, et il cite des exemples, celui entre autres d'un professeur à la Faculté, très hyponcondriaque qui, à la suite d'un simple badigeonnage des gencives à la cocaïne, a présenté des accidents sérieux, qui l'ont fait jurer qu'on ne l'y prendrait plus. M. Reclus admet également les idiosyncrasies à l'égard de la cocaïne, toutefois, depuis quatorze ans, il n'a jamais eu d'accidents à la suite de l'emploi de cocaïne en injections sous-cutanées. Quant à la rachicocaïnisation, il l'a complètement abandonnée.

M. Schwartz, depuis sa dernière communication, a eu recours vingt fois à l'injection intra-arachnoïdienne; il n'a pas eu un seul accident, à peine un peu de céphalée; alors que primitivement il avait eu de grands ennuis, chez ses vingt derniers malades, il n'a eu qu'à se louer de sa méthode.

M. Tuffier, devant les nouvelles attaques qui viennent de se produire, tient à remettre les choses au point et défend de nouveau la méthode qui lui est chère. Au point de vue de l'action de la ponction évacuatrice préventive, sur la céphalée et le méningisme, il se montre très réservé et attend de nouvelles expériences. Il n'est pas partisan non plus de la réinjection du liquide céphalo-rachidien, qui a été proposée aussi. Sans nier les idiosyncrasies, M. Tuffier pense que les accidents que tout le monde et lui-même a observés sont dus à l'impureté de la cocaïne. Le premier soin du chirurgien doit donc être de se procurer de la bonne cocaïne. Il faut distinguer les accidents immédiats des accidents à longue échéance; immédiatement, ce sont les accidents bulbaires qui sont à craindre; or, le seul moyen d'y parer est la respiration artificielle. Les accidents à longue portée sont dus à l'irritation des méninges. Suivant M. Tuffier, on les a beaucoup exagérés. Quant aux cas de mort, il voudrait que l'on apportât à la Société de chirurgie, avec la même rigueur, les accidents de mort par le chloroforme.

M. Tuffier persiste à croire à ce point de vue que la rachicocaïnisation est moins dangereuse que la chloroformisation; ce n'est pas l'avis général de la Société, ce n'est pas non plus notre avis.

Parmi les présentations, nous signalerons le malade présenté par M. Legueu, qui avait une **rupture de la paroi abdominale musculo-aponévrotique**. La peau étant restée intacte, M. Legueu a refait cette paroi et le malade a parfaitement guéri.

M. Delorme rappelle que Legouest avait déjà signalé ces faits.

REVUE DES THÈSES

Les courbures latérales normales du rachis humain, par le docteur Aimé Péré, de Tarbes. (Thèse de Toulouse, 1900.)

Il ne faut pas, dit M. Péré, confondre l'empreinte laissée par l'aorte sur la colonne dorsale (empreinte aortique) avec la courbure latérale que l'on trouve au même niveau.

Cette courbure latérale dorsale, à convexité droite, est le plus souvent accompagnée de deux courbures de compensation à convexité gauche, l'une dorso-cervicale, l'autre dorso-lombaire : type habituel. Chacune de ces trois déviations peut présenter des variations de degré et d'étendue; il peut s'ajouter d'autres courbures (type compliqué à 4, 5 et 6 courbures), comme certaines peuvent faire défaut (type simplifié à 2 courbures).

La « scoliose physiologique » entraîne des modifications de forme du thorax, des lombes, de la tête, comme la scoliose pathologique, mais moins prononcées. Elle accentue l'asymétrie normale des deux moitiés latérales du corps humain.

Elle est due aux attitudes habituelles, principalement à une attitude de travail (inclinaison du tronc à gauche dans les efforts du bras droit) et à une attitude de repos (hancher à droite), les deux attitudes produisant les mêmes déviations dans l'axe du rachis et ajoutant leurs effets. Anormalement, d'autres attitudes peuvent entrer en scène et se mettre au premier rang parmi les causes productrices des courbures latérales : le décubitus latéral droit, l'habitude de pencher la tête à droite, etc.

La scoliose physiologique a, par conséquent, d'étroites relations avec la prépondérance musculaire du côté droit du corps, et comme cette prépondérance droite elle-même est très probablement liée à la station verticale, c'est, en dernière analyse, une conséquence de cette attitude que la présence dans le rachis humain de courbures latérales. C'est pourquoi les animaux quadrupèdes n'ont pas le rachis dévié sur le côté, de même qu'ils n'ont pas de courbure antéro-postérieure; c'est pourquoi aussi les vertébrés supérieurs à station bipède intermittente, et peut-être certains oiseaux, peuvent à la rigueur présenter dans leur rachis des courbures latérales (Albrecht); c'est pourquoi, enfin, la colonne vertébrale de l'enfant qui n'a pas marché est droite et n'offre pas d'inflexions latérales.

En principe, la courbure dorsale a, chez les droitiers, sa convexité à droite, tandis que chez les gauchers elle est dirigée à gauche. Cependant, des influences anormales, professionnelles ou autres, des attitudes inusitées, peuvent modifier le sens de la courbure.

L'inversion des viscères n'a pas une influence constante sur le sens des courbures latérales : tantôt celles-ci sont également transposées, tantôt elles conservent leur direction habituelle. L. G.

Le lipome du pied, par M. le docteur Ch. Azaïs. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Les lipomes du pied sont extrêmement rares; puisqu'on n'en trouve relatées qu'une dizaine d'observations. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas dans le service du professeur Forgue. Pourtant le lipome est une tumeur très commune, surtout, si l'on en croit les classiques, dans les régions soumises à des pressions et à des frottements répétés; il s'agit de lipomes acquis encore appelés lipomes professionnels, ils n'ont rien de congénital, se développent chez des adultes et n'ont pas d'attaches avec le squelette.

Mais cette variété de lipomes est très rare aux pieds et aux mains qui pourtant sont des organes soumis à des pressions et frottements répétés.

On peut donc soupçonner que les lipomes du pied et de la main trouvent dans une néoformation congénitale la raison de leur origine et de leur développement. L'observation recueillie par l'auteur en est une preuve intéressante : puisque la tumeur observée chez un enfant de onze ans, encapsulée, adhérait au périoste du premier métatarsien, et en se développant parallèlement au squelette du pied avait excavé les deux premiers métatarsiens pour se loger entre eux et s'étaler ensuite sur la face dorsale de l'organe et dans la plante. Le seul traitement qui puisse être indiqué, est l'extirpation complète. L. I.

Considérations générales sur le laryngo-typhus, par M. le docteur Th. Tuffon. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

L'intestin n'est pas le seul à payer un tribut à l'infection éberthienne, l'estomac, le pharynx, le larynx viennent y contribuer pour leur part. En rapportant un nouveau cas de laryngo-typhus, l'auteur montre que les lésions laryngées de la fièvre typhoïde ne sont pas moins redoutables que les lésions intestinales.

Dans le cas observé, l'autopsie permit de faire l'étude détaillée des lésions laryngées. Ces lésions sont constituées par des ulcérations et par la nécrose des cartilages, et sont dues aux métamorphoses que subissent les éléments lymphoïdes du larynx.

Le processus débute par la muqueuse et gagne les tissus sous-jacents : c'est alors qu'il y a nécrose où laryngo-typhus.

Le laryngo-typhus survient surtout à la suite de refroidissements ou d'efforts de voix au cours de la convalescence.

D'après l'auteur, il faut, dès que la maladie est diagnostiquée, pratiquer immédiatement la trachéotomie pour conjurer l'asphyxie. L. I.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Placement d'office d'un aliéné dans un asile; responsabilité du médecin qui délivre le certificat : elle s'efface devant celle du préfet qui donne l'ordre d'internement.

Un intéressant arrêt vient d'être rendu sur cette question par le tribunal de Blois à la date du 22 mars 1901.

Il s'agissait d'un alcoolique, débitant, qui fut à deux reprises différentes interné à l'asile des aliénés de Blois, une première fois à la demande de sa femme qu'il avait voulu tuer, une seconde fois à la demande de son propriétaire qu'il menaçait et dont il brisait le mobilier. Cet alcoolique fit un procès au docteur P... (de Blois) qui le fit interner et auquel il contestait la validité du second internement.

Voici les termes résumés du jugement :

« Attendu que c'est en vertu d'un ordre émanant du préfet de Loir-et-Cher que X... a été interné à l'asile d'aliénés de Blois, et qu'en délivrant cet ordre en vertu de la loi du 30 juin 1835, le préfet de Loir-et-Cher a accompli un acte de police administrative;

Qu'il n'appartient pas aux tribunaux civils d'apprécier cet acte préfectoral;

Que rien au surplus n'établit et ne permet de supposer qu'il ait été obtenu par les démarches de B... (le propriétaire), et la production du certificat délivré par le docteur P..,;

Attendu au fond que X... avait été interné à l'asile des aliénés de Blois en avril 1898, qu'il y était resté pendant six semaines, qu'il en était sorti alors, son état ne paraissant plus présenter de dangers pour la sécurité des personnes;

Mais attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal, que, après sa sortie de l'asile, X... ayant continué à boire, les crises d'alcoolisme qui avaient motivé son premier internement se reproduisirent et prirent un caractère alarmant et dangereux;

Attendu qu'étant donné les manifestations évidentes de

fureur alcoolique observées par le docteur P..., semblables à celles qui avaient motivé la délivrance d'un premier certificat non critiqué, il y a lieu de considérer comme bien fondés les termes du deuxième certificat par lui délivré, le 22 octobre ; qu'il l'a délivré après un examen suffisant en connaissance de cause, de bonne foi, et en son âme et conscience ;

Par ces motifs :

Déclare X... non recevable et au surplus mal fondé dans ses demandes et le condamne en tous les dépens. »

De ce jugement qui intéresse au plus haut point notre corporation, il faut retenir ceci : que désormais le médecin est à l'abri du retour offensif de tout aliéné vindicatif.

Les tribunaux mettent le préfet et le préfet seul en cause, et ils se déclarent incompétents. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1901.)

Un médecin de ville d'eaux, recevant d'ordinaire ses clients à son domicile personnel, ne doit pas être imposé à la patente pour un cabinet mis à sa disposition dans l'établissement thermal.

M. le docteur X..., établi à Y..., se plaignait d'avoir été imposé sur une valeur locative de 1100 francs, dont 900 francs représentant la valeur locative de son habitation personnelle et 200 francs à raison d'un cabinet mis gratuitement à sa disposition par l'établissement de Y.... où il ne se rend que pendant quelques heures par semaine durant la saison des eaux et qui, d'ailleurs, entre en ligne de compte pour le calcul de la patente de l'établissement.

Le Conseil de préfecture de la Seine-Inférieure ayant rejeté la demande en réduction du droit proportionnel de patente que notre confrère avait introduite devant ce tribunal administratif, une requête fut adressée au Conseil d'État qui a annulé dernièrement l'arrêté attaqué et décidé « que le docteur X... ne saurait être assujetti au droit proportionnel de patente à raison de l'usage du local faisant partie de l'établissement thermal et affecté au service médical ». (*Semaine méd.*, 3 juillet 1901.)

Les obligations des membres d'associations syndicales.

A signaler une bien intéressante décision, qui vient d'être rendue en matière de syndicats professionnels.

Au moment de la mise en application de la loi sur les accidents du travail, qui mettait les frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des patrons, les Compagnies d'assurances contre les accidents auxquels ces derniers étaient assurés, ont proposé aux médecins avec lesquels elles étaient en rapport, un tarif à forfait pour le règlement des soins à donner aux blessés, tarif que les médecins ont jugé insuffisant. Les syndicats médicaux ont repoussé de tous côtés ces offres et proposé à leur tour aux compagnies un tarif qu'ils jugeaient plus rémunérateur. Pour vaincre les résistances des compagnies, de nombreux syndicats résolurent alors de leur refuser leur concours et de ne soigner les blessés que pour le compte des patrons et d'après le tarif ordinaire, tant qu'ils n'auraient pas obtenu satisfaction.

C'est pourquoi les membres du syndicat médical de Bourgoin, comprenant tous les médecins de cette ville, avaient pris, les uns à l'égard des autres, l'engagement formel de dénoncer tous les traités existant entre certains d'entre eux et les compagnies d'assurances, et de ne plus consentir à soigner les blessés pour le compte des compagnies, tant que celles-ci n'auraient pas traité avec le syndicat sur les bases du tarif proposé.

Au bout de quelque temps, les membres du syndicat crurent s'apercevoir qu'un des leurs, le docteur X..., ne respectait pas ses engagements et, tout en restant dans le syndicat, donnait son concours aux compagnies d'assurances en acceptant d'elles des honoraires inférieurs au tarif qu'il s'était engagé à respecter. L'exclusion de ce médecin fut prononcée, et une demande en dommages-intérêts fut intentée contre lui par la Chambre syndicale pour le préjudice qu'il avait causé en faisant échouer, par ses agissements contraires aux engagements pris, la campagne du syndicat.

Le médecin résista à cette action judiciaire, en soutenant n'avoir point violé les délibérations prises et être resté dans la limite de ses droits.

Après de longs débats qui ont occupé de nombreuses audiences, le tribunal de Bourgoin, présidé par M. Boulet, a admis les prétentions du syndicat et prononcé contre le docteur X... une condamnation à 200 francs de dommages-intérêts et à des insertions du jugement dans la presse médicale et les journaux de sa localité.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

65. M. FERRAND. Le service médical dans les crèches. — 66. M. MAZIN. Les poudreuses des fabriques de porcelaines. Intoxication saturnine professionnelle. — 67. M. GUIBERT. État sanitaire de la ville de Saint-Brieuc (1595-1900). — 68. M. L.-A. PETIT. De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère. — 69. M. BUCAILLE. De l'importance des injections intra-utérines de sublimé au millième dans la prophylaxie des septicémies puerpérales. — 70. M. MÉTOZ. Du déciduome malin. — 71. M. RASKINI. Sur les mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis. — 72. M. LENOIR. Des crises épileptiques au cours de la fièvre typhoïde. — 73. M. DIEMER. Contribution à l'étude clinique de la polynévrite grippale. — 74. M. MOURRE. Le purpura dit hépatique. — 75. M. MIRANDE. Syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 26ᵉ semaine, 848 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière (885) et à la moyenne ordinaire des semaines de juin (876).

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès (moyenne 6).

La variole continue à diminuer : 10 décès, au lieu de 11, 20 et 24 pendant les trois dernières semaines. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a cependant augmenté légèrement (88, au lieu de 64, dont 18 à Montmartre et la Villette et 13 à Vaugirard).

La rougeole continue à diminuer de fréquence. Elle a causé 14 décès (au lieu de 36, 29, 20 et 17 pendant les quatre dernières semaines).

La scarlatine n'a fait qu'une victime, la coqueluche 7.

La diphtérie présente une brusque diminution, tout à fait inespérée ; elle n'a causé que 6 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 18 et 25 pendant les deux dernières semaines. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste cependant considérable : 108 au lieu de 126 pendant la semaine précédente ; ces chiffres très élevés font supposer que la maladie continue à rester fréquente, mais que sa léthalité a diminué.

La diarrhée infantile a causé 30 décès de 0 à 1 an, au lieu de 35 (moyenne 40).

En outre, 20 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 134 décès, au lieu de 129 pendant la semaine précédente et au lieu de 119, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 14) ; pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 31) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 66 (au lieu de la moyenne 65), dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire et 29 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès; la méningite tuberculeuse, 13 décès; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 45 décès; les maladies organiques du cœur, 60; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 12 décès ; la cirrhose du foie, 3; la néphrite, 18; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Hygiène de l'enfant pendant les fortes chaleurs. — Le préfet de police a fait placarder, aujourd'hui, sur les murs de Paris, une affiche où sont faites les recommandations suivantes :

En raison de l'élévation de la température et des conséquences que la chaleur peut avoir sur la santé des jeunes enfants, le préfet de police rappelle les recommandations rédigées, sur sa demande, par le service des épidémies, institué par la préfecture de la Seine :

1° Éviter, s'il est possible, de sevrer les enfants pendant la période des chaleurs;

3° A défaut, ou en cas d'insuffisance de l'allaitement, ne donner aux nourrissons que du lait stérilisé ou au moins préalablement bouilli, et à intervalles réguliers;

3° Ne faire usage que du biberon sans tubes ;

4° Veiller avec le plus grand soin à la propreté des vases, biberons, téterelles qui, après chaque emploi, devront être passés dans l'eau bouillante et conservés à l'abri des poussières.

L'affiche recommande en outre de faire bouillir et lessiver tous les linges ; de ne donner aucun fruit aux enfants n'ayant pas trois ans ; au-dessus de cet âge, ne donner aux enfants que des fruits cuits, et modérément ; enfin, au premier dérangement de l'enfant, appeler de suite un médecin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. le docteur Lotz, maire de Gerbéviller, et celle de M. le docteur Janin (de Pont-à-Mousson), ancien médecin des compagnies maritimes.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Villes d'Eaux. — Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bollène-la-Croisière (Condorcet), Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Divonne, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Lépin-lac d'Aiguebelette (La Bauche), Le Vigan (Cauvalat lès-Vigan), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Château-neuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy, Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires (pour les 3 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la quatrième personne, la moitié de ce prix pour la cinquième et chacune des suivantes. — Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 78. — MARDI 9 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. MARDI 9 JUILLET 1901. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LE CŒUR DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, d'après M. C. BACALOGLU, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — LE VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE : D'URIAGE A ÉVIAN, DAUPHINÉ ET SAVOIE (1-12 septembre 1900). — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

LE CŒUR DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

D'après M. C. BACALOGLU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les accidents cardiaques de la fièvre typhoïde ne sont pas uniquement représentés par la myocardite; il existe aussi quelques cas typiques d'endocardite et de péricardite. M. Bacaloglu consacre un important travail à l'étude anatomique, clinique et expérimentale, de ces trois ordres de complications, ainsi qu'à la mort subite (1).

I

MYOCARDITE. — La myocardite typhique, étudiée tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique par Laënnec, Chomel, Stokes, Virchow, Hayem, entre dans une phase nouvelle avec les travaux de Landouzy et Siredey sur les accidents tardifs, résultat éloigné après une période silencieuse, d'une ancienne cardiopathie typhoïdique. Ces auteurs, avec Hayem et H. Martin, admettent la prédominance des lésions artérielles; mais Weil et Barjon dans la fièvre typhoïde, Scagliosi, Mollard et Regaud dans la diphtérie, Charrin dans l'infection pyocyanique, ne trouvent que des lésions parenchymateuses.

D'ailleurs les accidents cardiaques semblent parfois relever uniquement de lésions nerveuses, ainsi que cela a pu être constaté par Dewèvre. Bacaloglu pense que *l'on a exagéré le rôle de la myocardite* : en effet, chez plusieurs sujets ayant présenté de la tachycardie, et même, dans un cas, du collapsus, il n'a retrouvé *aucune lésion*; l'absence de toute lésion cardiaque paraît plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Il importe donc de relever avec Letulle la rareté relative des myocardites typhiques.

Les altérations anatomiques que l'on peut constater sont de divers ordres. La moins grave est l'*état granuleux* du protoplasma contractile, véritable coagulation comparable à celle qui ferait subir la chaleur; l'apparition de grains double la striation normale, et donne naissance à un effet de moire.

L'état granuleux s'accompagne souvent de *lésions nucléaires* : multiplication ou simplement hypertrophie des noyaux.

Une altération plus profonde est caractérisée par l'*état grillagé* : fonte ou dislocation des disques épais, les disques minces restant normaux ; on peut observer quelquefois dans ce cas une rupture cellulaire, la dégénérescence vitreuse ou cireuse, celle-ci paraissant d'ailleurs exceptionnelle.

Dans les *myocardites intenses*, on note l'accroissement du sarcoplasme, la disparition de la striation transversale, la vacuolisation des fibres musculaires, celle-ci beaucoup plus rare d'ailleurs dans la myocardite typhique que dans les myocardites diphtériques.

Dans les cas graves, on rencontre la *dissociation segmentaire* décrite par Landouzy et Renaut; le ciment intercellulaire se ramollit et il se fait une véritable fragmentation, analogue à celle qu'on constate dans la continuité même de la fibre. L'importance de cette lésion ne semble pas très grande à Bacaloglu : « On peut considérer, dit-il, les fibres cardiaques comme largement anastomosées et il est certain que le jeu normal du myocarde est assuré par la résultante harmonique des forces partielles; la dislocation de cet appareil ainsi constitué pourra troubler la contraction normale du cœur. Mais il ne faut pas oublier qu'en même temps il existe des alérations notables de protoplasma contractile lui-même (état granuleux, vacuolisation, etc.); mettre sur le compte de la dissociation segmentaire les troubles du rythme et de l'intensité des bruits cardiaques, c'est négliger une grande partie des facteurs morbides. »

La *dégénérescence graisseuse* est tout à fait exceptionnelle dans la myocardite typhique.

Les *altérations artérielles* ont une grande importance; elles siègent le plus souvent au niveau des branches de petit et de moyen calibre; elles consistent dans une endopériartérite, la prédominance appartenant tantôt à l'endartérite, tantôt à la périartérite. Quant aux *lésions veineuses*, elles sont exceptionnelles.

Telles sont les principales lésions histologiques de la myocardite typhique; quant aux altérations macroscopiques, à

(1) Th. de Paris, 1900.

l'aspect feuille morte décrit par Laënnec, Louis, Chomel, elles ne suffisent pas pour permettre d'affirmer la myocardite; le cœur le plus malade peut paraître à l'œil nu moins sérieusement atteint qu'un autre flasque et jaunâtre, et qui est sain au microscope.

Expérimentalement, on peut produire des lésions cardiaques chez les animaux soit avec la *toxine* typhique, soit avec le bacille.

Chantemesse a injecté à distance de la toxine à des cobayes, de manière à produire une intoxication tantôt aiguë tantôt lente. Dans l'intoxication aiguë, il a constaté l'état grillagé, l'état vacuolaire, la congestion vasculaire, l'œdème, l'infiltration leucocytique. Dans l'intoxication chronique, il a observé la formation de plaques de sclérose disséminées sans ordre régulier, et fermées de fibres musculaires ayant subi la dégénérescence hyaline. Chantemesse et Lamy ont en outre montré que le poison typhique pur ralentit le cœur, et l'arrête en diastole, mais que, sous l'influence d'une réaction organique contre l'intoxication, il se produit chez les typhiques des substances toxiques dont les effets physiologiques sont contraires à ceux du poison typhique primitif (excitation cardiaque, tachycardie, brièveté des systoles).

Bacaloglu a pratiqué des injections *intra-péritonéales* de bouillon typhique, et n'a déterminé que des lésions myocardiques minimes. Au contraire, les inoculations directes, intra-péricardiques, lui ont donné des résultats plus constants : il a obtenu ainsi des lésions du *péricarde* (dépôts fibrineux, sillonnés de vaisseaux de nouvelle formation, logettes déterminées par des tractus fibrineux, infiltration leucocytique), et des lésions du *myocarde*, frappant profondément la fibre striée du cœur (disparition fréquente de la striation longitudinale et transversale, distension des capillaires intra-vasculaires, dégénérescence graisseuse et granulo-graisseuse). Ces altérations myocardiques s'étendent très loin, et l'on trouve des fibres dégénérées jusque sous l'endocarde; il est évident qu'il ne s'agit pas simplement de lésions musculaires sous-jacentes au péricarde enflammé, mais qu'elles résultent bien de l'action même du poison typhique, dont on connaît d'ailleurs la prédilection pour l'appareil cardio-vasculaire.

L'*étude clinique* de la myocardite typhique peut être faite sur des malades de tout âge; les complications cardiaques semblent aussi fréquentes, quoique moins graves, chez les enfants que chez les adultes, et d'autre part on se trouve chez l'enfant en présence d'une pyrexie qui influence un cœur normal, car l'alcoolisme et les maladies infectieuses n'ont pas encore laissé leur trace sur le myocarde; aussi semble-t-il qu'un type clinique pur doive mieux se dégager de l'étude de la myocardite chez l'enfant.

La fièvre typhoïde, comme l'a montré Andral, se caractérise par une disproportion entre l'élévation thermique et le nombre des pulsations : le pronostic doit être considéré comme grave, lorsque le nombre des pulsations dépasse 110, ainsi que cela résulte de la statistique de Murchisson. Mais, si l'on a soin d'ausculter journellement le malade, on constate, avant l'accélération du pouls, l'*assourdissement du premier bruit* : c'est là le phénomène qui doit donner l'éveil; le premier bruit s'éloigne, est à peine frappé; mais le rythme du cœur reste normal, les silences gardent leur intervalle. L'affaiblissement du premier bruit prouve la contraction anormale du myocarde; sa disparition complète prouve que le son valvulaire mitral et tricuspide, surajouté au bruit musculaire, n'est plus perceptible. Il importe de remarquer qu'avec l'affaiblissement du premier bruit on note parfois un souffle systolique mitral : ce souffle n'indique pas nécessairement une endocardite, car l'insuffisance mitrale peut être fonctionnelle et relever d'altérations des muscles papillaires frappés au même titre que le reste du myocarde : dans ces cas, on peut voir le souffle disparaître en même temps que le premier bruit retrouve son intensité. La disparition du premier bruit, qui existe aussi bien à la pointe qu'à la base, indique une faiblesse extrême du myocarde; elle est d'un pronostic grave, mais non fatal.

Le *rythme embryocardique* succède à l'assourdissement du premier bruit : caractérisée par l'identité du premier et du second bruit et par l'égalité du petit et du grand silence avec accélération des battements cardiaques, ce qui donne à l'oreille une sensation analogue aux bruits du cœur fœtal, l'embryocardie ou rythme fœtal résulte, comme l'a montré Huchard, non seulement de la myocardite, mais aussi de l'affaiblissement du frein vasculaire et de l'hypotension artérielle. L'embryocardie survient progressivement; elle s'accompagne d'abaissement de la tension artérielle, et en même temps le pouls devient rapide et filiforme. Elle peut être transitoire, ou bien elle s'accompagne de collapsus et, dans ce cas, la guérison est des plus rares, et la mort survient au milieu de phénomènes d'asphyxie résultant non seulement des troubles circulatoires mais aussi de troubles nerveux qui témoignent de l'intoxication bulbaire.

Le *bruit de galop* peut se rencontrer au cours de la myocardite typhique, témoignant de la faiblesse et de la dilatation du ventricule gauche : il est variable dans son intensité, et constitue parfois le symptôme prédominant.

Tous ces symptômes relèvent bien de la myocardite : mais on en peut observer d'autres; et sans doute il en est que l'on doit attribuer à des troubles nerveux : les vomissements, la dyspnée *sine materia*, sont du nombre, de même le ralentissement du pouls signalé dans une observation de Bacaloglu. Wuillaume distingue les formes cardiaques pures de la fièvre typhoïde, et celles dans lesquelles on note en même temps des symptômes nerveux. Il semble difficile de faire la part de ce qui revient au myocarde, et de ce qui revient au système nerveux; on ne peut séparer la fibre musculaire de son appareil d'innervation; et même la constatation histologique de lésions cardiaques minimes, disséminées par places, ne suffit pas toujours à expliquer les troubles constatés. Quant à l'anatomie pathologique du système nerveux dans ces cas, elle n'est pas étudiée : seul, Bomberg a décrit une infiltration par de petites cellules de la gaine des nerfs péricardiques.

La *tension artérielle* s'abaisse dans la fièvre typhoïde ; c'est au moment de la convalescence qu'elle atteint son minimum.

L'*arythmie* peut s'observer dans la période d'état; elle fait redouter, d'après Hayem, la syncope et la mort subite; Bacaloglu ne la croit pas d'un pronostic bien sombre; elle coïncide rarement avec l'embryocardie ou la tachycardie, mais souvent avec le bruit de galop. L'arythmie est la règle au moment de la convalescence, et est alors d'une bénignité remarquable.

Dans des cas exceptionnels, lorsque les grosses branches des coronaires ont été lésées, on peut observer l'*infarctus du cœur*, et un peu moins rarement la *thrombose cardiaque*.

Le *pronostic* de la fièvre typhoïde doit se tirer du pouls et du cœur plus que de la température; mais il ne faut pas

tenir compte d'un seul élément, et, en matière de cardiopathie typhoïdique, il ne faut jamais désespérer.

Il semble que, d'ordinaire, contrairement à ce que pense Mollard, les troubles cardiaques disparaissent complètement; cependant Landouzy a bien montré les séquelles cardiaques de la fièvre typhoïde, et sans doute cette affection joue un grand rôle dans le déterminisme de la cardio et de l'artério-sclérose.

II

Mort subite. — Cet accident survient surtout pendant la troisième et la quatrième semaine de la maladie; il est précédé ou non de quelques phénomènes lypothymiques. La pathogénie de la mort subite a été diversement interprétée : réflexe intestinal (Dieulafoy), réflexe gastrique (Tambareau), anémie cérébrale (Laveran et Boussard), altération du cœur et anémie cérébrale (Huchard), embolie pulmonaire, thrombose cardiaque, et surtout myocardite (Hayem).

Il est certain que la myocardite est fréquemment constatée dans les cas de mort subite; mais on peut penser avec Barié que si le point de départ du processus est souvent différent, le système nerveux central est le point d'arrivée unique et que c'est lui qui préside en dernier ressort aux manifestations cliniques de la mort subite.

III

Péricardite et endocardite. — La *péricardite* typhique peut exister seule; plus souvent il y a endo-péricardite. Anatomiquement, on observe soit de la péricardite purulente, soit la péricardite sèche adhésive, quelquefois une péricardite avec épanchement se résorbant rapidement. On ne sait s'il s'agit d'une péricardite à bacille d'Éberth, car les examens bactériologiques manquent; toutefois, dans un cas observé par Bacaloglu, l'encemencement du liquide péricardique donna du bacille d'Éberth. D'ailleurs Bacaloglu a pu reproduire *expérimentalement* la péricardite, en injectant soit du bacille vivant, soit du bacille tué par la chaleur : aussi pense-t-il que, le plus souvent, elle est d'origine éberthienne.

Cliniquement, la péricardite se révèle par un bruit de frottement vers la partie moyenne et la base du cœur; le diagnostic est difficile dans les cas d'épanchements, et l'on se fondera surtout sur l'augmentation de la zone de matité. Dans un cas de Cadet de Gassicourt, la mort survient au milieu de phénomènes de cyanose et d'asphyxie.

L'*endocardite* survient vers le deuxième septenaire, et se localise ordinairement sur l'orifice mitral ou tricuspide, plus rarement sur les orifices tricuspide ou pulmonaire. Elle est due, soit à des microorganismes divers, soit au bacille d'Éberth comme dans un cas de Girode, Lion l'a reproduite expérimentalement avec le bacille typhique.

Cliniquement, elle se révèle par des symptômes généraux graves et par des souffles, quant à la douleur, considérée comme fréquente par Peter, elle semble rare. Les souffles varient avec la localisation de l'endocardite; on aura soin de ne les confondre ni avec les souffles extra-cardiaques, ni avec le souffle mitral perçu parfois dans la myocardite. Cette endocardite a le plus souvent une évolution fatale, d'autant plus qu'elle s'associe ordinairement à la myocardite. Dans les cas de survie, il reste toujours une lésion organique indélébile.

Lorsque la fièvre typhoïde frappe un cardiaque, on redoutera le collapsus et la syncope; mais même dans ce cas, c'est le myocarde qu'il faut surtout surveiller.

IV

Traitement. — Le traitement général de la fièvre typhoïde consistera surtout dans la balnéation froide précoce. Mais si le cœur faiblit, la question se pose de savoir si l'on doit continuer les bains : on les supprimera lorsque la myocardite est bien évidente; mais lorsque l'atteinte cardiaque est légère et que les symptômes généraux sont graves et l'hyperthermie menaçante, il faut passer outre et continuer les bains froids, en même temps que les toniques et les stimulants cardiaques : même en pareil cas, la balnéation froide paraît supérieure à la balnéation tiède. On peut en outre fort bien agir sur l'éréthisme cardiaque par l'enveloppement humide du thorax.

L'endocardite et la péricardite entraînent la suppression des bains.

La révulsion locale est inutile dans la myocardite; on peut, dans l'endocardite et la péricardite, appliquer des ventouses sèches ou scarifiées, mais jamais de vésicatoire. La vessie de glace sur la région du cœur paraît bien agir.

La digitale agit comme médicament cardio-vasculaire, et relève la tension artérielle. Il vaut mieux la donner à doses fractionnées qu'à doses massives, en infusion ou macération, ousous forme soit de digitaline, soit de teinture, celle-ci étant la seule préparation à employer chez l'enfant.

L'action de la digitale n'est pas très rapide, et son élimination est lente; aussi donne-t-elle souvent de moins bons résultats que la caféine : celle-ci est administrée en injections sous-cutanées; son action est éphémère, mais on peut répéter les injections.

La spartéine, inférieure à la caféine, sera employée lorsque celle-ci détermine une excitation trop vive.

L'ergot de seigle, préconisé par Duboué, est quelquefois efficace pour relever la tension artérielle, grâce à son action sur les vaisseaux périphériques : on pratiquera des injections sous-cutanées d'ergotine en cas d'abaissement considérable de la pression sanguine.

Les injections de sérum artificiel agissent fort bien pour relever la tension artérielle et faciliter la dépuration rénale.

Lorsque, en cas de collapsus, on suspend les bains froids, il est bon de les remplacer par des enveloppements. Dans cette circonstance, les injections d'huile camphrée, d'éther, de strychnine agissent bien.

Il faut surtout se garder de désespérer, et même dans les cas les plus graves, on peut obtenir la guérison par une médication appropriée et énergique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(5 juillet 1901)

M. Londe cite un cas d'**urémie lente à forme bulbaire avec crises d'angoisse et respiration de Cheyne-Stokes**. Il s'agit d'un homme, brightique et cardiaque, qui fut pris à la fin de l'année 1900 de vomissements bilieux intestinaux, d'étouffements, de crises de tachycardie ou de crises d'angoisse qui interrompirent son sommeil de plus en plus fréquemment. Avec l'urémie, l'insomnie s'installa et une sensation angoissante de barre épisgastrique devint presque permanente. L'apoplexie pulmonaire vint compliquer la situation, puis la respiration périodique apparut; d'abord intermittent, le rythme de Cheyne-Stokes devint presque permanent. Une saignée amena de courtes rémissions. Bientôt des troubles intellectuels apparurent, puis des trou-

bles psychiques rappelant quelque peu la mélancolie. La maladie se termina par le syndrome labio-glosso-laryngé.

M. Rendu rapporte l'observation d'un homme amené dans son service dans le subcoma et en état de complète aphasie. Cet homme avait une **fracture du crâne**; et cependant l'examen cytologique démontra une **légère lymphocytose**. Ceci prouve que la formule leucocytaire n'est pas spéciale aux méningites chroniques, mais qu'une fracture du crâne peut aussi la produire.

On se rappelle les précédentes communications de MM. F. Widal et L. Le Sourd sur la présence d'une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques (1). Il était intéressant de rechercher si l'on pouvait trouver une **sensibilisatrice spécifique dans le sérum des tuberculeux** par le procédé de fixation de Bordet.

Sur lés milieux ordinaires le bacille tuberculeux se développe en formant des écailles ou voiles qui s'opposent à sa dissociation. Pour obvier à cet inconvénient MM. F. Widal et L. Le Sourd ont fait usage d'une culture rendue homogène par le procédé de MM. Arloing et Courmont (2). Pour se débarrasser de la glycérine et des différentes substances hémolysantes contenues dans le bouillon ils le centrifugent en tube effilé pendant quinze à vingt heures à la turbine à eau, décantent et diluent le culot de bacilles dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000.

La sensibilisatrice se rencontre presque constamment dans le sérum des phtisiques, MM. Widal et L. Le Sourd l'ont trouvée dans un cas de granulie, ils ne l'ont décelée que rarement dans le sérum des malades ne présentant pas les manifestations extérieures de la tuberculose.

Enfin, fait intéressant, cette réaction de fixation n'est pas une propriété vitale du bacille tuberculeux puisque MM. Widal et L. Le Sourd ont pu l'obtenir en employant des cultures stérilisées par la chaleur.

MM. Griffon et Gandy apportent une observation intéressante en ce qu'elle confirme la constatation, faite par Scherer, de la **présence du méningocoque dans la cavité nasale des malades**. Voici le fait : Il s'agit d'un malade observé dans le service de M. Dieulafoy. Ce malade est aujourd'hui parfaitement guéri de sa méningite, qui fut longue et présenta des rechutes. Le méningocoque, isolé à la fois du muco-pus nasal et, d'autre part, du mucus amygdalien, présente les mêmes caractères de morphologie, de culture et de réaction expérimentale que le microbe rencontré dans le liquide céphalo-rachidien. L'étude cytologique du liquide recueilli par ponction lombaire a été pratiqué à cinq reprises.

Après avoir montré une polynucléose manifeste, l'examen microscopique décela une lymphocytose pure lors de la deuxième ponction; le résultat cadrait avec les données des recherches bactériologiques qui indiquaient la disparition du méningocoque de Weichselbaum. Mais le microbe restait en réserve dans la cavité naso-buccale; et une troisième ponction, indiquée par la recrudescence des accidents cliniques, révéla une réapparition des polynucléaires et des microbes.

Le malade a pu être reponctionné un mois après sa guérison et sa sortie de l'hôpital. Le liquide céphalo-rachidien contenait encore une quantité notable de lymphocytes. Dans le cas d'atteinte prolongée des méninges, comme le fait s'observe dans certaines méningites cérébro-spinales épidémiques, la disparition des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien est donc beaucoup plus lente à s'effectuer que dans les cas d'irritation passagère.

MM. Griffon et Apert communiquent en outre une observation de **méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire**, semblable à celle que publièrent naguère MM. Sicard et Brécy.

MM. Danlos et Gastou présentent une malade atteinte de **lymphangiectasies de la muqueuse labiale et buccale consécutives à des érysipèles à répétition**.

Cette malade, présentée à la Société, est un des rares cas de varices lymphatiques buccales signalées à la suite d'érysipèle.

L'affection est constituée cliniquement par des tuméfactions en nappe d'apparence kystique hyaline, diffusée aux muqueuses buccales et labiales, et par des séries de saillies cornées, effilées à leurs extrémités et alternant avec les productions kystiques. Ces modifications de la muqueuse bucco-labiale ont été consécutives à des érysipèles de la face et se sont produites progressivement. Histologiquement, la muqueuse est transformée en une série de digitations épidermiques, entre lesquelles existent des dilatations, des cavités, recouvertes d'un endothélium et contenant de la fibrine, des lymphocytes, des leucocytes polynucléaires sans microbes, et profondément en un tissu d'infiltion où l'on trouve des lymphocytes et des mastzellen très abondants et quelques plasmazellen entourés d'une réaction conjonctive très intense. Les saillies cornées sont formées de fibrine, de leucocytes, de lymphocytes et de cellules épidermiques. A la périphérie des amas cornés existe une nappe microbienne épaisse, tandis que le centre et la limite sont occupés par des filaments mycéliens et des spores.

L'absence de prolifération endothéliale lymphatique fait rejeter le lymphangiome; la non-existence de communication des vaisseaux artériels et des cavités élimine l'hémato-lymphangiome, tandis que tous les caractères anatomiques sont ceux de cavités lymphatiques, sans qu'on puisse dire s'il s'agit de dilatation simple ou de néoformation.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(4 juillet 1901)

Séance très longue par le nombre considérable et l'intérêt de quelques communications. C'est ainsi que nous signalons d'abord l'**encéphalite aiguë sénile**.

MM. Raymond et Philippe ont pu observer chez des vieilles femmes, à la Salpêtrière, quatre cas avec autopsie d'encéphalite aiguë, caractérisée incontestablement par une véritable inflammation de la substance cérébrale (écorce, faisceaux blancs, même noyaux opto-striés), encéphalite ordinairement limitée à un seul hémisphère.

Cliniquement il existe une période prodromique qui peut se dérouler brusquement en pleine santé, mais souvent aussi dans le cours d'une affection pulmonaire (douleurs de tête; asthénie physique et psychique; parfois incohérence légère dans les idées et la conversation). Puis survient le symptôme capital : l'hémiplégie motrice, du type cérébral, précédée, ou non, d'un ictus apoplectique et accompagnée parfois de phénomènes spasmodiques rappelant les contractures précoces

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 667 et 708.

(2) S. Arloing et P. Courmont. Le séro-diagnostic de la tuberculose, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1467.

de certains hémiplégiques. La mort survient rapidement avec une fièvre progressivement croissante et le coma terminal.

Certes, cette symptomatologie rappelle la symptomatologie classique du ramollissement cérébral ischémique à évolution progressive. Et cependant les auteurs ont trouvé des lésions polymorphes variant d'un point à l'autre et sûrement non ischémiques puisque les oblitérations vasculaires font défaut.

Ils décrivent deux types histologiques principaux. Dans l'encéphalite aiguë, *type dégénératif*, dénomination que MM. F. Raymond et Cl. Philippe préfèrent à celle d'encéphalite hémorragique surtout employée en Allemagne, à la suite du travail fondamental de Wernicke, les altérations ne se limitent pas aux hémorragies bien connues, à la fois périvasculaires et interstitielles; toujours, grâce aux nouvelles techniques (méthodes de Nissl, de Marchi), il est possible de trouver de grosses lésions au niveau des cellules et des tubes nerveux (cellules d'abord petites avec chromatolyse et même achromatose, homogénéisation du noyau et perte des prolongements, plus tard, destruction totale; cylindres-axes démyélinisés, nus et moniliformes; finalement détruits, corps granuleux et granulations myéliniques répandus partout, quoique moins abondants que dans un foyer de ramollissement vrai); dans cette forme, la névroglie subit, elle aussi, une dégénération progressive, ce qui amène l'élargissement des mailles de son réticulum; bref, ce type rappelle, trait pour trait, les altérations de la myélite aiguë de Leyden, encore appelée myélite à corps granuleux. L'autre type : encéphalite aiguë hyperplastique, décrite il y a déjà près de trente-cinq ans par le professeur Hayem et trop oubliée depuis, présente, outre les altérations dégénératives précédentes des amas de cellules volumineuses, polygonales et surtout épithélioïdes, bien tassées, les unes contres les autres et fréquemment chargées de granulations graisseuses : toutes cellules en voie de prolifération très marquée comme le démontrent les nombreuses figures de division directe et indirecte, constatée en pleine substance nucléaire.

Les relations entre ces deux types d'encéphalite aiguë ne sont pas faciles à déterminer pour l'instant, mais dès maintenant la clinique et l'anatomie pathologique permettent d'admettre en pathologie humaine *l'inflammation aiguë non suppurée*, de la substance cérébrale, inflammation si longtemps niée; cette encéphalite est au moins aussi fréquente que la myélite aiguë et elle tient sous sa dépendance beaucoup des hémiplégies et autres phénomènes cérébraux observés chez le vieillard.

MM. E. Dupré et A. Devaux ont constaté, sur un cerveau d'artério-scléreux, la coexistence de plusieurs **états cavitaires**, les uns, d'origine thrombosique, à grandes dimensions, reconnaissant le mécanisme pathogénique classique des foyers de ramollissements, les autres, bien plus nombreux, qui sont des foyers lacunaires de désintégration disséminés dans les putamen et qui s'opposent aux premiers, au point de vue histologique, par l'existence d'un vaisseau perméable au centre de la cavité, la dilatation régulière due au refoulement et à la raréfaction du parenchyme ambiant autour de la gaine artérielle; enfin, les troisièmes, qui sont les minuscules cavités de l'état criblé, disséminées dans les régions antérieures et externes du centre ovale. Ces cavités aussi contiennent presque toujours à leur centre un vaisseau perméable avec sa gaine dilatée.

La pathogénie des lacunes de désintégration et de l'état criblé, reconnaît un facteur principal : l'artério-sclérose cérébrale, et deux facteurs secondaires, la fragilité et la mollesse du parenchyme cérébral, et l'existence de la gaine lymphatique autour des artérioles encéphaliques qui permet la mobilisation du vaisseau dans les tissus, et met en contact les leucocytes cytophages avec le parenchyme périvasculaire.

Les mêmes auteurs ont trouvé, chez un **pseudo-bulbaire** de soixante-trois ans atteint de rire et pleurer spasmodiques à la suite d'ictus apoplectique, trois petits foyers de ramollissement dans la partie antéro-externe du noyau caudé et intéressant le bras antérieur de la capsule interne, avec au surplus des foyers de désintégration lacunaire dans le putamen et le centre ovale; cette observation confirme donc, après celles de Brissaud, la localisation centrale de la lésion du rire et du pleurer spasmodique.

MM. Cestan et Lejonne développent les **troubles psychiques** présentés par une malade atteinte de tumeur du lobe frontal (sarcome avec formation pseudo-kystique ayant comprimé du côté gauche les trois frontales dans leur partie moyenne et F[a]). La malade présentait d'une part les signes généraux des tumeurs cérébrales, névrite optique œdémateuse, céphalées, vomissements; d'autre part des signes de localisation, épilepsie bravais-jacksonienne motrice du côté droit, et troubles psychiques particuliers, état de bien-être, difficulté des actes intellectuels compliqués, perte de l'affectivité, troubles particuliers de la mémoire, ces derniers signes paraissent bien relever de la localisation de la tumeur dans le lobe frontal. En outre les auteurs font constater l'enclavement du cervelet dans le trou occipital sous l'influence combinée du développement énorme de la tumeur et de l'hydropisie ventriculaire, engagement du cervelet que M. Marie avait signalé dans les grosses hémorragies cérébrales.

MM. Cl. Philippe et J. Oberthür apportent l'examen histologique de deux autopsies de **maladie de Friedreich**, dont l'une présente cette particularité intéressante de s'être développée dans les premières années de l'infection, et l'autre tardivement après l'âge de vingt ans chez un syphilitique.

Rapprochant leurs observations des autres cas authentiques déjà publiés au nombre de 19 ou 20, ils signalent la constance de la sclérose des cordons et racines postérieures et surtout l'intensité des altérations de la substance grise (corne postérieure, cellules cordonales, colonnes de Clarke); la variabilité de la sclérose des cordons antéro-latéraux depuis l'atteinte légère du faisceau pyramidal croisé jusqu'à la prise considérable de tous les faisceaux (faisceau moteur, faisceau de Gowers, faisceau cérébelleux direct; fibres commissurales courtes); très vraisemblablement, cette variabilité de la sclérose antéro-latérale rend compte du développement plus ou moins considérable des phénomènes spasmodiques constatés en clinique. La maladie de Friedreich est bien une affection médullaire, différente du tabes et indépendante d'une sclérose ou d'une dysgénésie du cervelet, lésion toujours absente dans les cas authentiques comme les auteurs ont pu encore le constater en étudiant surtout l'état des pédoncules cérébelleux. Elle est également remarquable par le grand développement de la sclérose névroglique, sclérose toujours très végétante, non seulement dans les zones dégénérées, mais encore sous l'épendyme du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius et sous la pie-mère médullaire.

Le mécanisme de la **généralisation du cancer à la moelle** est encore incertain. M. Oberthür apporte des documents importants et qui paraissent éclairer d'un jour nouveau cette localisation. Dans des cas de cancer du sein avec généralisation à la moelle cervicale, il a constaté des productions cancéreuses au niveau du ganglion rachidien, productions qui devaient avoir pénétré dans l'espace dural en suivant les voies lymphatiques des racines rachidiennes, il y avait donc eu d'abord pachyméningite externe par propagation directe et ensuite lésion de la moelle par propagation par les voies ymphatiques radiculaires.

MM. Marie et Guillain nous apportent une notion d'un très grand intérêt pratique. Ils ont étudié systématiquement la **température de nombreux tabétiques** du service de Bicêtre et ils ont remarqué que normalement ces tabétiques avaient une température au-dessous de la normale, 36°7 environ. Cette notion évitera d'interpréter comme d'un pronostic défavorable l'hypothermie que paraissent présenter ces malades au cours de certaines infections.

Trois communications se rapportent à des **paralysies oculaires**, MM. Achard et Lévy ont observé une malade ayant présenté à la suite d'un ictus une **paralysie isolée de la troisième paire** produite par un petit foyer de ramollissement du bord interne du pédoncule qui avait pénétré jusqu'au noyau rouge. M. Laignel-Lavastine présente un tel bel exemple de **syndrome de Bénédikt**, paralysie de la troisième paire gauche avec hémiplégie motrice droite à caractère cérébral et tremblement choréo-athétosique du côté hémiplégié, en somme, un syndrome de Weber présentant cette particularité d'avoir des mouvements choréiques du côté hémiplégié. Enfin, M. Péchin expose le cas d'une femme atteinte de **paralysie faciale périphérique gauche** et de paralysie des mouvements associés de latéralité, qu'ils mettent sur le compte d'une lésion extra-nucléaire.

La présence de nombreux leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien, au cours soit d'une méningite tuberculeuse soit de la paralysie générale, est admis maintenant par le médecin à la suite des recherches récentes sur le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. M. Anglade (d'Alençon) a recherché le **point de départ de cette lymphocytose**, or elle se ferait à deux points différents, d'une part au niveau des vaisseaux pie-mériens situés au fond des scissures et atteints d'artérite, livrant ainsi passage aux lymphocytes qui se répandent ensuite dans les espaces sous-duraux, d'autre part au niveau des ventricules, grâce à un véritable effondrement du revêtement épendymaire permettant ainsi aux globules blancs de passer de l'intérieur du cerveau vers le liquide céphalo-rachidien. M. Anglade a pu saisir sur le fait cette migration des lymphocytes dans plusieurs cas de paralysie générale. Il a constaté en outre que dans cette maladie la névroglie de la couche corticale était fortement atteinte et en voie de prolifération.

Trois communications sur les **tics**. M. Ballet rapporte l'observation d'un homme atteint depuis trente ans d'un tic non douloureux du facial et guéri par l'**apparition d'une paralysie faciale périphérique**, guérison qui a persisté après la disparition de la paralysie faciale. M. Babinski montre un malade atteint d'un tic de la tête avec rotation de la tête vers la gauche, ce tic s'accompagne d'une exagération des réflexes tendineux du bras gauche et M. Babinski rappelle qu'il a déjà soutenu que certains tics rotateurs de la face pouvaient être dus à l'irritation de la voie pyramidale. Enfin, à l'aide d'une observation très curieuse, M. Meige montre le polymorphisme des tics chez le même malade, polymorphisme parfaitement en rapport avec l'état de dégénérescence mentale du sujet.

M. Marinesco envoie la relation d'un cas de **paraplégie** chez un diabétique de vingt et un ans, avec polyphagie, polydipsie et polyurie. Ce malade présentait une paraplégie avec abolition des réflexes et atrophie musculaire prédominant aux extenseurs des pieds. Cette paraplégie a été causée par une névrite périphérique, prononcée surtout dans le sciatique poplité externe et ayant provoqué des réactions de chromatolyse dans les cellules des cornes antérieures de la région lombaire. A cette séance déjà si intéressante par ce grand nombre de communications, ont été présentés en outre, une **maladie de Dercum** par M. Heitz, trois femmes **syringomyéliques avec disposition radiculaire des troubles de la sensibilité** par MM. Hauser et Lortat-Jacob, un homme atteint **d'atrophie unilatérale de la langue due à une névrite de la douzième paire** par M. Guillain, ce dernier malade offre le signe suivant sur lequel a insisté M. Babinski : lorsque le malade sort la langue, celle-ci se dévie vers le côté malade, au contraire lorsqu'il la retire vers le fond de la voûte palatine, elle se dévie du côté sain.

Mais nous ne voulons pas terminer ce compte rendu sans parler des admirables dessins présentés par Mme et M. Vogt (de Berlin), qui ont exposé à la Société leur méthode de travail pour l'étude de la **myélinisation du cerveau**.

A l'occasion des vacances, la Société de neurologie s'est ajournée au mois de novembre.

LE VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE : D'URIAGE A ÉVIAN, DAUPHINÉ ET SAVOIE (1-12 SEPTEMBRE 1901)

Tous nos lecteurs connaissent maintenant l'œuvre utile et vraiment française entreprise par notre confrère, M. Carron de la Carrière, voici maintenant deux ans.

Faire connaître les stations françaises aux médecins français et étrangers en allant les étudier sur place, grâce au concours des confrères de chaque station, tel a été le but qu'il s'est proposé.

Aussi, après le beau succès des deux précédents voyages dans le Centre et aux Pyrénées, exécutés sous la direction scientifique du professeur Landouzy, nul doute que les voyageurs ne soient très nombreux cette année, pour cette excursion qui présente un intérêt exceptionnel. Nous engageons donc nos confrères à se décider au plus tôt et à envoyer leur adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris.

Voici les conditions du voyage :

I. Uriage est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément : descendre à la gare de Grenoble et prendre le tramway à vapeur qui relie cette gare à Uriage.

Pour arriver à la gare de Grenoble (P.-L.-M.) les compagnies de chemins de fer accordent une *réduction de moitié prix* à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux *femmes de médecins* pour toutes les compagnies de chemins de fer, à l'exception de la compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Uriage, à son gré, dans la journée du 31 août ou dans la matinée du 1er septembre. Pour ceux qui choisissent le 31 août : on assure leur dîner et leur coucher à condition qu'ils préviennent dix jours d'avance. Pour ceux qui préfèrent le 1er septembre, le train de Paris arrive à Grenoble à huit heures du matin, le tramway à vapeur part de la place de la Gare vingt minutes après et arrive à Uriage vers neuf heures et demie.

II. D'Uriage a Evian les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : *Uriage*, — *La Motte*, — *Allevard*, — *Salins-Moutiers*, — *Brides*, — *Pralognan*, — *Challes*, — *Aix*, — *Marlioz*, — *Le Revard*, — *Hauteville* (sanatorium), — *Divonne*, — *Saint-Gervais*, *Chamonix*, — *Evian*, — *Thonon*.

Prix à forfait : *300 francs* par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Uriage (dans la journée du samedi 31 août ou le matin du dimanche 1er septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Evian (le jeudi 12 septembre dans la soirée ou le vendredi matin 13 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, en bateau, en voiture, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. Le jeudi 12 septembre, le dernier repas pris en commun sera le dîner à *Thonon*, à six heures environ. — Après le dîner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers sept heures 30, le train vers Paris et Lyon, soit rentrer à Evian où leur coucher et leur petit déjeuner sont assurés le lendemain matin.

Pour retourner de Thonon ou d'Evian à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Grenoble, de la *réduction de moitié prix* sur les chemins de fer. Toutes les compagnies de chemins de fer — à l'exception de la compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins. En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'*une valise d'un maniement facile*.

Les compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Uriage, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait *sans arrêt* et par la *voie la plus directe*. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Evian. Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Voici maintenant le *programme* de ce beau voyage :

Dans l'après-midi du samedi 31 août et dans la matinée du dimanche 1er septembre, concentration, à Uriage, de tous les adhérents à ce voyage.

Dimanche 1er septembre 1901 : déjeuner à onze heures. Après déjeuner, visite d'*Uriage*. Dîner et coucher au Grand-Hôtel.

Lundi 2 : excursion à la *Grande-Chartreuse*. Coucher à Uriage.

Mardi 3 : le matin, départ d'Uriage pour *La Motte*, par Vizille. Visite de La Motte. L'après-midi, arrivée à Allevard vers quatre heures 30. Dîner et coucher à l'hôtel des Bains.

Mercredi 4 : le matin, visite d'*Allevard*. A un heure, départ pour *Salins-Moutiers*. Dîner et coucher à Brides.

Jeudi 5 : excursion à *Pralognan*. Coucher à Brides.

Vendredi 6 : le matin, visite de *Brides*. A midi, départ pour *Challes*; visite. Dîner et coucher à Aix, Grand-Hôtel.

Samedi 7 : visite d'*Aix*, *Marlioz*, *Lac du Bourget* et *Hautecombe*. Coucher à Aix.

Dimanche 8 : le matin, excursion au *Lac d'Annecy*, *Gorges du Fier*. L'après-midi, *Le Revard*. Coucher à Aix.

Lundi 9 : le matin, départ pour le *Sanatorium d'Hauteville*. Visite et déjeuner. A trois heures, départ. Arrivée à Divonne à sept heures trente. Coucher à l'hôtel de l'établissement.

Mardi 10 : le matin, visite de *Divonne*. A midi et demi, départ. Arrivée à Saint-Gervais à cinq heures trente. Coucher, Hôtel de Savoie.

Mercredi 11 : le matin, visite de *Saint-Gervais*. L'après-midi, excursion à *Chamonix*. Coucher à Evian, Grand-Hôtel des Bains.

Jeudi 12 : le matin, visite d'*Evian*. Après déjeuner, départ en bateau pour *Thonon*. Dîner à six heures. Dislocation.

Les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers sept heures trente, le train vers Paris et Lyon, soit rentrer par bateau à Evian, où sont assurés leur coucher au Grand-Hôtel des Bains et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Faculté de Paris. — *Concours du clinicat médical.* — Sont nommés : Chef de clinique des maladies nerveuses : MM. A. Sicard, titulaire ; A. Riche, adjoint. — Chef de clinique des maladies cutanées : MM. Milian, titulaire ; H. Bernard, adjoint. — Chef de clinique médicale : MM. Gandy, titulaire ; Griffon, adjoint.

— *Actes de la Faculté.* — Modifications : Vendredi 12 juillet, 5e doctorat : M. Grancher remplacera M. Gaucher. — Le 3e d'officiat définitif est supprimé. — Samedi 13, les deux examens annoncés comme 3e, sont en réalité des 5e, et auront lieu à Necker.

Le Caducée. — Nous recevons le premier numéro du *Caducée*, journal de chirurgie et de médecine d'armée, paraissant deux fois par mois. Ce nouveau journal est publié sous la direction de notre excellent confrère le docteur Granjux. Nous lui adressons nos vœux les plus sincères de succès.

On demande un poste médical dans une ville du Midi (climat méditerranéen) ayant un lycée ou un bon collège.

S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 79. — JEUDI 11 JUILLET 1901. — 74e ANNÉE — JEUDI 11 JUILLET 1901. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE... 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Technique nouvelle de la rachicocaïnisation, par M. Guinard. — Médecine pratique. Les injections épidurales par ponction du canal sacré (*3 fig.*), par M. E. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Fièvre intermittente, signe de tumeur du médiastin; — Bacille typhique dans les crachats. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

TECHNIQUE NOUVELLE DE LA RACHICOCAINISATION

Par M. Guinard (1).

J'ai eu la bonne fortune de pouvoir étudier dans mon service de la maison Dubois, la rachicocaïnisation avec l'assistance de MM. Ravaut et Aubourg. Il est clair que la centrifugation, la cyoscopie, l'isotonie du liquide céphalo-rachidien ne me sont pas plus familières qu'à la plupart des chirurgiens, et sans l'aide de ces précieux collaborateurs, je n'aurais assurément pas pu préciser tous les détails qui ont déjà été en partie publiés dans leur mémoire récent à la Société de biologie (2).

Ces recherches ont porté sur une vingtaine de malades, et les résultats ont été tellement superposables, que je les considère comme absolument constants.

Je rappelle que l'examen a été fait par M. Ravaut sur du liquide céphalo-rachidien retiré par de nouvelles ponctions, quatre à cinq heures, puis quatre à cinq jours, enfin douze à quinze jours après la rachicocaïnisation.

Un premier fait saisissant est le suivant : le liquide obtenu par une ponction faite quatre ou cinq heures après l'injection première est trouble et laisse déposer un culot de pus; il y a, en outre, un coagulum fibrineux, comme dans un liquide pleurétique.

L'examen sur lames et l'ensemencement ont montré qu'il n'y avait pas trace d'infection, et que le liquide restait parfaitement aseptique, ce qui m'a satisfait pleinement au point de vue de ma technique. Il n'en est pas moins vrai qu'après l'injection de cocaïne dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, il se *fait* une véritable pluie diapédétique d'éléments polynucléaires et de lymphocytes venant évidemment des vaisseaux de la pie-mère. Au bout de quelques jours, une nouvelle ponction montre que le liquide s'est éclairci et que les polynucléaires sont bien moins nombreux, alors que les lymphocytes dominent. Enfin une ponction au quinzième jour a toujours montré un liquide clair, normal, ne contenant plus aucun élément figuré.

Il me semble facile d'interpréter ces faits, bien mis en lumière par MM. Ravaut et Aubourg dans mon service.

Toute injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien provoque un mouvement de défense plus ou moins intense du côté de la pie-mère qui protège les centres nerveux : et ce mouvement se traduit par cette pluie de polynucléaires et de lymphocytes dont je parlais plus haut, et même par une exsudation de fibrine quand la réaction est plus intense. Cela explique bien tous les phénomènes consécutifs qu'on a décrits sous le nom impropre de méningisme. C'est en somme de la méningite aseptique, ou, pour être tout à fait précis, de la *congestion de la pie-mère.* Et les examens ultérieurs de M. Ravaut montrent que cette congestion pie-mérienne ne laisse pas de traces après quinze jours; cela explique bien comment le sujet, dont M. Walther a commenté ici l'observation, a été guéri de ses accidents méningés progressivement en douze jours, et a pu quitter l'hôpital au bout de quinze jours.

Le second fait à mettre en lumière dans les examens de MM. Ravaut et Aubourg, c'est que les accidents consécutifs à la rachicocaïnisation, la céphalée, l'hyperthermie, les vomissements, etc., sont d'autant plus intenses que la réaction individuelle, c'est-à-dire que le processus défensif de diapédèse a été plus marqué. En d'autres termes, si le malade présente un minimum de céphalée, de vomissements, etc., on trouve très peu de polynucléaires dans le liquide, et inversement lorsque la céphalée et l'hyperthermie par exemple sont intenses, une nouvelle ponction ramène un liquide très trouble, fibrineux, et en hypertension. Le liquide sort en jet en pareil cas, alors qu'à la première ponction, il coulait en bavant, goutte à goutte.

Pour modérer dans la mesure du possible l'intensité de ce processus défensif cause des accidents, je me suis arrêté à une technique dont M. Cadol parle dans sa thèse, sans citer d'observation où il l'ait vu appliquer.

Technique. — Je recueille dans un petit récipient stérilisé 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (ce qui

(1) Communiquée à la Société de chirurgie le 2 juillet.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 69, p. 666.

répond à 50 gouttes de liquide céphalo-rachidien). Avec un compte-gouttes calibré à 1 millimètre, je laisse tomber dans ce liquide 4 gouttes d'une solution de cocaïne titrée à 1 centigramme pour 2 gouttes: j'aspire ce mélange dans la seringue, et je l'injecte dans le sac arachnoïdo-pie-mérien.

Il me semble que cette technique est logique, et satisfait l'esprit. On injecte ainsi un liquide organique qui réunit des conditions de température et d'isotonie, utiles, sinon indispensables.

Est-ce à cette technique que je le dois? Je n'ose l'affirmer; mais, en vérité, je peux dire que je ne vois jamais ces accidents de céphalée, etc., qui ont suffi pour que quelques-uns de nos collègues abandonnent la rachicocaïnisation. Il est vrai que je n'en suis encore qu'à une cinquantaine d'observations.

A propos des ponctions que M. Chaput fait après ses opérations pour prévenir la céphalée, etc., je signalerai un fait intéressant : avant de me servir de la solution concentrée et de réinjecter le liquide céphalo-rachidien utilisé comme véhicule, il y a eu dans mon service quelques cas de céphalée intense. J'ai dit plus haut que je ne les ai pas vus : cela tient à ce que mon interne M. Aubourg a toujours pu faire disparaître cette céphalée avant mon arrivée à l'hôpital le lendemain; — et cela en faisant une nouvelle ponction : et, chose à retenir, il faut en pareil cas soustraire une quantité considérable de liquide : 16 et même 20 centimètres cubes; *à mesure que le liquide s'écoule, le malade se sent soulagé*, et on ne retire l'aiguille que lorsque la céphalée a à peu près disparu.

Je réserve donc la ponction ultérieure au « traitement de la céphalée », et je la crois inutile comme préventif. Il me paraît bien inutile de faire à *tous* les malades une ponction destinée à prévenir des accidents qu'ils n'auront qu'exceptionnellement.

Il est temps de faire la ponction quand la céphalée se montre, et mon interne, M. Aubourg, agit ainsi et fait disparaître la céphalée quand elle apparaît. Aussi ai-je pu dire que je n'ai jamais vu de céphalée intense chez mes malades, parce que la plupart n'en ont pas et parce que ceux qui en ont eu dans les heures qui suivent l'opération ont été guéris par la ponction de mon interne et n'ont plus rien quand je les revois le lendemain.

Un mot aussi sur la technique de la ponction. Je crois que personne ne peut se vanter « d'entrer toujours du premier coup » dans le canal rachidien. Il m'est arrivé plusieurs fois de ne pouvoir entrer : en pareil cas, j'ai passé la main et un de mes internes, M. Gadaud ou M. Aubourg, entrait avec la plus grande facilité. Inversement, MM. Aubourg et Ravaut ont eu certain soir la plus grande difficulté à pénétrer dans un canal rachidien que j'avais trouvé le matin même « du premier coup ». Il y a là un petit point délicat, et je me garderais de dire qu'il n'y a pas là une certaine difficulté qui pourra, dans une certaine mesure, nuire à la diffusion de la méthode.

Enfin, puisqu'on a parlé des injections épidurales, qui sont une tout autre affaire, je dirai que je n'en ai pas obtenu tous les services que j'avais cru pouvoir en retirer. J'avais pensé qu'après les grandes laparotomies, une injection de cocaïne par la voie sacrée supprimerait les douleurs que nous calmons pendant les deux ou trois premiers jours avec des injections de morphine. Il n'en a rien été. J'ai essayé aussi de soulager ainsi des malheureuses atteintes de cancer utérin inopérable très douloureux : je n'ai obtenu aucune sédation, même en diluant ma solution et en injectant 30 et 40 centimètres cubes d'eau contenant 2 centigrammes de cocaïne.

Je crois donc que ces injections épidurales ne sont utiles que médicalement, pour l'introduction dans l'économie de certains médicaments, ou pour calmer momentanément certaines douleurs irradiées dans les membres inférieurs.

En résumé :

I. Les études minutieuses, patientes et précises de MM. Ravaut et Aubourg, montrent que toute injection dans le sac arachnoïdo-pie-mérien provoque dans les vaisseaux méningés un mouvement de défense (une vaso-dilatation sans doute), qui s'accompagne d'une pluie diapédétique d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Plus ce processus défensif est intense (susceptibilité individuelle), plus la céphalée, l'hyperthermie, etc., sont prononcées.

II. Notre technique, consistant à employer comme véhicule de la cocaïne le liquide céphalo-rachidien lui-même, me paraît se rapprocher logiquement de l'idéal qui est d'introduire dans le sac au minimum d'éléments étrangers.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections épidurales par ponction du canal sacré.

Par E. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

La méthode des injections épidurales par ponction du canal sacré au niveau de l'hiatus sacro-coccygien, date de quelques semaines; encore à l'étude, elle n'en présente pas moins, dès à présent, une haute valeur pratique. Cette méthode est née des publications successives de MM. Sicard (1), Cathelin (2), Widal (3), Souques (4), Tuffier (5), Brocard (6), Chipault (7), Colleville (8); les deux articles tout récents de MM. Cathelin (2) et Brocard (6) présentent la synthèse de ces travaux. Injecter dans l'espace épidural, à la surface externe de la dure-mère rachidienne, une substance médicamenteuse, tel est le but cherché; il est atteint par la ponction du canal sacré au niveau de l'hiatus sacro-coccygien, suivant une technique aujourd'hui rigoureusement fixée. A l'exemple de Brocard, nous étudierons les injections épidurales au point de vue anatomique, puis physiologique, puis opératoire; enfin, nous résumerons en peu de mots les résultats cliniques acquis.

I

L'espace épidural n'est pratiquement abordable que par la voie sacrée. En effet, au niveau de la colonne lombaire, siège habituel des ponctions rachidiennes, il est extrêmement difficile de pénétrer dans cet espace sans léser l'étui dure-mérien. Aucun point de repère ne permet d'affirmer que la pointe de l'aiguille se trouve précisément située entre la lame élastique et la dure-mère. Aussi Tuffier,

(1) Sicard. Soc. de biol., 20 avril, 4 mai, 25 mai 1901.
(2) Cathelin. Soc. de biol., 27 avril, 4 mai, 11 mai, 8 juin 1901; — *Presse méd.*, 15 juin 1901.
(3) Widal. Soc. méd. des hôpit., 10 mai 1901.
(4) Souques. Soc. méd. des hôpit., 10 mai 1901.
(5) Tuffier. Soc. de biol., 11 mai 1901.
(6) Brocard. Soc. de biol., 25 mai 1901; — *Presse méd.*, 19 juin 1901.
(7) Chipault. Soc. de biol., 1er juin 1901.
(8) Colleville. *Union méd. du Nord-Est*, 30 mai 1901, et *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 64, p. 620.

cherchant à pratiquer une injection épidurale par voie lombaire, ponctionne-t-il d'abord la méninge externe pour obtenir une goutte de liquide céphalo-rachidien; il retire ensuite son aiguille jusqu'à ce que le liquide cesse de s'écouler. « J'avais tout lieu de croire, dit Tuffier, que j'étais alors en dehors de la dure-mère et dans l'espace virtuel épidural, puisque je n'avais aucun écoulement sanguin qui eût témoigné de la présence d'une veine. » Quelques lignes plus loin, Tuffier ajoute : « Cette technique est passible de reproches, et on peut toujours m'objecter que mon aiguille n'était pas dans la voie sacrée. » Corning, cité par Tuffier, en 1885, « chez les animaux, dénudait la dure-mère et déposait la solution à sa surface. Chez l'homme, il injectait la cocaïne entre les lames des vertèbres, après avoir, autant qu'il pouvait s'en rendre compte, traversé la lame élastique. Les résultats obtenus furent variables et les succès inconstants. » Le peu de précision de ces techniques interdisait aux injections épidurales par voie lombaire d'entrer dans le domaine de la pratique.



Fig. 1.

Par contre, dans le canal sacré, le cône dure-mérien, ainsi qu'on peut le constater sur les figures 2 et 3, s'arrête à une certaine distance (6 à 9 centimètres, d'après Cathelin) au-dessus de l'hiatus terminal; il est pratiquement hors d'atteinte pour une aiguille venue d'en bas. Dans cette portion inférieure, sous-dure-mérienne, du canal, son calibre antéro-postérieur est de 8 à 10 millimètres, et le transversal de 15 à 18 millimètres (Brocard). Le contenu (fig. 2) est représenté par les nerfs de la queue de cheval, par des veines « formant pour chaque racine un paquet presque indépendant » (Chipault) et par une graisse très abondante, semi-fluide. Chipault a montré que les organes nerveux étaient appliqués contre la paroi antérieure, ce qui permet à l'aiguille de pénétrer librement en arrière d'eux, et cela d'autant plus facilement que la paroi postérieure osseuse du canal est creusée d'une gouttière médiane verticale.

L'hiatus sacro-coccygien est évidemment la seule voie d'accès praticable. Les trous sacrés postérieurs en effet, trop profondément situés, renferment les branches postérieures des nerfs sacrés et des vaisseaux. L'hiatus inférieur, lui, ne livre passage qu'aux nerfs coccygiens, qui sortent latéralement (fig. 2) et dont la blessure sera facilement évitée si l'on a le soin de ponctionner sur la ligne médiane. L'aiguille traversera le trousseau ligamenteux sacro-coccygien qui recouvre l'orifice inférieur du canal sacré, et pénétrera d'arrière en avant, sans léser d'organes importants, dans la partie inférieure du canal sacré (fig. 3, aig. n° 2).

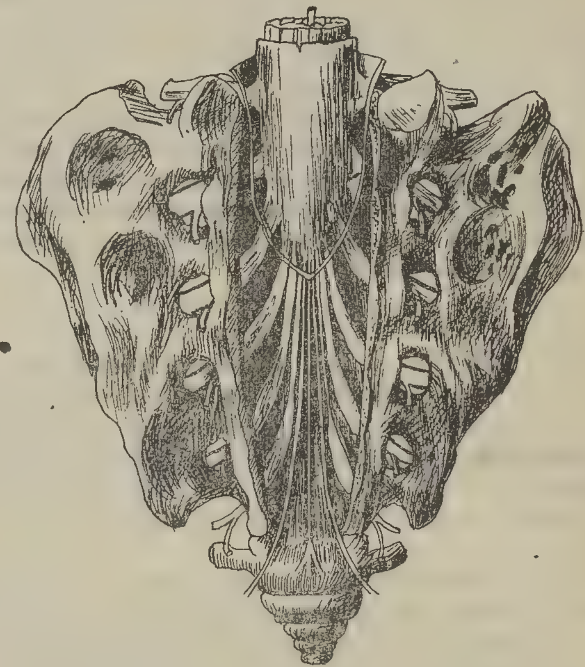


Fig. 2.

Les données anatomiques qui précèdent permettent déjà de prévoir, et par là même de justifier quelques détails de la technique exposée plus loin. Si nous jetons maintenant les yeux sur la figure 1 (face postérieure du sacrum), nous voyons que des points de repère très précis permettront de délimiter sur le vivant les limites de l'hiatus. Ce sont trois tubercules osseux : l'un, supérieur et médian, termine la crête sacrée (1, fig. 1); les deux autres, inférieurs et latéraux, représentent l'extrémité renflée des cornes inférieures du sacrum (2 et 3, fig. 1). Enfin, la pointe du coccyx, qu'il est toujours facile de sentir dans la rainure interfessière, constitue un autre point de repère, si l'on sait qu'il est séparé de la ligne bituberculeuse (unissant les tubercules 2 et 3) par une distance de 7 centimètres en moyenne (Brocard).

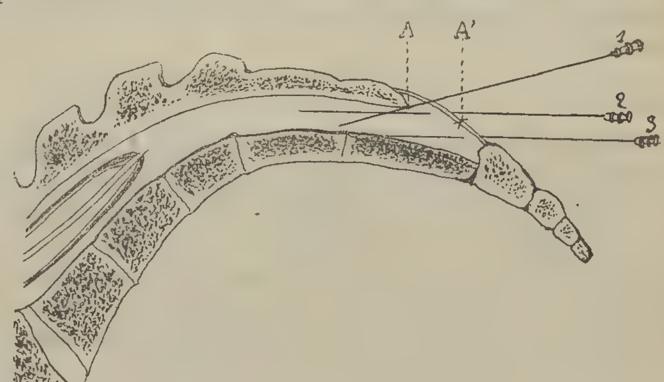


Fig. 3.

Le schéma représenté (fig. 3) et qui donne, d'après Testut, la courbure générale du canal sacré, va nous permettre de préciser la valeur de ces divers points de repère et de fixer plusieurs détails importants de technique. En A se trouve le tubercule supérieur, en A' le point d'intersection de la ligne intertuberculeuse avec le trousseau fibreux schématisé sur ce dessin. Les trois aiguilles 1, 2, 3 traversent le ligament en des points différemment situés par rapport aux

deux repères A et A'. L'aiguille 2 est évidemment la mieux située, un peu au-dessus de A'; elle s'engage librement dans le canal osseux, sans blesser les racines nerveuses placées en avant d'elle (au-dessous d'elle sur le schéma); elle suit la gouttière médiane et longitudinale de Chipault. L'aiguille 1, piquée plus haut, risque de ne pouvoir s'engainer dans le canal et de se heurter contre la paroi antérieure. L'aiguille 3, placée au-dessous de A', pourrait à la rigueur pénétrer dans la cavité; mais elle longe la paroi antérieure, contre laquelle sont appliqués les organes importants. Le lieu d'élection de la ponction est donc situé un peu au-dessus de la ligne bituberculeuse, qui devient ainsi le point de repère essentiel.

II

Nous résumerons en peu de mots, d'après Sicard, Cathelin, Brocard, Laborde (1), les faits physiologiques importants. Un premier fait semble bien démontré par l'injection expérimentale de masses colorées : la substance injectée au-dessous du cône dure-mérien se diffuse dans tout l'espace épidural jusqu'aux régions dorsale et cervicale (Sicard, Cathelin).

Grâce à l'abondance des veines rachidiennes, l'espace épidural constitue de plus une « riche voie d'absorption » pour les médicaments déposés en sa cavité (Cathelin), et cela d'autant mieux que « sa tolérance vis-à-vis des liquides non toxiques est remarquable » (Brocard). Enfin, la proximité des troncs nerveux, médullaire et radiculaires, permet d'espérer une action directe de la substance sur ces organes (Sicard, Hallion). Action vasculaire d'une part, action nerveuse d'autre part, tels sont les deux procédés physiologiques mis à la disposition du médicament injecté. En ce qui concerne la cocaïne, qui a été la plus expérimentée jusqu'ici, elle agirait directement sur les troncs nerveux d'après Sicard et Hallion; Cathelin est au contraire partisan de la théorie circulatoire et Laborde a montré l'importance des phénomènes de vaso-constriction.

III

La technique opératoire des injections épidurales est maintenant rigoureusement fixée. Les données anatomiques et physiologiques qui précèdent permettent d'en justifier tous les détails.

En premier lieu, quelle position donner au sujet? Pour être bonne, cette position doit réaliser les conditions suivantes : permettre l'accès facile de l'hiatus sacro-coccygien; tendre les trousseaux fibreux qui défendent l'entrée de cet hiatus; faciliter la pénétration du médicament jusqu'aux limites extrêmes de l'espace épidural rachidien. Cathelin, Tuffier ont recours à la position genu-pectorale. Sicard, Brocard préfèrent celle dite en chien de fusil : « Nous faisons coucher le sujet dans le décubitus latéral du côté malade. De préférence les jambes sont fléchies sur la cuisse, elles-mêmes fléchies sur le bassin. Les genoux sont ainsi rapprochés du menton. » Chipault met le malade en position de Trendelenburg.

Le sujet ainsi placé, les doigts vont à la recherche des points de repère, les tubercules sacrés inférieurs. Un peu au-dessus de la naissance du pli interfessier, il est ordinairement facile de les sentir. Il faut ponctionner, nous l'avons justifié plus haut, sur la ligne médiane, et un peu au-dessus de la ligne bituberculeuse; à ce niveau le doigt déprime facilement les tissus. Cette recherche, facile le plus souvent, est difficile sur un sujet gras. Si les tubercules ne peuvent être sentis, Brocard conseille de recourir au troisième point de repère, la pointe du coccyx, que l'on peut toujours sentir dans la rainure interfessière. Il suffit alors de compter 7 centimètres à partir de la pointe de l'os coccyx.

(1) Laborde. Soc. de biol., 25 mai 1901.

L'instrument employé est une seringue de Pravaz ou de Lüer, munie d'une aiguille de 5 à 8 centimètres (Brocard). Cathelin préfère une aiguille spéciale, longue de 6 centimètres, d'un diamètre de 7 dixièmes de millimètre et d'un biseau de 3 millimètres. Il suffit, en somme, de se servir d'une aiguille un peu longue.

Les précautions usuelles d'antisepsie étant prises, la ponction du canal sacré est alors pratiquée. « Saisissant l'aiguille entre le pouce et l'index de la main droite, fixant la peau mobile de la main gauche, l'opérateur pique bien sur la ligne médiane, d'arrière en avant. La direction générale est donnée par le pli interfessier; quant à l'obliquité à donner à l'instrument, elle varie avec les sujets. En général, il faut qu'on puisse interposer le doigt entre la canule et les téguments. L'aiguille dans la bonne voie est poussée doucement, s'enfonce d'elle-même, et la main éprouve très nettement la sensation de la prise de l'engainement de l'instrument par le fourreau osseux » (Brocard).

On voit sur la figure 3 que l'aiguille peut être poussée loin sans crainte de blesser le cône terminal. C'est pourquoi Cathelin, Chipault, Brocard enfoncent l'aiguille de 4 à 5 centimètres; Sicard enfonce de 1 à 2 centimètres.

La principale difficulté de cette technique est la direction à donner à l'aiguille. Si en effet elle est poussée un peu trop parallèlement à la peau, on risque de faire une injection sous-cutanée; si, au contraire, l'obliquité est trop prononcée, on peut aller buter contre la paroi antérieure du canal. On a vu plus haut que Brocard conseille d'interposer le doigt entre la canule et les téguments pour obtenir la bonne direction. Enfin, dit Cathelin, « la sensation que donne l'aiguille enclavée dans le canal sacré est de celles qui ne trompent pas. »

Le canal sacré une fois ponctionné, la seringue est ajustée et l'injection pratiquée lentement. On peut ensuite obturer la piqûre avec un peu de collodion.

IV

Laissant absolument de côté les faits expérimentaux, nous relaterons très rapidement les résultats cliniques acquis. On s'est jusqu'ici servi de la méthode épidurale pour injecter de la cocaïne dans le canal sacré, au cours d'affections médicales douloureuses, afin d'obtenir la disparition des douleurs. On n'a pas pu encore déterminer d'analgésie utilisable en chirurgie opératoire [Reclus et Sicard, Cathelin, Tuffier, Guinard (voir plus haut)].

La dose employée est 1 ou 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en solution à 1/100 ou 1/200. Si l'on se reporte aux publications de Sicard, Widal, Souques, Brocard, Chipault, on constate que la méthode a été employée avec succès, surtout dans les sciatiques et le lumbago, mais aussi dans deux cas de zona, un cas de névralgie intercostale, au cours des crises gastriques d'un ulcère stomacal, et enfin contre les douleurs fulgurantes du tabes (2 cas).

A part quelques phénomènes douloureux du côté de la piqûre, aucun incident n'est à noter après l'injection. L'effet sédatif se manifeste rapidement, au bout de quelques mi-

nutes; mais le plus souvent il ne dure pas plus de deux ou trois jours. Une nouvelle injection peut alors être pratiquée sans inconvénient.

Colleville a traité avec succès une névralgie sacro-lombaire, par des injections épidurales de gaïacol orthoformé, ainsi formulées :

Gaïacol cristallisé..........	6 grammes.
Orthoforme................	0,50 centigr.
Acide benzoïque............	0,365 milligr.
Huile d'amandes douces stérilisée à 120 degrés........	q. s. p. 60 cent. c.

Cet auteur a fait trois injections trois jours de suite, la première de 1 centimètre cube, les deux autres de 2 centimètres cubes.

Enfin M. Mauclaire (1) a essayé de faire des injections iodoformées dans l'espace rachi-dure-mérien pour traiter certaines formes de mal de Pott, c'est-à-dire « celles qui sont caractérisées, soit par des lésions osseuses s'ouvrant dans le canal vertébral, soit par des lésions de pachyméningite dure-mérienne externe tuberculeuse ». Il a employé une solution d'huile de vaseline saturée d'iodoforme à la dose de 3 centimètres cubes chez l'adulte, de 1 à 2 centimètres chez l'enfant. Ces injections ont été parfaitement supportées, sans qu'il y ait eu de réaction ni douloureuse, ni fébrile.

Tels sont les résultats cliniques aujourd'hui publiés. Cathelin fait remarquer qu'il s'agit là d'une « voie d'absorption médicamenteuse générale » et que, au point de vue médical, « la voie épidurale est à tenter pour la plupart des médicaments solubles administrés par les voies buccale, rectale et sous-cutanée. » Si l'on s'en tient aux faits cliniques publiés, la méthode épidurale est surtout capable de rendre de très grands services dans les affections médicales où le symptôme douleur domine la scène morbide.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(9 JUILLET 1901)

Nous avons à enregistrer une communication fort pratique et très intéressante de M. Budin sur le **traitement de l'infection puerpérale**. Il est vraiment regrettable que M. Budin n'ait pu avoir la parole qu'à la fin d'une séance très chargée, alors que la salle était presque vide. Mais les praticiens n'y perdront rien et feront bien de lire et de retenir l'exposé des moyens fort simples, le plus souvent très efficaces, auxquels a recours M. Budin dès la moindre apparition d'accidents infectieux. En cela, comme en bien d'autres circonstances, le tout est d'agir vite et de ne pas s'attarder à attendre des indications plus formelles. Bien qu'il n'y ait rien d'absolument nouveau dans les moyens qui composent le traitement de M. Budin, il a été méthodisé et réglé d'une façon très précise, rendu simple, pratique et facile. Voici ce traitement auquel M. Budin a recours depuis 1892 :

L'infection puerpérale est due à la pénétration de germes divers, de microbes pathogènes dans les organes génitaux, puis dans toute l'économie. Il semble que si on pouvait de bonne heure débarrasser l'utérus de ces germes pathogènes, on éviterait le développement de la maladie. Si on n'intervient que plus tard, on aura de plus à lutter contre l'infection générale.

M. Budin montre que dans les conditions ordinaires, lorsque les suites de couches sont normales, l'utérus revient assez vite sur lui-même et après quelques jours l'orifice interne du col est fermé; on ne le traverse qu'en faisant un certain effort; si, au contraire, la muqueuse utérine est malade, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées et on pénètre facilement avec le doigt dans la cavité du corps utérin. La perméabilité anormale de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic.

Pour nettoyer l'utérus il faut, après avoir plongé la femme dans l'anesthésie complète, procéder au curage digital et à l'écouvillonnage dont M. Budin décrit en détail le manuel opératoire. Il fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants. Les faits démontrent que le nettoyage de la cavité de la matrice peut être absolument complet.

M. Budin résume ainsi les faits :

Si de la fièvre survenant chez une femme récemment accouchée, on constate dans l'utérus la présence de caillots fétides ou non, les enlever et laver la cavité de l'organe peut suffire.

Si la muqueuse de la matrice est atteinte, surtout au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, il faut sans hésitation procéder au curage digital et à l'écouvillonnage. Lorsqu'on intervient vite, la guérison est habituellement plus rapide.

Si l'infection dure depuis quelques jours lorsqu'on pratique le nettoyage, la guérison est plus lente, car il y a eu pénétration de germes ou de toxines dans l'économie.

Enfin si l'infection date depuis plus longtemps ou si sa forme est plus grave, si l'économie est sérieusement infectée, on aura recours aux mêmes interventions et on aidera l'organisme à lutter. Dans un certain nombre de cas qui paraissent désespérés, on obtiendra la guérison, mais parfois la mort surviendra.

Il résulte encore de ces faits une autre conséquence : si une femme accouche ou fait un avortement alors que les membranes sont rompues depuis quelques jours, si le liquide amniotique est fétide, il faut faire de suite le curage digital et l'écouvillonnage c'est-à-dire le *nettoyage prophylactique*.

Pendant la dernière année scolaire du 1er novembre 1900 au 30 juin 1901, M. Budin a obtenu les résultats suivants. Il y a à la clinique Tarnier un service d'isolement dans lequel on reçoit les femmes infectées au dehors ou celles qui ont été infectées à l'hôpital. De là deux catégories de faits.

33 femmes infectées ont été apportées du dehors :

4 fois des injections utérines après exploration digitale ont suffi;

13 fois on a eu recours au nettoyage prophylactique;

16 fois on a dû faire le curage digital et l'écouvillonnage.

Une seule femme n'a pu être sauvée; elle avait été apportée de Choisy-le-Roi dans un état extrêmement grave, huit jours après son accouchement.

Les femmes qui ont contracté de l'infection dans le service et qui ont été transportées au service d'isolement sont au nombre de 59. Toutes ont guéri. Pendant cette même période, il y a eu 1137 accouchements ou avortements à la clinique Tarnier, avec une statistique par conséquent de 0 décès par infection. En admettant qu'il y ait eu une année scolaire particulièrement heureuse, M. Budin pense que la méthode à laquelle il a recours peut être recommandée.

M. Gautier, dans ces deux dernières séances, est revenu sur la **médication cacodylique**. Il fait connaître les résultats qu'elle a donnés depuis deux ans, époque à laquelle il fit sa première communication à l'Académie. Il l'avait expérimentée seulement dans la tuberculose; depuis lors, de nombreux auteurs, en particulier MM. Danlos et Renaut (de Lyon), l'ont employée dans les anémies graves, les cachexies, les affections cutanées de toute sorte, la chorée, la maladie de Parkinson, les maladies mentales, les sarcomes,

(1) Soc. de biol., séance du 29 juin 1901.

la scrofule, la syphilis, les tuberculoses osseuses et les suppurations prolongées, avec des succès éclatants et aussi avec des revers, tenant soit à des idiosyncrasies, soit à un mode d'administration défectueux. Sauf idiosyncrasie, les cacodylates peuvent être administrés sans inconvénients, par voie sous-cutanée, à la dose énorme de 0g50 centigrammes.

Il importe, toutefois, d'administrer le cacodylate par injection hypodermique. Le cacodylate n'est toléré qu'exceptionnellement par la bouche, et son emploi ne peut être continué longtemps. Cela se comprend, dans le tube digestif, le cacodylate se transforme en oxyde de cacodyle, corps très toxique. Le même inconvénient existe, quoique atténué, lorsqu'on donne le médicament par la voie rectale. On peut observer de la diarrhée, de la dyspepsie et une légère albuminurie avec diminution de la quantité des urines.

Celle-ci se constate aussi dans l'administration sous-cutanée, mais elle est beaucoup moins marquée et passagère, même si l'on continue le traitement.

M. Gautier connaît plusieurs cas où l'administration par la bouche n'avait donné que des inconvénients et où le succès a été rapide dès qu'on a substitué à cette voie la voie hypodermique. M. Gautier estime donc qu'il ne faut pas hésiter à choisir la voie sous-cutanée.

Dans la tuberculose, il emploie le cacodylate à la dose de 0g05 centigrammes par jour pendant le premier septenaire, puis on interrompt un septénaire, puis on reprend un septenaire et ainsi de suite. Il donne en même temps l'iodure et le bromure de potassium à la dose de 0g05 centigrammes; il recommande une alimentation riche en phosphates et en fer organique : lait, œufs, cacao, viandes rouges crues.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Gautier passe en revue les différents états pathologiques, et ils sont nombreux, dans lesquels la médication cacodylique a souvent fait merveille : ce sont la grippe et la broncho-pneumonie grippale, c'est le paludisme, ce sont les anémies, la leucémie, la neurasthénie, les troubles de la grossesse, en particulier les vomissements incoercibles; c'est encore le diabète dont le cacodylate de soude serait, d'après M. Renaut (de Lyon), le médicament de choix; c'est encore l'asthme, la chorée; dans toutes ces maladies, le cacodylate de soude, en injections sous-cutanées, aurait donné des guérisons non moins radicales qu'inattendues. Il se serait montré moins efficace dans la maladie de Parkinson, dans la maladie de Basedow, le myxœdème, mais il aurait encore donné des résultats surprenants dans le lupus; le cancer reste encore réfractaire à cette médication, comme à tant d'autres. Enfin, M. Gautier aurait obtenu quelques résultats favorables dans les maladies des centres psychiques, dans les psychoses.

Les accidents que peut causer la médication cacodylique sont les suivants : parfois un peu de congestion de la face, des troubles de l'ouïe, des métrorragies. Ces phénomènes d'intolérance s'observent quand on prolonge la médication au delà de sept à dix jours.

Les seules contre-indications sont l'insuffisance hépatique, le cancer du foie, l'ictère, la congestion du foie.

M. Gautier ajoute toujours au cacodylate de soude, comme adjuvant, l'iodure de potassium à la dose de 0g05 centigrammes par jour. Il termine en disant que l'augmentation des oxydations explique l'action du cacodylate de soude dans la tuberculose : on sait que les toxines se détruisent en milieu oxydant; de là la résistance aux effets morbides des malades soumis à l'action des cacodylates.

M. Cornil analyse un travail de M. Babès et de Mlle Densusianu sur les **néphrites hémorragiques post-scarlatineuses.** On trouve des lésions dégénératives de la région pyramidale, avec thrombose des veines intertubulaires; ces lésions semblent devoir, dans certains cas, être attribuées à des altérations vasculaires, dans d'autres cas à l'action directe des toxines sur le rein.

M. Rémy a construit un instrument auquel il donne le nom de **diploscope**, et qui est disposé de telle sorte que, à travers une lame percée de deux trous, un mot de quatre lettres apparaît, la première et la troisième lettres vues par l'œil gauche, la deuxième et la quatrième vues par l'œil droit. On peut, grâce à cet appareil, non seulement, en médecine légale, démontrer la fausseté d'allégations d'individus se prétendant borgnes, mais encore permettre de trouver immédiatement et de corriger les **diplopies latentes** en indiquant le prisme répondant à la correction.

MM. Richelot et Franck ont lu des rapports, le premier sur le prix Daudet, le second sur le prix Louis.

MM. Istraki (de Bucarest) et Ledenburg (de Berlin) ont été élus membres correspondants étrangers.

L'Académie, au milieu de la séance publique, s'est formée en comité secret pour discuter la question des vacances de cette année. Elle a décidé de fermer ses portes pendant les mois d'août et de septembre.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Fièvre intermittente, signe de tumeur du médiastin. — Le docteur Withaner (de Halle) publie l'intéressante observation suivante :

Une jeune fille de vingt-quatre ans est reçue à l'hôpital avec le diagnostic d'influenza. Pendant cinq mois, on observa une courbe de fièvre tout à fait remarquable : après un repos de trois ou quatre jours sans fièvre pendant lequel la malade était tout à fait bien, survenait une élévation de température avec dyspnée et quintes de toux. Dans les dernières six semaines, il s'ajoutait, durant la fièvre, de la cyanose du visage et des battements des vaisseaux du cou. Personne ne songeait à la tumeur du médiastin postérieur que l'autopsie révéla; le sarcome qui constituait cette tumeur avait pénétré dans le poumon et englobait la face postérieure des oreillettes sans avoir donné lieu à d'autres symptômes du côté du cœur, que ceux déjà signalés. (*Münch. med. Wochens.*, 1901, n° 6; C. R. in *Wien med. Wochens.*, 1901, n° 19, p. 471.) P. V.

Bacille typhique dans les crachats. — Le docteur Edel a examiné les crachats de 11 typhiques; 10 d'entre eux n'avaient que de la bronchite, le onzième était atteint de pneumonie; l'auteur a trouvé le bacille typhique dans les produits d'expectoration de ce dernier malade.

Stühlern aurait fait, il y a quelque temps, une découverte analogue. Dans les deux cas, les crachats étaient plus sanglants, d'un caractère plus hémorragique qu'ils ne le sont d'ordinaire dans la pneumonie croupale, ce qui pourrait peut-être servir de signe pour le diagnostic différentiel.

L'auteur insiste sur la nécessité de désinfecter les produits d'expectoration des typhiques et conseille l'emploi de crachoirs pourvus d'un dispositif capable d'éviter la dissémination des germes pendant la toux dans le genre de celui que Leube a recommandé au Congrès de la tuberculose à Berlin.

Ces constatations sont à rapprocher des recherches de Sicard, qui a constaté la présence du bacille typhique dans l'air expiré par les typhiques : elles peuvent contribuer à expliquer les cas de contagion hospitalière que l'on observe assez fréquemment à l'hôpital, notamment chez les tuberculeux (1). (*Fortschr. der Med.*, 1901, n° 14; C. R. in *Wien. med. Wochens.*, 1901, n° 21, p. 529.) P. V.

(1) Voir la très intéressante thèse récente de M. E. Vergnaud, intitulée : *Fièvre typhoïde et tuberculose.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de législation militaire (1), guide administratif à l'usage des médecins de l'armée (active, réserve, territoriale et médecins auxiliaires), par le docteur A. Boisson, major de l'École du service de santé militaire.

Le but de ce Précis est de réunir en un seul et petit volume l'ensemble des connaissances administratives, indispensables aux médecins de l'armée. Il sera de la plus grande utilité pour les médecins de la réserve et de la territoriale : car il les initie aux fonctions spéciales qu'ils sont appelés à exercer en cas de mobilisation. Il leur présente d'une façon simple et claire des règlements du service de santé et les dispense ainsi de l'étude ingrate des textes officiels.

Les étudiants qui préparent leur examen de médecin auxiliaire y trouveront avec une table spéciale au programme de cet examen les matières exigées d'eux à cet examen.

Enfin, ce Précis offre aux médecins de l'armée active l'ensemble des connaissances administratives exigées pour les épreuves du concours d'aptitude à l'avancement au choix. Il les dispense aussi des recherches longues et embarrassantes dans l'immense collection du *Bulletin officiel du ministère de la guerre*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Conseil de la Faculté. — Le Conseil, dans sa dernière séance, a nommé les rapporteurs chargés d'examiner les titres des candidats à la chaire d'ophtalmologie. Ce sont : MM. Guyon pour M. de Lapersonne et Brissaud pour M. Lagrange.

Faculté de Paris. — *Concours du clinicat* (*gynécologie et obstétrique*). — Sont nommés : Gynécologie, M. Jayle, chef de clinique; M. Beaussenat, adjoint. — Obstétrique, MM. Couvelaire et Perrot, chefs de clinique; MM. Delestre et Chéron, adjoints.

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — M. Henri Verger est nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Concours pour l'internat et l'externat des hospices civils de Lyon. — Le lundi 7 octobre 1901, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public, pour la nomination de 12 élèves internes et d'un nombre, à fixer au moment du concours, d'élèves internes provisoires appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56 ; le registre d'inscription sera clos le samedi 21 septembre à quatre heures.

— Le lundi 21 octobre 1901, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public, pour la nomination d'élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'Administration. Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56. Le registre d'inscription sera clos le samedi 5 octobre, à quatre heures.

Guerre. — M. Margain, médecin aide-major de première classe, est désigné pour servir au 3e d'infanterie coloniale, à Rochefort.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Briand, désigné pour embarquer sur le *Phlégéton*, et M. le docteur Bérard, officier du même grade, désigné pour aller servir au 3e dépôt à Lorient, sont autorisés à permuter.

M. le docteur Torel, du cadre de Toulon, promu médecin principal, est appelé à servir dans son nouveau grade, au port de Cherbourg.

M. le médecin de première classe Sisco, actuellement disponible au corps expéditionnaire de Chine, est désigné pour embarquer sur le *Friant* (escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. le docteur Hagen.

Muséum d'histoire naturelle. — L'inauguration de la statue de Chevreul aura lieu le jeudi 11 juillet 1901, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum.

La peste. — Deux cas de peste ont été officiellement constatés à Constantinople. D'autre part, le *Laos*, courrier de l'Indo-Chine, arrivé récemment à Marseille, est retenu au Frioul à cause des cas suspects. Les cas de peste continuant à abonder au Cap, il est évident que la situation est aussi grave qu'il y a deux ans, et que l'Europe paraît sérieusement menacée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) In-18 col., 675 p., cart. toile, 34 fig. dans le texte et 1 planche en couleurs hors texte. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

N° 80. — SAMEDI 13 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 13 JUILLET 1901. — N° 80

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr. UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr. **Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.**

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours.** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. État actuel de la question de l'aphasie motrice (*fin*), par M. Fernand BERNHEIM, ancien interne des hôpitaux de Paris. — ECTASIE DE L'APPENDICE, par MM. R. MESLAY, ancien interne des hôpitaux, et V. PAUCHET (d'Amiens). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

État actuel de la question de l'aphasie motrice (1).

Par M. Fernand BERNHEIM,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les cas d'aphasie motrice sous-corticale, quoique bien moins fréquents que ceux d'aphasie motrice corticale, ont été signalés cependant récemment par quelques auteurs. C'est ainsi qu'au *Wiener medicinischer Club*, en 1899, Marburg a présenté un malade âgé de cinquante ans, qui, au cours d'une affection cardiaque, eut des embolies cérébrales, à la suites desquelles il eut une hémiplégie droite avec perte de la parole spontanée, de la parole répétée et de la lecture à haute voix, tandis que la compréhension de la parole et de l'écriture, les calculs faciles et les dessins demeuraient intacts. Il écrivait en miroir de la main gauche spontanément et sous dictée; avec la main droite il ne pouvait écrire.

Collins (2), dans son livre, fait remarquer que les deux différences essentielles entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale sont : 1° la conservation de la faculté d'écrire, et 2° l'épreuve de Proust-Lichtheim, qui n'existe que dans la variété sous-corticale. Il cite ensuite deux observations personnelles que nous résumerons.

La première concerne un écolier de dix-sept ans frappé progressivement d'hémiplégie droite et ne pouvant dire que les mots « yes » et « no ». Il comprenait tout ce qu'on lui disait et n'avait pas non plus de cécité verbale. Il pouvait indiquer le nombre de syllabes contenues dans un mot en serrant autant de fois la main. Une semaine après le début des troubles de la parole, il articulait le mot papier, pour désigner un journal placé sur une table éloignée et qu'il désirait. Le lendemain il répondait oui à une question. Huit jours après, le malade pouvait répondre et causer spontanément avec un peu d'hésitation. L'hémiplégie disparut rapidement et un mois plus tard il marchait et courait, et pouvait écrire de la main droite quoique avec lenteur. Revu six mois après, le malade était complètement guéri.

Son deuxième malade était un homme de trente-trois ans qui, cinq jours après s'être alité pour une fièvre typhoïde, perdit connaissance pendant environ soixante heures. Revenu à lui, il était hémiplégique droit et aphasique. Six semaines après il pouvait quitter le lit, mais l'hémiplégie persistait. A l'examen on trouvait un homme intelligent, capable de s'observer, d'un état physique et mental très satisfaisant. Il avait une hémiplégie spasmodique droite, la face respectée et des troubles de la parole.

— Quel est votre nom? (Il montre sa tête et sourit.)

— Quel âge avez-vous? (Il lève deux fois trois doigts et porte ensuite sa main à ses lèvres, puis se jette rapidement sur la plume et écrit 33.)

— Avez-vous trente-trois ans? (Il fait un signe affirmatif.)

— Etes-vous marié? (Il répond affirmativement avec la tête, puis voyant que j'attends encore, il écrit oui, sans qu'on lui demande, il lève ensuite 5 doigts, puis 4 doigts, pour indiquer qu'il a été marié pendant neuf ans.)

— Avez-vous des enfants? (Il lève un doigt.) Garçon ou fille? (Il sourit et fait un signe négatif.) Je vous demande de me dire si votre enfant est un garçon ou une fille?

— « B' B'ba, » ce qui veut dire « boy » (garçon), réponse exacte mais qu'il ne peut articuler.

— Quel âge a-t-il? (Il lève 5 doigts et 3 doigts pour dire huit ans.)

— Quel est le nom de votre femme? (Il cherche la plume et écrit distinctement en lettres hébraïques le mot Rachel.)

Ce malade est assez éduqué et a appris à écrire de la main gauche. Il passe son temps à écrire des lettres à sa famille et à ses amis, il consigne sur du papier ses mémoires et ses espérances. Il semblerait qu'il écrive avec plus de netteté spontanément que sous dictée. Quand cependant la dictée est lente et qu'on ne presse pas le malade, il écrit encore mieux. Sur ces manuscrits on constate que le style est très bon. Il n'a pas de surdité verbale. Si on lui demande de tirer la langue, de fermer les yeux ou de serrer la main autant de fois qu'il y a de syllables dans le mot Constantinople

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 77, p. 741.

(2) COLLINS. *La genèse et le fonctionnement du langage*, New-York 1898.

il le fait correctement. Il n'a pas non plus de cécité verbale. Le langage intérieur, examiné à diverses reprises, a toujours paru intact. Si on demande au malade s'il entend à son oreille les sons des mots qu'il lit, il écrit oui; et si on le prie de dire s'il les entend avec la même distinction que s'ils étaient articulés, il répond négativement. Il interprète immédiatement les sons familiers, et si, les yeux bandés, on fait résonner à ses oreilles une montre ou une cloche, il sourit et écrit immédiatement leur nom. Il calcule bien et connaît exactement la valeur des monnaies. Il peut fredonner l'hymne national et joue aux dominos et aux cartes avec une grande facilité.

Collins ajoute à propos de ce malade : « Le fait qu'il y a une inaptitude complète à articuler un son, et à coordonner les mouvements bucco-linguaux, comme dans l'acte de siffler, sans paralysie faciale me fait croire que la lésion est dans la sphère corticale rolandique, à laquelle est réservée la représentation pour les cordes vocales, la langue et les lèvres, et non plus bas dans les fibres de projection, car si la lésion était placée sur ces fibres, il est probable qu'il n'y aurait pas eu une aphémie aussi complète, mais une dysarthrie prononcée ou du balbutiement. »

On le voit, Collins se rapproche des vues théoriques de Pitres, tout en ayant donné deux bons exemples d'aphasie motrice sous-corticale.

L'aphasie motrice sous-corticale doit donc demeurer comme une variété distincte de l'aphasie motrice corticale. L'intégrité du langage intérieur, la conservation de l'écriture spontanée ou sous dictée, l'absence d'attaques épileptiformes sont des caractères qui lui appartiennent en propre, malgré les assertions contraires de quelques auteurs. Tous ceux qui ont examiné un certain nombre d'aphasiques moteurs ont pu constater la physionomie différente des sous-corticaux, qui ont une mimique et une intonation autrement expressives que celle des corticaux. L'épreuve de Lichteim-Dejerine, qui a été regardée comme dénuée de valeur par les uns, et pour laquelle d'autres ont prétendu qu'avec n'importe quelle variété d'images verbales on pouvait y satisfaire, reste néanmoins un bon signe différentiel entre les deux modalités de l'aphasie motrice. Peu importe les images verbales avec lesquelles on passe avec succès cette épreuve; ce qui est indispensable pour la passer, c'est l'intégrité du langage intérieur.

Si nous cherchons combien on a cité d'aphasiques moteurs corticaux non améliorés ou non rééduqués qui peuvent écrire, nous verrons qu'il y en a très peu, pour ne pas dire aucun, car tous ceux qui ont été publiés comme tels prêtent le flanc à la critique.

La présence d'attaques épileptiformes au cours de l'évolution d'une tumeur sous-corticale a été signalée, mais combien rarement! Les crises d'épilepsie et surtout d'épilepsie partielle, sont une réaction de la corticalité cérébrale et constituent encore une présomption en faveur d'une lésion corticale.

Sur cinq autopsies d'aphasiques qu'il nous a été donné d'étudier par la méthode des coupes sériées dans le laboratoire de notre maître, M. Dejerine, trois concernaient des aphasies motrices surtout sous-corticales. Nous donnerons ici le résumé de ces observations, renvoyant à notre thèse pour les détails anatomiques et cliniques.

Observation I. — Hémiplégie droite et aphasie totale en 1890. Surdité verbale pendant deux mois, cécité verbale pendant un an. Examen en 1895 : la malade ne peut dire que *don* et *doui*, aucun autre mot ne peut être prononcé, la répétition est impossible; ni surdité, ni cécité verbales. Écriture de la main gauche surtout : pas d'agraphie, l'imprimé est copié en manuscrit. Calcul bon pour addition et multiplication faciles. Langage intérieur intact, épreuve de Lichteim-Dejerine positive. Bon état intellectuel. Examen laryngoscopique négatif.

Autopsie : dans l'hémisphère gauche vaste foyer hémorragique sous-cortical étendu de la base de la deuxième frontale au gyrus supra marginalis et embrassant dans la concavité de son fer à cheval la partie supérieure du corps strié. La corticalité est partiellement atteinte au niveau de la partie la plus inférieure de la première frontale, de la base de la deuxième et du pied de la troisième, des sillons marginaux antérieur et postérieur de l'insula, de l'opercule frontal, de la partie antérieure de l'opercule rolandique et du tiers inférieur de la frontale ascendante. Section partielle des segments antérieur, moyen et postérieur de la couronne rayonnante, des fibres calleuses antérieures, des faisceaux arqué et uncinatus et des couches sagittales postérieures. Dégénérescence de la partie antérieure du segment antérieur, des parties antérieure et moyenne du segment postérieur et d'une partie des segments rétro et sous-lenticulaires de la capsule interne. Pulvinar, fibres radiées et noyau externe du thalamus contiennent des fibres dégénérées. Dégénérescence de partie moyenne du pied du pédoncule. Intégrité du corps strié et du faisceau géniculé.

Obs. II. — Hémiplégie droite avec aphasie en 1885. La parole ne revient qu'au bout de huit mois. Examen en 1895 : la malade peut dire à peu près tout ce qu'elle veut, mais parfois avec difficulté; la parole répétée est assez bonne; dans le chant les paroles sont mieux articulées. Pas de surdité verbale, ni de cécité verbale; très légers troubles latents de la lecture mentale. Agraphie totale; écriture avec des cubes un peu meilleure. État stationnaire jusqu'en 1899. Pas de crises épileptiformes.

Autopsie : foyer hémorragique dans la substance sous-corticale de l'insula gauche; lésion de la partie postérieure du putamen, du pied du segment supérieur de la couronne rayonnante et du segment postérieur de la capsule interne; destruction partielle de l'avant-mur et de la capsule externe, des fibres calleuses antérieures, d'une partie du faisceau arqué, du segment antérieur de la couronne rayonnante et de la partie antérieure des couches sagittales postérieures. Dégénérescence dans le segment antérieur de la capsule interne, dans le segment postérieur et la partie moyenne du pied du pédoncule, dans une petite portion du segment sous-lenticulaire de la capsule interne. Dégénérescence des noyaux interne et externe, des fibres radiées et du pulvinar du thalamus, du système calleux, des faisceaux occipito-frontal et uncinatus, du tapetum et des couches sagittales postérieures. Intégrité du noyau caudé, du faisceau de Turck, de la zone de Wernicke, du segment rétro-lenticulaire de la capsule interne et des courtes fibres d'association des circonvolutions.

Obs. III. — Hémiplégie droite et aphasie le 15 août 1892 : pendant six mois parole spontanée impossible, répétition des mots existe seule; la lecture ne revient que plus tard. Examen en 1895 : difficulté de la parole spontanée, qui nécessite des efforts, et même certains mots ne sont pas prononcés, style assez altéré; parole répétée meilleure, mais avec un peu de scansion. Dans le chant, prononciation meilleure que dans la parole spontanée. Ni cécité littérale, ni cécité verbale. Pas de surdité verbale. Ni aphasie optique, ni cécité psychique. Écriture de la main gauche : spontanément et sous dictée la malade fait des fautes, l'imprimé est copié exactement et transcrit en manuscrit. État intellectuel

et mémoire bons. Amélioration de l'aphasie motrice. Rétrécissement mitral. Mort par asystolie en 1898.

Autopsie : lésion centrale; destruction du putamen et d'une partie du globus pallidus, de la tête du noyau caudé; section de la partie supérieure du segment antérieur et des deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule interne. Destruction corticale de la pointe temporale et de la partie inférieure de l'opercule frontal. Dégénérescence de la partie moyenne du pied du pédoncule. Intégrité partielle du faisceau géniculé. Dégénérescence du genou du corps calleux.

En résumé, l'aphasie motrice sous-corticale ou aphasie motrice pure existe cliniquement, telle qu'elle a été décrite par notre maître, M. Dejerine. Anatomiquement, sur les cerveaux des trois observations précédentes, les lésions étaient manifestement sous-corticales, mais la corticalité n'était pas absolument intacte; il s'agissait de lésions cortico-sous-corticales, mais beaucoup plus sous-corticales que corticales. Il y a donc très probablement une aphasie motrice sous-corticale, qui prouverait que c'est dans la corticalité de la zone du langage que se passent les processus indispensables à l'intégrité de la notion du mot.

IV

La localisation de l'aphasie motrice au pied de la troisième frontale gauche est-elle définitivement établie? — Cette localisation date en réalité des autopsies de Paul Broca, dont le compte rendu se trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1861. Dans le premier cas, concernant le malade L..., qui ne pouvait dire que *tan*, voici ce que Broca constatait à l'examen anatomique : « Les organes détruits sont les suivants : la petite circonvolution marginale inférieure (lobe temporo-sphénoïdal), les petites circonvolutions de l'insula et la partie subjacente du corps strié; enfin sur le lobe frontal, la partie inférieure de la circonvolution transversale, et la moitié postérieure des deux grandes circonvolutions désignées sous les noms de seconde et troisième circonvolutions frontales. Des quatre circonvolutions qui forment l'étage supérieur du lobe frontal, une seule, la première et la plus interne, a conservé, non son intégrité, car elle est ramollie et atrophiée, mais sa continuité, et si l'on rétablit par la pensée toutes les parties qui ont disparu, on trouve que les trois quarts au moins de la cavité ont été creusés aux dépens du lobe frontal... Chez notre malade, le siège primitif de la lésion était dans la seconde ou dans la troisième circonvolutions frontales, plus probablement dans cette dernière. Il est donc possible que la faculté du langage articulé siège dans l'une ou l'autre de ces deux circonvolutions; mais on ne peut le savoir encore, attendu que les observations antérieures sont muettes sur l'état de chaque circonvolution prise en particulier, et on ne peut même pas le pressentir, puisque le principe des localisations par circonvolution ne repose encore sur aucune base certaine. » Dans la deuxième observation d'aphémie, présentée par Broca à la Société anatomique, concernant le malade L..., il y avait une lésion profonde mais très nettement circonscrite de la deuxième et de la troisième frontales, dans une partie de leur tiers postérieur. Broca conclut : « Dans les deux cas, la deuxième circonvolution frontale était beaucoup moins altérée que la troisième; il est permis d'en conclure que celle-ci avait été, selon toute probabilité, le siège principal de la lésion primitive. Deux faits sont peu de chose, lorsqu'il s'agit de résoudre une des questions les plus obscures et les plus controversées de la physiologie cérébrale; je ne puis, toutefois, m'empêcher de dire, jusqu'à plus ample informé, que l'intégrité de la troisième frontale (et peut-être de la deuxième) paraît indispensable à l'exercice de la faculté du langage articulé. »

Nous avons tenu à citer le texte même de Broca pour montrer, d'une part, combien ses deux autopsies, et plus spécialement la première, étaient peu faites pour établir une localisation aussi délicate que celle de la faculté de parler, et d'autre part pour qu'on note la conclusion de Broca, qui n'est qu'une probabilité pour une localisation. Il nous a paru intéressant, et même indispensable, de comparer la modeste conclusion de Broca, avec le rôle qu'on lui a fait jouer. Pendant très longtemps, et ce temps dure encore pour beaucoup d'auteurs, Broca a passé pour avoir prouvé le premier, d'une façon catégorique, la localisation du langage articulé dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Cette idée de la précision de cette localisation s'est imprégnée dans nombre de cerveaux, et actuellement encore l'aphasie motrice de Broca est regardée comme un des points les mieux établis de la doctrine des localisations cérébrales.

Après avoir rendu à Broca ce qui appartenait à Broca, examinons où en est à notre époque la localisation de l'aphasie motrice corticale.

Aucun fait, écrit Mingazzini en 1895, n'autorise à localiser le siège des plus hautes fonctions psychiques dans tels ou tels districts déterminés de l'écorce. Il n'y a jusqu'ici qu'une seule exception à cet égard; elle a trait à la pars-opercularis de la troisième frontale. Cette région, les observations cliniques l'ont mis hors de doute, est le siège des représentations mnémoniques des images motrices du langage. La constance de son développement supérieur chez les orateurs éminents, son atrophie chez les sourds-muets, permettent d'affirmer que la disposition aux manifestations les plus élevées de la parole consiste réellement, dans un développement extraordinaire de ce pli du manteau du côté gauche.

M. et Mme Dejerine, dans leur *Anatomie des centres nerveux*, insistent sur les réserves qu'il faut faire dans les rapports qui peuvent exister entre le développement de la troisième frontale gauche et celui du talent oratoire : « Nous avons rencontré bien des fois, dans des autopsies quelconques, un remarquable développement du pied de la circonvolution de Broca, sans que pour cela l'individu qui en était porteur eût été pendant sa vie doué de facultés oratoires particulières. Ici, comme pour d'autres circonvolutions, ce n'est pas le volume de l'organe qui fait la fonction. »

Retzius estime aussi qu'on a fort exagéré le rapport existant entre le développement de cette circonvolution, considérée comme organe du langage, et le don oratoire; en quoi il est d'accord avec Eberstaller. On ne saurait d'ailleurs, dit-il, tirer de conclusions bien assurées de la forme extérieure et de la grandeur apparente d'une circonvolution à sa fonction.

Soury, auquel nous empruntons les deux avis précédents sur la manière d'envisager la localisation du langage, ajoute lui-même : Le lobe frontal considéré comme centre d'association demeure une sorte de terra incognita. Dans ce grand désert, une oasis : le centre de Broca.

Et pourtant quelle observation pourrait-on citer qui, avec des symptômes uniquement d'aphasie motrice corticale,

ait présenté comme lésion une destruction limitée au pied de la troisième frontale gauche. Sans doute, les auteurs en citent, et nous pourrions, en suivant leur exemple, reproduire leur liste, peut-être même la compléter. Mais, ou bien les observations citées sont incomplètes, et à un examen consciencieux on ne peut affirmer qu'il s'agisse d'aphasie motrice corticale; ou bien les lésions anatomiques ont été décrites au point de vue macroscopique et rien n'autorise à admettre l'intégrité de la corticalité de voisinage et des fibres blanches sous-jacentes. Les auteurs ont d'ailleurs eu de la difficulté pour expliquer cette localisation. On a admis que l'influence plus grande et à peu près exclusive de l'hémisphère gauche sur la production des mouvements de la parole, et par conséquent, sur les centres moteurs bulbaires des mots, tient à la prédominance de l'usage de la main droite, qui entraîne une plus grande activité fonctionnelle de l'hémisphère gauche. Dans les cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère droit, il s'agissait de gauchers. Les influences ontogéniques et l'éducation ont produit l'usage préféré de la main droite. On a donné aussi des raisons anatomiques : l'hémisphère gauche serait plus lourd, la carotide gauche plus large, le poids spécifique de la corticalité plus grand à gauche; enfin, il y aurait une plus grande complexité de circonvolutions dans la portion inférieure du lobe frontal gauche que dans le droit.

Bastian (1), frappé également du rôle exclusif qu'on a fait jouer à la troisième frontale gauche, aborde la question et fait remarquer que tous les mouvements impliqués dans la parole sont dés mouvements produits par des muscles placés symétriquement des deux côtés du corps; il y a donc juste autant de raisons pour que l'enregistrement des impressions kinesthésiques résultant des mouvements de la parole se fassent dans la troisième circonvolution frontale droite que dans la gauche. Pour Bastian, l'hémisphère droit recevrait une éducation partielle de ses centres verbaux, telle que, lorsque l'hémisphère gauche est atteint, le droit soit préparé pour le suppléer. Wyllie avait déjà placé dans l'hémisphère droit un « superflu d'éducation ».

Collins (2) pense également que notre attention a été trop attirée exclusivement sur la représentation unilatérale du centre du langage. Pour lui, il est possible que le côté droit du cerveau contienne des centres qui sont en association anatomique et physiologique directe au moyen des fibres du corps calleux. Les centres du côté droit du cerveau n'ont cependant pas une autonomie, et ne semblent pas avoir d'effet pour déterminer l'exécution des fonctions du langage.

Tout récemment Joffroy (1900) faisait remarquer, au cours d'une discussion à la Société de neurologie, que les lésions de la troisième frontale gauche sont loin de se traduire toujours par des troubles aphasiques proportionnels.

Brissaud précisait la localisation de l'aphémie aux deux cinquièmes postérieurs de la circonvolution de Broca sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. « Quelques autopsies, ajoute-t-il, auraient démontré l'absence de lésions de la troisième frontale gauche chez des sujets aphasiques. Bernard a fait justice de ces objections. D'abord, la détermination de la troisième frontale n'est pas toujours facile à ce point que personne ne s'y trompe. Il existe, en outre, telles dispositions compensatrices du manteau cortical qui peuvent faire avancer ou reculer le siège du centre de l'aphémie. La situation de ce centre cortical ne change pas relativement aux centres profonds; il ne change que relativement aux parties de l'écorce qui l'environnent. »

Il nous fautdonc, en présence de la divergence d'opinion des auteurs, rechercher parmi les observations d'aphasie motrice celles où la lésion a siégé du côté droit, afin de juger de leur importance et de voir si elles peuvent peser dans la balance lorsqu'il s'agit de déterminer la localisation de l'aphasie motrice non seulement au point de vue de son siège, mais encore au point de vue de ses limites.

Préobrajenski (1) cite le cas d'une malade droitière, atteinte d'hémiplégie gauche et d'aphasie motrice. A l'autopsie, il constata un ramollissement par embolie très étendu, occupant le corps strié, la frontale et la pariétale ascendantes, les extrémités du lobe frontal, l'insula de Reil et la première temporale de l'hémisphère droit; l'hémisphère gauche n'a présenté aucune altération.

Moltschanow (2) rapporte l'observation d'un homme de cinquante-six ans, aux habitudes alcooliques, qui fut frappé d'apoplexie, suivie de troubles de la parole et à l'examen duquel, deux ans après, l'auteur constata une aphasie amnésique notable avec surdité verbale et hémiplégie gauche totale. Pensant que cette combinaison de l'hémiplégie gauche et de l'aphasie tenait probablement à ce que le malade était gaucher, on questionna la femme du malade à plusieurs reprises pour savoir s'il se servait de préférence de sa main gauche; mais elle affirma qu'il était droitier. A l'autopsie on trouva deux foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit, l'un dans le segment postérieur de la première temporale, le deuxième dans la partie postérieure de la troisième frontale. On ne constata rien d'anormal dans l'hémisphère gauche. Moltschanow dit que ce cas parle indubitablement contre ce qu'on se plaît à appeler la loi de Broca, relativement au siège de la sphère du langage. Il croit en outre que d'autres auteurs ont probablement eu des cas semblables, car en jetant un coup d'œil sur la littérature de l'aphasie, il a remarqué qu'il est souvent impossible de déterminer dans les cas rapportés si le malade était gaucher ou droitier. Kovjenikoff fait remarquer, à propos de ce malade, que, chez les alcooliques, il y a souvent des altérations graves, telles que l'hémiplégie, par exemple, sans lésion anatomique correspondante dans l'encéphale. Dans le cas présent, l'absence de lésions, dans l'hémisphère gauche n'exclut pas sa participation dans l'origine de l'aphasie. Nous répondrons à Kovjenikoff que dans le cas de Moltschanow, si les troubles du langage ne traduisent pas une lésion apparente de l'hémisphère gauche, c'est qu'ils sont dus aux lésions constatées dans l'hémisphère droit, à moins d'admettre dans l'hémisphère gauche des lésions microscopiques, que des coupes sériées eussent seules pu faire apercevoir. En l'absence de ces coupes, nous nous contenterons de regarder cette observation comme peu favorable à la localisation étroite de l'aphasie dans le centre de Broca gauche.

Ce ne sont d'ailleurs pas les seules observations renfermées dans la littérature, susceptibles d'être invoquées pour

(1) Bastian. *A treatise on aphasia and other speech defects*, London 1898.

(2) Collins. Loc. cit.

(1) Préobrajenski. Un cas d'hémiplégie cérébrale gauche avec aphasie et atrophie musculaire, *Mémoires méd.*, Moscou 1895, n° 2.

(2) Moltschanow. La localisation de la parole, Soc. de neurol. et de psychiat. de Moscou, 19 mars 1893.

montrer que la troisième frontale gauche n'est pas une localisation de l'aphasie motrice définitivement établie et sur laquelle on ne saurait revenir.

En 1896, Giulio Levi (1) présentait à la clinique de San-Salvi, une dame de quarante-deux ans qui depuis un an souffrait de céphalée avec tendance aux vomissements. Son intelligence, en particulier sa mémoire, était affaiblie; elle présentait une parésie du facial inférieur droit et du bras du même côté, avec exagération du réflexe patellaire droit. Elle était devenue plus violente, méchante sans retenue, alors qu'antérieurement elle était affectueuse, active et intelligente. Si elle avait quelque chose à faire, elle l'oubliait d'un instant à l'autre. Elle avait de l'incertitude de la marche, perdait l'équilibre à chaque moment, et avait besoin d'être accompagnée. Elle eut aussi des crises épileptiformes à début brusque, avec secousses musculaires généralisées. La crise durait trois à six minutes; il y avait amnésie consécutive. Au début, elle avait trois ou quatre crises par jour, puis elles s'espacèrent de plus en plus. Elle était en proie à des idées délirantes avec tendance au suicide. Un soir, elle sortit de son lit en chemise et courut dans la rue, en criant qu'elle voulait se jeter à l'eau. C'est ainsi qu'elle fut amenée à la clinique de San-Salvi. Là, on constata un état de stupeur; la malade était apathique, amnésique. Elle se plaignait de céphalalgie et était gâteuse. Les pupilles étaient égales, légèrement mydriatiques, réagissant lentement à la lumière. *La parole ne présentait aucun trouble*, sauf un léger degré de lenteur. Parésie du facial inférieur droit et du bras avec léger degré de contracture. Motilité des membres inférieurs intacte. Pas de troubles de la sensibilité. On ne peut arriver à fixer l'attention de la malade. Pendant les deux mois qu'elle vécut encore, l'état de stupeur persista, mais on ne nota aucun trouble de la parole, sauf la lenteur. Après avoir eu des escares et de la fièvre, la malade succomba. A l'autopsie, Levi trouva dans l'hémisphère cérébral gauche, au niveau de la moitié inférieure de la deuxième frontale, de la circonvolution de Broca et de la partie antérieure du segment inférieur de la frontale ascendante, un sarcome adhérent à la dure-mère et à contours nettement limités. La tumeur, par son extrémité antérieure, envahissait la pointe du lobe frontal, et avait détruit la substance grise au niveau indiqué, empiétant sur la substance blanche sous-jacente. La famille de la malade, interrogée à plusieurs reprises, affirma que la malade n'était pas gauchère.

Si la *troisième frontale gauche* peut, chez une droitière, comme la malade de Levi, être *entièrement détruite* en l'espace d'un an, et que la parole puisse n'être gênée que dans la vitesse de son émission, c'est que la troisième frontale droite peut arriver à suppléer son homologue du côté opposé bien rapidement, ou bien alors que le centre du langage articulé ne coïncide pas uniquement avec la troisième frontale gauche.

Dans le *Brain* de 1899, nous trouvons un certain nombre d'observations de Byrom Bramwell qui, bien que trop brèves au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, ne semblent pas plaider en faveur de la localisation admise généralement pour l'aphasie motrice. C'est ainsi que, dans son deuxième cas, il y avait aphasie motrice nette et la lésion consistait en un gliome kystique du lobe frontal gauche, comprenant la partie moyenne de la première circonvolution frontale et la substance blanche sous-jacente. Dans son neuvième cas, il trouva un large gliome kystique de l'hémisphère gauche, ayant amené une complète destruction de la plus grande partie de la frontale et de la pariétale ascendantes, ainsi que de la substance blanche sous-jacente, de l'extrémité postérieure de la troisième frontale gauche et de la plus grande partie de la substance blanche du lobe frontal gauche. Bramwell insiste sur ce fait qu'il n'y avait aucun trouble de la parole, si ce n'est une faiblesse d'articulation. Le malade était droitier. Le centre de la parole articulée ou la substance blanche sous-jacente peuvent donc être détruits entièrement par une tumeur, sans qu'il y ait aphasie motrice.

Il y a aussi dans la *Lancet* de 1899 une observation fort intéressante pour notre sujet. Elle est relative à une femme de vingt-trois ans, droitière qui, sans antécédents personnels, tomba brusquement en mai 1896 pendant une promenade avec sa sœur et perdit connaissance pendant quelques minutes. Elle n'avait eu aucun avertissement de l'attaque. La face était pâle, mais sans convulsions; pas de morsure de la langue, ni d'émission d'urine. Dans la soirée, elle eut des attaques semblables, mais dans la deuxième, il y eut du trismus, de légères convulsions et de l'écume à la bouche. Depuis, les attaques ont cessé, mais fréquemment la malade était prise subitement de vertige, de pâleur et de défaillance. Aucun trouble de la parole après ces crises. Pendant dix-huit mois, elle fut traitée à la consultation, et les vertiges devinrent plus rares. En octobre 1898, elle était plus triste et accusait de la céphalée. Le 8 novembre sa sœur remarqua qu'elle murmurait certains mots entre les dents et qu'il lui arrivait de confondre des mots. Le trouble de la parole ne fut constaté que pendant une demi-heure et, depuis, jamais on ne l'a vu reparaître. Son état de tristesse augmenta et elle devint sujette à la somnolence. Elle entra dans un état semi-comateux dans le service du docteur Bastian. Excitée, elle répondait : « Oh! dear! » en soupirant : elle exécutait des ordres simples, et répondait à des questions faciles, si on les lui répétait plusieurs fois. Pendant l'examen, elle dit spontanément : « *Pourquoi ne pouvez-vous pas me laisser seule? Laissez-moi dormir, je vais très bien.* » Il n'y avait pas de cécité verbale; elle pouvait écrire son nom, mais il fallait pour cela l'exhorter continuellement. Pas d'hémianopsie. Les papilles présentaient une névrite optique récente. Il y avait une paralysie complète de la sixième paire droite et une paralysie incomplète de la sixième paire gauche. Parésie légère du facial inférieur gauche. Motilité et sensibilité du tronc et des membres normales. Réflexes normaux. Sept jours après son entrée, la malade succomba sans avoir présenté d'autres signes physiques. A l'autopsie, méningite récente et légère au niveau de l'extrémité postérieure des deuxième et troisième frontales gauches, et sur la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche. L'écorce de l'extrémité postérieure de la troisième frontale, y compris la portion située entre les parties ascendante et postérieure de la scissure de Sylvius et la partie contiguë du lobe temporo-sphénoïdal gauche, présentait un aspect grisâtre et une consistance élastique et rénitente au toucher, qui faisaient penser à l'existence d'un gliome à ce niveau. Le cerveau durci dans le formol, on y fit deux coupes horizontales, l'une au niveau du corps calleux, et l'autre à la hauteur du bord supérieur de la commissure antérieure. On trouva une *tumeur* englobant le bord inférieur de la deuxième frontale gauche dans sa portion moyenne, *toute la partie pos-*

(1) G. Levi. Lesione del centro di Broca senza afasia in donna non mancina, *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1897, p. 72-75.

térieure de la troisième frontale gauche, la partie postérieure du lobe orbitaire et une petite étendue de la circonvolution antérieure de l'insula de Reil. Elle croisait la branche postérieure de la scissure de Sylvius, à environ 1 centimètre de son origine, et intéressait la partie antérieure de la première temporo-sphénoïdale. La frontale ascendante était indemne. La troisième frontale droite et tout l'hémisphère droit étaient normaux.

Collier, l'auteur de cette observation, ajoute que le fait d'être droitier n'implique pas nécessairement une activité plus grande de la troisième frontale gauche pour la production du langage articulé. Il ne croit pas que la fonction glosso-kinesthésique se soit développée dans la troisième frontale droite *pari pasu* avec la troisième frontale gauche, par suite de la présence d'un néoplasme lentement progressif, sans qu'il y ait eu aucun trouble de la parole à aucune époque. Le fait d'être droitier peut dans des cas rares s'associer avec des centres de conduction de la parole dans l'hémisphère droit. C'est ce qui arriva pour la malade de Barlow citée par Bastian, chez laquelle, après une attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie, la faculté de la parole revint au bout de dix jours; la guérison eut lieu au bout d'un mois; une deuxième attaque trois mois après, avec monoplégie brachio-faciale gauche la priva entièrement de la parole. Des lésions symétriques de l'étendue d'un schilling existaient sur chaque hémisphère à l'extrémité postérieure de la troisième frontale.

Chez la malade de Collier, la tumeur qui mesurait 3^cm^7 dans le sens frontal, était bien corticale et sous-corticale, et son siège au niveau de la troisième frontale gauche est évidemment difficile à concilier avec l'absence d'aphasie motrice constatée pendant la vie. Fasola, Predieri, Bastian et d'autres acceptent l'idée que les organes centraux du langage articulé et des fonctions annexes sont doubles et symétriques, tout en admettant que le centre de gauche possède une importance prépondérante. Le cas de Collier réfute donc une fois de plus la théorie qui place l'aphasie motrice exclusivement dans la circonvolution de Broca gauche. Reste la question de suppléance de l'hémisphère gauche par l'hémisphère droit; si elle est possible, elle doit être rare et en tous cas elle n'est pas prouvée. Ce que nous savons actuellement de la physiologie des centres nerveux n'est certes pas en faveur de cette hypothèse.

Déjà, en 1866, Gairdner avait rapporté l'histoire d'un jeune homme de vingt-six ans, qui, à la suite d'une attaque avec perte de connaissance incomplète, put dire les jours suivants : « Maman, non, non, » et au bout de quelques mois fut incapable de prendre part à une conversation ou de prononcer le moindre mot de façon à être compris. On observa seulement qu'il n'existait pas chez lui de disposition à se servir de mots ou de phrases inexactes et sans signification, mais uniquement l'impossibilité d'émettre la plus simple phrase ou le moindre mot, sauf dans des limites extrêmement étroites. Il devint plus tard assez habile pour prendre part à la conversation à sa manière; cela consistait à intercaler de temps en temps une phrase purement conventionnelle, composée de quelques mots seulement et accompagnée de quelques gestes et de quelques signes plus ou moins en rapport avec ce que l'on disait autour de lui. Il pouvait se servir sans difficulté de sa main droite pour écrire. L'écriture spontanée était impossible, la copie était conservée. Deux mois après la première attaque, convulsions, état comateux et mort. Gairdner fit l'examen microscopique du cerveau, substance grise et blanche, dans environ douze points différents. Il ne constata aucune trace de ramollissement, de tumeur, ni de toute autre lésion, si ce n'est une congestion générale et diffuse des vaisseaux de la pie-mère. Nous n'avons cité cette observation de Gairdner que pour faire remarquer que, déjà cinq ans après la communication de Broca, on avait observé des cas de troubles de la parole où la troisième frontale gauche ne paraissait pas intervenir. Bien entendu, nous tenons compte que cet examen clinique et anatomique a été fait à une époque où l'étude de l'aphasie motrice était à ses débuts, et nous la citons, non comme un argument péremptoire contre la localisation de l'aphasie motrice, mais plutôt comme une curiosité intéressante.

Dans le livre de Charcot et Pitres (1), nous trouvons une série d'observations qui, évidemment, ne paraissent pas faites pour appuyer le siège du langage articulé uniquement dans la troisième frontale gauche.

Byrom Bramwell a publié un « cas remarquable d'aphasie », ainsi qu'il intitula son article dans le *Brain* de 1898. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans qui présentait de l'incapacité de nommer les personnes et les objets. Il était aussi fortement agraphique et paragraphique; il avait en outre un léger degré de cécité verbale et une certaine difficulté pour la lecture à haute voix, qui tenait peut-être à un trouble moteur. En dehors de cette impossibilité de nommer les personnes et les objets, il n'avait pas d'aphasie motrice vocale. Pas de surdité verbale. Le malade était droitier et l'avait toujours été : toute sa famille était également droitière. Pas de paralysie ni à la face, ni à la langue, ni au bras, ni à la jambe. Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité, pas d'hémianopsie. A l'autopsie : ramollissement de la circonvolution de Broca, de l'extrémité antérieure de l'insula de Reil et de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante ainsi que la portion orbitaire de la troisième frontale gauche. La lésion s'arrête à la substance blanche de l'insula.

Cette observation suggéra à Bramwell les remarques suivantes : « On peut naturellement prétendre que le centre de la parole parlée n'est pas nécessairement limité à l'extrémité de la troisième frontale gauche ou aux parties adjacentes à la troisième frontale gauche (car dans ce cas, le ramollissement comprenait non seulement le pied, mais aussi le cap et la partie orbitaire de la troisième frontale gauche), mais qu'il peut, dans des cas exceptionnels, comme celui-ci, être situé dans les parties contiguës de l'hémisphère gauche (l'extrémité inférieure de la frontale ascendante gauche, etc.). En d'autres termes, la conception moderne, qui fait de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante gauche un centre ordinaire psycho-moteur pour le facial inférieur, la langue, le larynx, etc., et non une partie du centre de la parole articulée, est erronée. » Bramwell conclut dans son cas à la suppléance de l'hémisphère gauche par le droit. Sans vouloir revenir encore une fois sur ce qu'il y a d'hypothétique dans cette suppléance, nous insisterons sur la possibilité de la disparition de la troisième frontale gauche, n'entraînant à sa suite que l'in-

(1) Charcot et Pitres. *Étude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme.* — Dans les observations de Wannebroucq, Kelsch, Tripier, Petrina, Binswanger, Raymond, Ferrier, Estorc, Bouchut, Comby, on verra que l'aphasie avait existé sans la lésion de la troisième frontale gauche.

capacité de dénommer les personnes et les choses. Voilà un centre de la parole bien élastique, puisque sa destruction entraîne tantôt l'abolition de la parole, tantôt supprime seulement les noms des personnes et des objets. Certains auteurs ne s'étaient pas laissé arrêter par cette discordance dans les faits observés. Ils avaient créé un centre de dénomination. Il n'en reste pas moins que le cas de Byrom Bramwell donne à réfléchir à ceux qui, sans parti pris, cherchent à l'interpréter. Peut-être une certaine faiblesse de la mémoire et un léger degré de difficulté dans l'évocation des associations d'images verbales chez un aphasique moteur amélioré, malgré son âge, permettrait-il une confrontation plus rationnelle du fait clinique avec la lésion anatomique correspondante.

Dans la *Revue médicale de l'Est* de 1898, nous trouvons encore une observation fort intéressante de notre oncle Bernheim (de Nancy). Une femme fut frappée d'hémiplégie droite, avec aphasie motrice totale, cécité et surdité psychiques. Peu à peu les symptômes de l'aphasie sensorielle se dissipèrent, ceux de l'aphasie motrice persistèrent, ainsi que ceux résultant de la sclérose du faisceau pyramidal. Un an après, nouvelle attaque avec troubles moteurs dans la moitié gauche du corps. La malade succomba dans le coma quinze jours plus tard. A l'autopsie, outre les lésions ayant déterminé des troubles moteurs, on nota une intégrité absolue de la circonvolution de Broca, intégrité macroscopique et histologique. Le pied de la troisième frontale ne serait pas un centre, mais un lieu de passage de fibres transmettant la parole interne cérébrale à la parole articulée bulbaire. L'articulation des mots se ferait par les noyaux bulbaires ayant acquis une éducation fonctionnelle spéciale; l'articulation des mots est indépendante du cerveau, comme les autres actes moteurs complexes coordonnés par l'habitude (la marche, la musique, l'écriture, la préhension, etc.).

L'observation de notre oncle est évidemment peu propice à la localisation de l'aphasie motrice, uniquement au niveau du pied de la troisième gauche, ainsi qu'à la suppléance par la troisième frontale droite.

Pour nous aussi, la troisième frontale gauche serait un lieu de passage des impressions et des excitations psychiques qui vont agir sur les centres moteurs phonateurs, chargés de réaliser la parole. Plus d'excitation, plus de réponse : si les centres moteurs phonateurs ne reçoivent plus leurs incitations habituelles, incitations toutes psychiques, émanant de toute la corticalité cérébrale, mais probablement surtout de la région frontale, ils n'ont plus rien à traduire au dehors, ils cessent de se manifester extérieurement : quant au degré d'aphasie motrice constaté cliniquement, il est essentiellement fonction des associations d'images verbales, qui exigent l'intégrité de la plus grande partie de la corticalité cérébrale, pour agir synergiquement sur les centres moteurs phonateurs.

Après avoir passé rapidement en revue les observations qui paraissent s'opposer à une localisation trop étroite de l'aphasie motrice uniquement au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, devons-nous conserver sans restrictions cette localisation?

Tout d'abord, nous ne pensons pas qu'on puisse nous objecter que nous n'avons tenu compte que des exceptions à la loi admise, et que le nombre des observations où l'aphasie motrice a coïncidé avec une lésion de la troisième frontale gauche est beaucoup plus élevé que celui que nous avons pu rassembler pour essayer de mettre en doute une vérité acceptée par tant d'auteurs. Certes, ces observations sont nombreuses, mais comme nous l'avons déjà dit, laquelle pourrait-on citer pour appuyer d'une façon péremptoire la doctrine de la localisation de l'aphasie motrice de Broca? Si nous avons insisté sur les observations contraires à cette hypothèse, c'est précisément pour montrer que l'aphasie motrice n'a pas été étudiée jusqu'ici, avec des données anatomiques complètes, permettant une localisation exacte et une topographie précise des lésions. Il faut donc, tant que cette étude n'aura pas été faite, *rester en garde contre une localisation trop étroite*. Nous ne voulons nullement nier le rôle de la troisième frontale gauche comme centre du langage articulé : nous cherchons à savoir si l'aphasie motrice est fonction d'un centre et surtout si ce centre ne s'étend pas tout autour de la troisième frontale gauche dans une étendue qu'il nous est encore impossible de soupçonner. C'est à la lumière de malades étudiés cliniquement et avec des autopsies suivies de coupes microscopiques sériées qu'il faudra étudier l'aphasie motrice : désormais on ne pourra accepter comme valables que les observations, où les détails cliniques seront suffisants pour affirmer qu'il s'agit bien d'une aphasie motrice, corticale ou sous-corticale, et où la lecture des coupes microscopiques sériées aura permis de se rendre compte exactement de l'état de la corticalité et des fibres blanches sous-jacentes, aussi bien dans tout le reste de l'hémisphère, qu'au niveau de la lésion principale. Peut-être alors le domaine de l'aphasie motrice, cantonné jusqu'ici au pied de la troisième frontale gauche, comprendra-t-il aussi la base de la deuxième frontale et l'insula, surtout au niveau du sillon marginal antérieur. C'est du moins ce que nous présumons d'après les cinq autopsies en coupes sériées que nous avons examinées. Peut-être le rôle des fibres blanches sous-jacentes aux circonvolutions précédentes, et celui du corps calleux et de l'hémisphère droit seront-ils moins obscurs pour nous, et la question de la suppléance d'un hémisphère par celui du côté opposé reposera-t-elle sur des bases plus solides! Lorsqu'on étudie par la méthode des coupes sériées ces pièces d'aphasie motrice, surtout celles où les désordres anatomiques paraissent circonscrits, on constate combien les lésions véritablement localisées sont rares.

Nous croyons donc que l'introduction d'une méthode précise et rigoureuse s'impose actuellement dans l'étude de l'aphasie motrice, si l'on veut donner une bonne orientation à ce sujet et substituer définitivement des faits aux théories.

ECTASIE DE L'APPENDICE

Par MM R. Meslay, ancien interne des hôpitaux,
et V. Pauchet (d'Amiens).

Dans leur mémoire sur les appendicites, MM. Letulle et Weinberg (1) distinguent dans la classe des lésions atrophiques trois grandes variétés : les ulcérations, les altérations et les ectasies. Celles-ci peuvent d'ailleurs se présenter sous deux formes différentes suivant que l'ectasie est partielle, circonscrite ou, au contraire, étendue à la totalité de l'organe.

Dans les deux cas, le processus anatomique est toujours identique, car il s'agit d'atrophie manifeste des parois à laquelle praticipent toutes les couches de l'organe : la muqueuse reste bien tapissée de son épithélium cylindrique normal, mais son chorion devient fibroïde; les glandes en

(1) Letulle et Weinberg. Appendicites. Recherches histo-pathologiques, *Arch. des sc. méd.*, 1897.

tubes se raccourcissent; les follicules clos sont comme comprimés entre la muscularis mucosæ et la couche musculaire interne. La sous-muqueuse perd la presque totalité de ses îlots adipeux; les vaisseaux se montrent plus rares au milieu du tissu de sclérose et plus en dehors les deux musculeuses ont leurs faisceaux plus serrés, comme atrophiés. Enfin une bande fibroïde marque la place de la sous-séreuse et du péritoine.

Si la dilatation frappe toute la longueur de l'appendice, il existe une grande cavité béante remplie de détritus divers: corps étrangers, microbes, champignons, même des matières fécales. S'il s'agit d'ectasie partielle, on observe soit une cavité ovoïde ou arrondie, bien dans l'axe de l'appendice, communiquant par deux orifices étroits avec lui en haut et en bas, soit une poche excentrique, plus ou moins latérale, suivant la façon dont a cédé la paroi chroniquement atrophiée. Les dimensions de ces cavités kystiques restent toujours assez restreintes: 10 à 15 millimètres en longueur sur 5 à 12 millimètres de largeur. Quant au contenu, il est constitué par du mucus ou du muco-pus, des calculs stercoraux mous ou durs et des bactéries se rapprochant toujours du coli-bacille.

Il nous a été donné d'observer dernièrement une dilatation de la première variété, c'est-à-dire générale de l'appendice. La pièce est constituée dans ce cas par un sac peu épais surtout en son centre, poche dure, fibreuse à paroi externe assez lisse, sauf les traces d'adhérences rompues. La surface interne est bien unie par places, mais, en d'autres points, elle est encroûtée, surtout au niveau de la partie moyenne, de sels calcaires qui forment des plaques cassantes comme celles qu'on observe sur les vieilles ectasies aortiques athéromateuses. Elle mesure 10 centimètres dans son grand axe et 6 suivant le petit diamètre. A l'intérieur, bourrant la cavité, se trouve une masse gélatineuse colloïde, opalescente, diffluente, semblable à une gélatine très molle. L'examen histo-chimique de ce contenu a révélé la présence de cholestérine, de mucine en presque totalité, d'acides gras, de cellules épithéliales sans caractère; la masse pèse exactement 390 grammes.

Le tout a été enlevé à l'Hôtel-Dieu d'Amiens par Pauchet, chez une femme de soixante-trois ans qui, de temps à autre, dans sa jeunesse, avait ressenti quelques douleurs vagues dans le ventre. Depuis cette époque, le passé pathologique reste muet et treize jours seulement avant l'entrée à l'hôpital la femme a éprouvé quelques douleurs dans la fosse iliaque droite qui ont fait porter le diagnostic probable d'appendicite. Deux jours avant l'opération, en outre des douleurs abdominales, sont survenus des vomissements bilieux avec une température de 37°8 et un pouls à 100. On sent une masse dans la fosse iliaque droite; sous le chloroforme, on la perçoit plus nette, limitée, arrondie, et on se demande s'il ne s'agit point d'un kyste ovarique à pédicule tordu. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales se présentent vascularisées, couvertes de couennes péritonitiques. Au-dessous, la tumeur se montre ovalaire, reliée à la base du cæcum par un pédicule franchement tordu; après avoir libéré les adhérences, on lie la base du pédicule et on l'engloutit sous une suture séro-séreuse; la guérison est complète en quinze jours.

L'examen histologique de la pièce, fait en plusieurs points (1), confirme bien la règle générale d'atrophie des parois, car au niveau de la partie moyenne de la poche on ne trouve plus trace de muqueuse ni de sous-muqueuse; toute la paroi est constituée par une bande de sclérose fibreuse, absolument colorée en rose par l'éosine, sans aucune cellule. On ne distingue point non plus de couche musculaire; au niveau du plan sous-péritonéal s'étalent de nombreux noyaux inflammatoires.

Plus bas, la sous-muqueuse se retrouve avec les deux plans de fibres musculaires, le tout sclérosé, étouffé par la fibrose.

Cette ectasie est donc intéressante en ce qu'elle confirme la règle générale d'atrophie sclérosante; il s'agit là d'un processus inflammatoire chronique très ancien qui, au point de vue clinique, a permis à l'affection d'évoluer à bas bruit jusqu'à la phase des accidents qui ont nécessité l'intervention. La tumeur a eu la marche insidieuse d'un kyste ovarique, à tel point qu'on a pensé un instant à cette lésion annexielle; c'est pendant l'opération seulement que le diagnostic a pu être précisé. A ce moment, ce qui frappe, c'est la présence de cette masse gélatineuse, mucoïde, semi-liquide; il y a là un fait très intéressant dont l'examen histologique de la portion de la poche adhérant au pédicule et du pédicule lui-même, nous a donné l'explication. A ce niveau, il n'existe pas seulement de la sclérose, mais la muqueuse, absente partout ailleurs, présente là une production adénomateuse à tendance envahissante, qui rappelle bien les dégénérescences cancéreuses des scléroses appendiculaires. Sous le microscope, la lumière rétrécie de la cavité se montre occupée par des détritus muqueux, des cellules épithéliales desquamées et en dehors s'étalent des culs-de-sac épithéliaux dilatés, disposés très irrégulièrement, remplis de mucus et tapissés par des cellules cylindriques muqueuses. La limite externe de ces culs-de-sac n'est pas nette; en dehors, on aperçoit par places des bandes de cellules musculaires lisses, épaissies (muscularis mucosæ hypertrophiée), mais celle-ci est dissociée par des tractus fibreux, et cette bande de sclérose dense remplace la sous-muqueuse normale. Dans ces tissus pénètrent les culs-de-sac épithéliaux irréguliers et ceux-ci, dans leur marche envahissante, arrivent jusqu'au contact de la véritable couche musculaire de l'intestin et même l'encochent par places, quelquefois même très profondément, sans jamais la dépasser. Il y a là cancer épithélial infectant, en pleine sclérose; c'est une observation de plus à joindre à celles déjà publiées; il est probable que les exemples en resteront toujours assez rares, car dans leur mémoire, MM. Letulle et Weinberg n'en fournissent que deux cas. Cette cancérisation secondaire des zones cicatricielles peut d'ailleurs être plus ou moins envahissante; sur nos préparations nous ne l'avons pas vue dépasser la zone moyenne des plans musculeux lisses; mais elle peut gagner jusque sous le péritoine en formant, parmi les différentes couches de l'organe, des colonies épithéliomateuses tubulées, kystiformes même. Dans notre cas, l'épithélioma reste localisé au niveau du pédicule, mais sa présence permet de comprendre l'énorme quantité de mucine retrouvée à l'intérieur de la poche; l'accumulation de cette mucine a peut-être été favorisée par la toxine du pédicule qui a encore entraîné l'inflammation de la poche ectasiée et la réaction péritonéale de voisinage.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(10 JUILLET 1901)

Encore un cas de mort non par la **rachicocaïnisation** mais bien par la rachieucaïnisation. C'est M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) qui l'adresse à la Société. Une femme de trente et un ans est amenée dans son service avec une hernie crurale étranglée : le pouls est très petit, la malade très faible ; on n'ose pas recourir au chloroforme, on injecte dans le canal rachidien 5 centigrammes d'une solution d'eucaïne. La malade est prise aussitôt d'accidents graves, faiblesse, pâleur, lypothymies ; à force d'injections d'éther, de caféine, de respiration artificielle, on la fait revenir à elle après trois quarts d'heure. Mais quelques heures après, elle s'affaiblit de nouveau, tombe dans le coma malgré les soins les plus énergiques et meurt à deux heures du matin. Pas de commentaires.

Nous revenons au **tétanos**. M. Reynier apporte deux nouveaux cas de tétanos dans lesquels il est bien difficile de trouver la porte d'entrée du microbe de Nicolaier. La virulence de ce microbe est telle que même dans les services où sont prises les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, on voit de temps à autre survenir un ou deux cas de tétanos. M. Platon (de Marseille) vient encore de fournir un nouvel exemple et l'on ne sait, dans ces cas, quelle cause invoquer. Le catgut, un instant soupçonné, ne saurait être le coupable. M. Reynier se demande si le malade lui-même ne serait pas le vecteur de son propre tétanos. Le malade dont il a rapporté l'observation était un jardinier. Peut-être avait-il préalablement des microbes de Nicolaïer dans la bouche. Cette opinion est parfaitement admissible et elle semble partagée par un certain nombre de membres.

M. Reynier revient sur la valeur du sérum au point de vue préventif. On se rappelle le cas qu'il a cité, qui avait trait à un homme qui a reçu préventivement une injection de sérum antitétanique et qui n'en a pas moins été atteint de tétanos. M. Peyrot a également observé un cas de tétanos mortel sur un malade qui avait reçu une injection préventive.

M. Reynier ne partage donc pas entièrement l'opinion de M. Bazy sur l'action préventive du sérum antitétanique.

M. Reynier semble encore moins certain de l'action curative du sérum antitétanique. Celui de ses malades qui a guéri avait bien reçu des injections de ce sérum, mais il avait aussi absorbé des doses énormes de chloral et c'est beaucoup plus au chloral qu'au sérum que M. Reynier tend à attribuer la guérison. Il termine donc sa communication en donnant le conseil de ne pas abandonner le vieux traitement de Verneuil et de pousser les doses de chloral jusqu'à 20 et 22 grammes par jour, ainsi que l'a conseillé M. Lancereaux.

M. Bazy rappelle que ce n'est pas lui mais bien les expérimentateurs et les vétérinaires qui ont vanté l'emploi du sérum préventif. Il pense qu'il est plus prudent de pratiquer ces injections.

C'est aussi l'avis de M. Schwartz qui n'a plus eu un seul cas de tétanos à Cochin, depuis qu'il a recours à ces injections préventives.

Au cours de cette petite discussion, on a dit que le tétanos était fonction de suppuration, M. Delorme s'élève contre cette opinion et cite l'exemple d'un cas de tétanos survenu après une cure radicale de hernie réunie par première intention. M. Routier cite des faits analogues.

Tout en se montrant très réservés sur l'action préventive du sérum antitétanique, la plupart des chirurgiens, MM. Michaux, Berger, etc., sont d'avis qu'il faut y recourir.

M. Delbet, à propos de la communication faite récemment par M. Ricard (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 733), revient sur **ces tumeurs extrêmement bénignes par leur structure, mais d'une malignité clinique excessive**. On doit rencontrer ces tumeurs dans d'autres régions que celle où les a observées M. Ricard, et M. Delbet pense que c'est à une production analogue qu'il a eu affaire dans le cas suivant : Il s'agit d'une femme à laquelle M. Delbet a fait l'hystérectomie abdominale pour un fibrome utérin. Peu de temps après M. Delbet étant absent, M. Mauclaire observe chez cette femme des accidents qu'il attribue à une poussée d'épiploïte. Elle partit à la campagne, les accidents continuèrent ; on fit une ponction qui n'amena rien ; de retour à Paris, M. Delbet constata la présence d'une tumeur volumineuse dure, à contours diffus, offrant tous les caractères des tumeurs de la paroi abdominale. M. Delbet pense à un sarcome ou à un fibrome de la paroi. Il opère de nouveau cette malade le 12 avril ; il trouve des adhérences et est obligé de recourir au morcellement ; il arrive dans une cavité au fond de laquelle il trouve un point noir qui n'était autre qu'un calcul biliaire. Cette tumeur n'était donc qu'une réaction inflammatoire développée autour d'une cholécystite. Dès lors, M. Delbet renonce à l'exérèse, se contente de drainer, et cette malade guérit fort bien.

Il existe une discordance absolue entre la structure de ces tumeurs et leur évolution. Ce ne sont pas de vrais néoplasmes, mais ces tumeurs s'infiltrent dans les muscles, pénètrent dans les vaisseaux et arrivent à exercer des compressions dangereuses sur les organes voisins.

Il semble donc à M. Delbet que dans les faits de M. Ricard il s'agit de produits inflammatoires développés autour d'une thyroïdite chronique, M. Delbet propose pour ces tumeurs le nom de fibromatose inflammatoire.

Certains auteurs, Taillefer entre autres, proposent, dans ces cas, de faire la trachéotomie ou la gastrostomie selon que c'est la trachée ou l'œsophage qui sont comprimés.

M. Ricard propose l'opération précoce. M. Delbet ne partage pas cet avis sous prétexte que ces tumeurs peuvent disparaître spontanément comme cela a eu lieu dans le cas de M. Walter. Enfin, si on est appelé tardivement, on pourra se contenter, dit M. Delbet, d'enlever le foyer thyroïdien central, car dans ces cas une résection partielle peut suffire pour amener la guérison.

Telle est, très résumée, l'argumentation de M. Delbet. Y a-t-il réellement une relation entre les tumeurs thyroïdiennes observées par M. Ricard et la tumeur abdominale observée par M. Delbet ? La conduite chirurgicale à tenir en présence de ces tumeurs, tout au moins des tumeurs thyroïdiennes, est-elle bien celle que propose M. Delbet ? Ce sont là autant de questions qui méritent d'être étudiées et d'être mises en discussion. Nous aurons donc certainement l'occasion d'y revenir.

Du reste, M. Michaux a déjà pris les devants en faisant observer que les faits analogues à celui de M. Delbet n'étaient pas absolument rares et qu'il lui paraît avoir été un peu loin en rapprochant ces faits de ceux de M. Ricard.

M. Walter donne quelques détails sur le cas de guérison spontanée qu'il a observé.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) lit quelques considérations sur l'**étiologie de la grossesse ectopique.** La cause première de cette anomalie est une dégénérescence héréditaire ou acquise. D'ailleurs, suivant M. Larger, *toutes* les anomalies obstétricales reconnaîtraient cette même cause et seraient des stigmates physiques de la dégénérescence, soumis par conséquent aux lois de l'hérédité; hérédité homologue ou hérédité par transformation, au même titre que le pied bot, le bec de lièvre, etc.

C'est ainsi que dans les 27 observations que l'auteur a recueillies on trouve 9 fois la gémellité dans les antécédents. Souvent l'avortement — tare héréditaire par excellence, dit M. Larger — a été observé également avant la grossesse ectopique.

M. Schwartz présente une femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a eu des coliques hépatiques avec ictère, crises subintrantes, etc. M. Schwartz fit la **cholédocotomie**; il trouva des adhérences et eut de grandes difficultés à extraire un gros calcul du canal cholédoque, drainage, guérison. M. Schwartz présente également un jeune homme qui, à la suite d'un coup de canif dans la jambe, eut un **anévrysme artérioso-veineux** dont M. Schwartz fit l'ablation totale.

M. Reynier présente deux lapins auxquels il a injecté, sous la peau, 8 à 10 centigrammes de **cocaïne**, pour montrer l'action de la cocaïne sur les centres excito-moteurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Landouzy, professeur de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale, commencé le 1er juillet, s'est terminé par la nomination de M. Soubeiran.

Écoles de médecine. — *Clermont.* — Un concours s'ouvrira le 20 janvier 1902 devant la Faculté de médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade d'officier : MM. les médecins principaux de première classe Baudet, directeur du service de santé du 8e corps, et Jourdan, médecin en chef de l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

M. le médecin-major de première classe Bailby.

M. le médecin en chef de première classe Dhoste, de l'armée coloniale.

M. le médecin principal de deuxième classe territorial Massie.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de première classe de la marine Bellard, Berriat, Sadoul, Bonnescuelle de Lespinois, Martenot et Brochet.

M. le médecin de première classe de réserve Ourse.

Guerre. — Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins civils dont les noms suivent, pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis un certain nombre d'années, aux militaires de la gendarmerie.

Médailles de vermeil (vingt-cinq ans au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Aucopt (de Doyet), Barrier (de la Voulte-sur-Rhône), Biau (de Cancon), Bonnet (de Lignières), Bordo (de Chéragas), Bouillon-Lagrange (de Saint-Chéron), Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve), Bourdon (de Méru), Bourgeois (de Jarnac), Bourguet (de Graissessac), Cailleteau (de Saint-Philbert-de-Granlieu), Carret (de Hautmont), Cazaux (de Langoiran), Chabenat (de La Châtre), Chalmet (de Landerneau), Chapin (d'Allonnes), Chapot (de Saint-Anthême), Chapuis (de Boufarik), Chassagne (de Bélabre), Coillot (de Montbozon), Cottigny (de Haubourdin), Couyba (de Sainte-Livrade), Daffas (de Salviac), Delaunay (de Rosny-sous-Bois), Diard (de Rambouillet), Dubrac (de Magnac-Laval), Durand (d'Arcueil), Durand (du Verdon), Duvernoy (d'Audincourt), Epron (de La Châtaignerie), Fauchey (de Saint-Vivien), Fidel (de Saint-Romain-de-Colbosc), Fort (de Carbonne), Fournier (de Vauvillers), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Gaimard (d'Aubagne), M.-A. Gallice (de Langeac), Gaubert (de Durban), Genret (de Houdan), Girandier (de Castelnau-de-Médoc), Grabinski (de Neuville-sur-Saône), Granier (de Villefranche), Horeau (de Fresnay-sur-Sarthe), Jomard (de Beaujeu), Labat (de Nérac), Le Bouteiller (de Valognes), Lecomte (de Ménil-Hubert-sur-Orne), Lemaître (de Moreuil), Lemarchand (de Messac), Lemoyne (de Valréas), Le Roy des Barres (de Saint-Denis), Logeais (de Palluau), Lombard (de Terrasson), Lorber (de Beaucourt), Malsang (de Champeix), Manichon (d'Oulchy-le-Château), Mercier (de Gamaches), P.-J. Metzquer (de Montbozon), Michel (d'Yssingeaux), Millet Lacombe (de Miallet), Mounier (de Tence), Naudier (de Lagny), Peyromore-Debord (d'Orsay), Piettre (de La Varenne-Saint-Hilaire), Raguet (de Paimbœuf), Rascol (de Murat-sur-Vèbre), Rebulet (de Bourgtheroulde), Richer (de Dozulé), Robert (de Saint-Mihiel), Saligue (de Créon), Salva (d'Agde), Sayous (de Pessac), Susini (de Caldarello), Tarnawski (de Joigny), Tournier (de Faverney), Vidal (de Paulhaguet), de Vincenti (de Cervione).

Médailles d'argent (vingt années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Ader (de Bréval), Alleaume (de Coubert), Anneau (de Villiers-Charlemagne), Aubert (de Mondovi), Auger (de Bolbec), Bailleul (de Pontorson), Baraduc (de Montaigut-en-Combraille), Baratier (de Bellenaves), Barbaux (de Quingey), Boyt (de Lamastre), Broquet (de Gonesse), Camino (de Hendaye), Capron (de Chaumont-en-Vexin), Carcopino (de Verneuil-sur-Avre), Cathala (d'Olonzac), Caule (de Maintenon), Caussidou (de Saint-Eugène), Chantelauze (de La Chaise-Dieu), Châteaufort (d'Eguzon), J.-C. Colard (d'Ornans), Crimail (de Pontoise), Dantagnan (de Saint-André-de-Cubzac), Davy (de Bayeux), Degeorge (d'Aigueperse), Delmas (de Rieux-Minervois), Dixneuf (de Loroux-Bottereau), Dufourcq (de Salies-de-Béarn), Dupont (de Mantes), Dupouy (de La Romieu), Durand (de Brassac), Durand (de Pont-de-Salars), Fabre (d'Aïn-Tédelès), Feuillet (de Villefagnan), Feuvrier (de Russey), Fritz (de l'Isle-Adam), Gaudeffroy (de Vatan), Gervais (de Saugues), Giberton-Dubrueil (de Jouy-en-Josias), Gerszynski (d'Ouarville), Grellot (de Giromagny), Gromier (de Delle), Guérin (de Flers), Hébert (d'Envermeu), Herbline (d'Isigny), Hubert (de Buzançais), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Hurpy (de Dieppe), Jobard (de Wassy), Lagnoux (d'Yerville), Lamarche (de Saint-Marcellin), Lebrun (de Bar-sur-Aube), Legougeux (de Saint-Pierre-sur-Dives), Mabaret du Basty (de Saint-Léonard), Mahoudeau (de Channay), Marquet (de Rochechouart), Mathon (de Forges-les-Eaux), Mattrais (de Chinon), Ménard (de Bacqueville), Ménard (de Saint-Vaast-la-Hougue), Michellet (d'Eu), Léo Monnier (d'Aigues-Mortes), Mornard (d'Ecueillé), Nadaud (de Bordj-Menaïel), Orsini (de Luri-de-Corse), Pangon (de Saint-Vallier), Pasdeloup (de Marolles-les-Braux), Pinard (de Brecey), Plantin (de Suze-la-Rousse), Poirier (de Saint-Mars-la-Jaille), Ponteil (de l'Isle-Jourdain), Riche (de Jeumont), Rivière (de La Ferté-Milon), Steibel (de Tournan), Tarrade (de Châteauneuf-la-Forêt), Tauchon (de Valenciennes), Terras (de Saint-Remy-de-Provence), Thomas (de Randan), Tresfort (de Roye), Tronche (de La Réole), Turrel (de Cadalen), Urdy (de Valréas), Vergnes (de Lacanne), Vidal (d'Hyères), Villebrun (de Capestang), Viple (d'Ebreuil).

Médailles de bronze (quinze ans au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Artu (de Carentan), Béal (de Saignes), Benassy (d'Arfeuilles), Berguin (de Castelmoron-sur-Lot), Bertrin (de Brie-Comte-Robert), Boisson (de Sceaux), Bos (de Lesparre), J. Boudou (de Montech), Boulay (de Charenton-du-Cher), Bourreterre (de Dax), Braud (de Saint-Laurent-sur-Gorre), Brionne (de Chanu), Burgat (de Tassin-la-Demi-Lune), Busquet (de Saint-Aigulin), Caire (de Nanterre), Calbris (de Tinchebray), Chassaigne (de Châteaudun-de-Rhumel), Chevallier (de Saint-Agnant), Cheyrou (de Chalus), Courtet (de Châtillon-en-Bazois), Daujat (de Voiteur), Davy (de Trappes), Debelut (de Châteauponsac), Duchateau (de Gardanne), Dumas (de Nangis), Duret (de Mayet-de-Montagne), Duval (de Marigny), Duzan (de Saint-Leu), Espagne (d'Aumessas), Evesque (de La Motte-Chalançon), Forfer (de Vitry-le-François), Françon (de Tenay), Gachon (de Gouzon), Garabuan (du Gua), Gaudin (de Tonnay-Charente), Gaudraz (de Montreuil-Bellay), Girard (de Cannes), Gorry (de Saint-Laurent-Médoc), Gosselin (de Montivilliers), Grégoire (de Livarot), Grégoire (de Vermenton), Greuell (de Gérardmer), Guignard (de Guitres), Guillot (de Châteaumeillant), Hameau (de Laventie), Herland (de Rosporden), Huber (d'Amiens), Jarrier (de Courpière), Lacour (de Chalais), Lacroisade (d'Aigre), Lalo (de Hautecloque), Laporte (d'Aignay-le-Duc), Laurent (d'Etaples), Laux (de Murviel), Leclère (de Condé-en-Brie), Lecompte (de Fresnes-en-Woëvre), Legrand (de La Bassée), Le Nepvou de Carfort (de Châteaubriant), Lenoir (de Ligny-en-Cambrésis), Letard (de Chelles), Lordereau (de Saint-Florentin), Lucas (de Montfort-sur-Risle), Magnan (de Luc-en-Diois), Marmoyet (de Servian), Michaux (d'Aubervilliers), Mignot (de Gouzeaucourt), Pain (de Bourbon-Lancy), Pexrat (de

Villefranche-de-Lauragais), Prodhomme (de Putanges), Rabasté (de Jugon), Rascol (de Rétiers), Reboul (de Nédroma), Raynaud-Lacroze (de Saint-Saturnin-lès-Apt), Richard (de Vanves), Roche (d'Oradour-sur-Vayres), Roig (de Millas), Roux (de Herment), Sabaterie (d'Arlanc), Sahut (de Gannat), Sauvat (d'Issoire), Stahl (de Villers-Marmery), Tessier (de Chavroche), Therre (de Vichy), Thoviste (d'Amplepuis), Tourvieille (de Largentière), Vergeron (de Saint-Savin-de-Blaye), Vidal (du Puy-Guillaume), Zimmermann (de Blamont).

Lettres d'éloges officiels (dix ans au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Abadie (de Bourg-sur-Gironde), Agut (de La Barre-en-Ouche), Asselin (de Ry), Azéma (d'Aurignac), Barthès (d'Ivry), Bayard (de Valdampierre), Bertrand (de Domène), Bertrand (de Neauphle-le-Château), Blaising (de Ligny), Bonafé (d'El-Milia), Bonnet (de Château-Queyras), Camescasse (de Saint-Arnoult), Caron (du Havre), Casimir (de Grignan), Cayet (de Doullens), Chalus (du Bois-d'Oingt), Chalvet (de Lavigerie), Chancerel (de Pont-de-Gennes), Charvet (de Bois-Colombes), Chevreuil (de Sucé), Christine (d'Asnières), Colson (de Revigny), Conçaix (de Felletin), Constans (de Brasc), Cotilleau (de Thouars), Courbet (du Havre), Coustou (de Gensac), Couturier (de Beaurepaire-d'Isère), A. Curie (de Marcilly-le-Hayer), Daniel (de Gorron), Degoul (de Vic-sur-Cère), Delcassé (de La Française), Delerse (de Rioz), Denier (de la Tour-du-Pin), Deseuche (de Saint-Aignan-sur-Roë), Desfosses (de Boussac), Desseaux (de Tôtes), Doche (de Tonneins), Dubédat (de Houeillès), Durand (de Fraize), Duranton (de Lauzun), Faucon (de Montebourg), Faure (de Pierrelatte), Feyat (de Saint-Symphorien-d'Ozon), Florand (de Bourg-Lastic), Foucher (de Chinon), Gairal (de Carignan), Garès (de Marly-le-Roy), Garnier (de Dunières), Giberton (de Sainte-Sévère-sur-Indre), Giraud (de Montléry), Govart (d'Auchy-les-Hesdin), Jean (de Bayeux), Joanny (de Pléaux), Joanny (de Saint-Martin-Valmeroux), Julian (de Beaucaire), Ladroitte (de Brunoy), Lallement (de Nogent-sur-Marne), Lamotte (de Roulot), Latieule (de Gransac), Ledru (de Vis-en-Artois), Lefébure (de Bapaume), Legris (de Saint-Valery-sur-Somme), Lemaire (de Nouvion-en-Thiérache), Leroy (de Marquise), Margerite (de Castelculier), Ménard (de Longueville), Menatti (de Mahdia), Mézange (de Lassay), Monribot (d'Epinay), Montel (d'Elbeuf), Mosnay (de Saint-Varent), Mulette (de Pont-Sainte-Maxence), Nicolin (de Pesmes), Noury (de Perrégaux), Paillart (de Saint-Jean-de-Bournay), Perchet (d'Autet), Perrier (de Béjà), Plique (de Poissons), Puéchagut (de Decazeville), Quettier (de Berck-sur-Mer), Rechatin (de Montalieu-Vercieu), Richard (de Guéméné-sur-Scorff), Richardin (de Laverdure), Roché (de Saint-Sauveur-en-Puysaye), Rogée (de Saint-Jean-d'Angély), Roger (de Noyen-sur-Sarthe), Rolland (de Saugues), Rossigneux (du Cateau), Rouiller (de Formerie), Samanos (de Saubusse), Sarre-Filhoulaud (de Thierville), Sentex (de Saint-Sever), Serpaggi (de Pierrefitte), Simon (de Jouy-le-Châtel), Termes (de Casteljaloux), Thomas (de Nexon), Thouvenet (de Nieul), Tulli (de Saint-Pierreville), Veper (des Lilas), Villemus (de Trets), Wœhling (de Clamart), Ygouf (de Saint-Lô).

Les titulaires des médailles de vermeil, d'argent et de bronze sont autorisés à prendre le titre de médecin de la gendarmerie.

— M. Imbert, médecin aide-major de première classe, du cadre de la Martinique, a été désigné pour servir au 8e régiment d'infanterie coloniale à Toulon.

La statue de Chevreul a été inaugurée hier, ainsi que nous l'avons annoncé, au Muséum d'histoire naturelle.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La dixième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 16 juillet 1901, à quatre heures précises, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. le docteur Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

La peste. — Le *Laos* est toujours en quarantaine au Frioul. La peste ne s'est manifestée jusqu'ici que chez les Arabes embarqués comme chauffeurs à Djibouti. Il y a tout lieu de croire que la quarantaine sera levée la semaine prochaine pour les passagers.

Le traitement des professeurs en Russie. — Le *Vratch* annonce qu'il est question d'augmenter le traitement des professeurs de l'Académie de médecine militaire à Saint-Pétersbourg. Les professeurs dépourvus de clinique recevront 4000 roubles (16000 francs nominalement, 12000 en réalité), les professeurs de clinique 6000 roubles (24000 francs nominalement, 18000 en réalité).

Étudiant de cinquième année demande remplacement. — S'adresser au bureau du journal.

Climat et eaux minérales d'Espagne, par le docteur A. Labat. Un vol. in-8o. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — NOTE SUR L'ÉTUDE CYTOLOGIQUE DES ÉPANCHEMENTS DES DIVERSES SÉREUSES, par MM. DOPTER et TANTON, médecins aides-majors de première classe. — TRAITEMENT DES KÉRATITES SUPPURATIVES, d'après M. F. PERRIN. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Les injections de bicarbonate de soude dans le traitement du coma diabétique; — Procédé pour calmer la douleur causée par les extractions dentaires. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 15 juillet 1901.

La Société de chirurgie vient à nouveau de discuter une question qui intéresse au plus haut point la pratique médicale. Faut-il préventivement injecter du sérum antitétanique dans le tissu sous-cutané de certains blessés? Faut-il, lorsque le tétanos est confirmé et en évolution, tenter de l'arrêter dans sa marche, par l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique?

Dans ce dernier cas, l'avis des chirurgiens paraît unanime, l'injection intra-cérébrale est presque toujours inutile, souvent même elle paraît nuisible. Quelques faits, si nets qu'ils avaient l'allure d'une véritable expérimentation, ont montré qu'après l'injection intra-cérébrale de sérum, les accidents tétaniques avaient été brusquement intensifiés; la température avait atteint des hauteurs inaccoutumées et, en moins de vingt-quatre heures, la mort était venue terrasser les malades. Sans doute, ces malades étaient gravement atteints puisqu'on avait cru devoir recourir à l'injection intra-cérébrale de sérum; cependant, non seulement, après l'injection, les phénomènes tétaniques ne furent nullement amendés, mais ils parurent recevoir un véritable coup de fouet qui précipita le dénouement. Aussi, malgré certains faits nouveaux apportés récemment, nous pensons que, jusqu'à nouvel ordre, il faut être très réservé dans l'emploi de ces injections intra-cérébrales.

La question est plus discutée pour les injections préventives. Ces injections sont acceptées et pratiquées par quelques-uns qui soumettent à l'injection immédiate et préventive tout malade entrant dans leur service et dont la blessure a été souillée par la terre. Depuis qu'ils suivent cette pratique, ils n'ont plus à déplorer les petites épidémies de tétanos observées autrefois dans les salles de chirurgie.

La plupart des chirurgiens, toutefois, se dispensent de pratiquer ces injections préventives, se contentant de bien nettoyer les plaies des blessés. Car il est matériellement impossible de soumettre au traitement préventif toute blessure qui entame l'intégrité de la surface tégumentaire. Et, en saine logique, c'est ce qu'il faudrait faire. Le bacille de Nicolaïer est, en effet, partout; s'il a des endroits de prédilection, il n'en est pas moins l'habitant commun de bien des poussières, voire même de nos parquets, on le trouve à la surface du sol, dans la boue, etc. N'importe quelle plaie est donc susceptible d'être souillée par lui.

De plus, la clinique, qui n'a pas encore perdu ses droits, nous apprend que ce ne sont pas les plus grandes plaies qui engendrent le tétanos. Ce sont le plus souvent de petites blessures des doigts ou des orteils, de simples échardes introduites sous la peau plutôt que de grands fracas des membres. Va-t-on inoculer tous les porteurs de ces minimes blessures? Or, qu'on prenne la peine de regarder l'épiderme des mains et des pieds de ceux qui travaillent la terre, charrient le fumier : terrassiers, paysans, jardiniers, etc., on verra qu'il n'y en a pas 10 sur 100 qui aient l'épiderme intact.

Si l'on voulait suivre, à la lettre, la doctrine de ceux qui pratiquent les injections préventives, il faudrait donc inoculer tous ces milliers de gens qui travaillent la terre et tous les blessés, quels qu'ils soient. Ce qui est impossible.

Enfin, cette première injection préventive, une fois poussée dans le tissu cellulaire, sera-t-elle suffisante? Non; car si le tétanos survient, on vous objectera qu'il eût fallu continuer les injections, que la dose de sérum a été trop minime. Or à quoi reconnaîtra-t-on qu'il fallait continuer l'injection? Il n'existe aucun signe prémonitoire du tétanos; la clinique est muette avant l'apparition des contractures. De sorte que le chirurgien, inoculateur convaincu, se voit acculé, devant l'illogisme d'une seule injection insuffisante ou devant la nécessité d'inoculer son blessé à jet continu, jusqu'à ce que le temps moral de l'incubation tétanique soit écoulé.

Pour toutes ces raisons, la presque unanimité des chirurgiens a renoncé à ces injections dont l'indication n'est pas suffisamment établie. Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Reynier — que nous ne saurions trop féliciter de sa loyale franchise — a rapporté plu-

sieurs cas, dont l'un, tiré de sa propre pratique, observé et suivi par lui. Ce fait est net et simple. Sa valeur nous paraît décisive :

A cause de la présence d'un tétanique dans le service, on fait à un malade, *avant* de l'opérer, une injection de sérum antitétanique : le malade est pris de tétanos.

L'injection était bien réellement préventive puisqu'elle a été pratiquée avant la la blessure chirurgicale. Or le tétanos est apparu. Pour expliquer sa venue, il n'y a que deux hypothèses : ou bien c'est l'injection de sérum qui a donné le tétanos. La pratique des chirurgiens qui injectent préventivement leurs blessés et n'observent pas le tétanos, nous fait admettre que cette première hypothèse n'est pas vraisemblable. Ou bien — et alors ce n'est plus une hypothèse mais la pure constatation d'un fait — l'injection préventive n'a pu prévenir l'inoculation du tétanos, bien que cette inoculation ait été faite après l'injection.

Les injections préventives de sérum antitétanique ne doivent donc pas encore passer dans le domaine de la pratique courante.

NOTE SUR L'ÉTUDE CYTOLOGIQUE DES ÉPANCHEMENTS DE DIVERSES SÉREUSES

Par MM. Dopter et Tanton (1),

Médecins aides-majors de première classe au Val-de-Grâce.

Depuis que MM. Widal et Ravaut ont appliqué à la clinique l'examen cytologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, eux-mêmes et d'autres auteurs ont, tour à tour, communiqué les résultats de leurs recherches sur les produits d'exsudation de diverses séreuses. Nous avons pratiqué un certain nombre de ces examens sur des liquides de *pleurésie*, d'*hydrocèle*, d'*hydarthrose*, d'*ascite*, de *péricardite*. La technique employée a été celle de MM. Widal et Ravaut : défribination, centrifugation, examen microscopique du dépôt étalé sur une lame de verre après coloration habituelle.

Pleurésie. — 60 cas de pleurésie ont été examinés, répartis comme suit :

Pleurésies idiopathiques, ou a frigore. — 50 cas, dont 48 à épanchement séreux, 2 à épanchement hémorragique. Dans tous les cas, l'examen microscopique a décelé un nombre variable de globules rouges et de leucocytes, sans cellules endothéliales; parmi les leucocytes, les lymphocytes ont toujours été en nombre nettement prédominant; souvent même ils se sont montrés à l'exclusion de tout polynucléaire et de tout grand mononucléaire. Dans 4 cas, des polynucléaires éosinophiles ont été observés en petite quantité.

Pleurésies survenues au cours de la grippe non accompagnée de manifestations pulmonaires (2 cas). — Ensemencement stérile. Pour ces 2 cas la formule a été identique à celle de la pleurésie a frigore.

Pleurésies survenues après guérison de grippe (3 cas, ayant débuté dix, douze et vingt-un jours après une grippe légère, sans complication pulmonaire). — La formule a encore été la même.

Pleurésies métapneumoniques (5 cas). — L'ensemencement du liquide de 2 de ces cas, est resté stérile. Les 3 autres ont donné : les 2 premiers du pneumocoque, le 3e du pneumocoque et du streptocoque. Liquide très louche, séro-purulent.

Les épanchements à pneumocoque ont montré des hématies nombreuses, une prédominance marquée des polynucléaires, puis des cellules endothéliales à noyau arrondi, isolées, ou soudées par groupe de deux à trois. Quand elles sont isolées, leur protaplasma renferme des pneumocoques; cette phagocytose n'existe pas dans les cellules soudées.

L'épanchement à pneumocoque et streptocoque a montré par les globules rouges des leucocytes en grande abondance, avec des polynucléaires existant à l'exclusion des lymphocytes et des gros mononucléaires; en même temps, quelques cellules endothéliales, sans la moindre phagocytose.

Hydrocèle (11 cas). — *Hydrocèle essentielle* (6 cas). — A part 2 cas où l'examen fait noter l'absence de tout élément cellulaire, les 4 autres montrent de larges placards endothéliaux, plus ou moins altérés ; dans l'un d'eux, des lymphocytes leur étaient mêlés.

Hydrocèle traumatique (1 cas). — Survenue six jours après le traumatisme.

Ponctionné vingt-cinq jours après le début, l'épanchement contient des hématies peu nombreuses, des lymphocytes abondants, de rares grands mononucléaires et des cellules endothéliales en petit nombre. Le jour de cette ponction, une injection iodée est pratiquée dans la vaginale ; six jours après, nouvelle ponction : hématies en grande abondance, polynucléaires très nombreux, relativement peu de lymphocytes et des mononucléaires rares ; quelques placards endothéliaux.

Hydrocèle par vaginalite chronique (1 cas). — Datant de six ans, sans traumatisme antérieur ; sans aucun antécédent ni tuberculeux, ni vénérien. Les lymphocytes prédominent ; les gros mononucléaires sont peu nombreux, ainsi que les cellules endothéliales ; pas de polynucléaires. Des fragments de cette vaginale réséquée, étudiés histologique ment, montrent une séreuse épaissie, où domine du tissu fibreux très dense, mais où l'absence de nodules tuberculeux est totale.

Hydrocèle tuberculeuse (2 cas). — Dans les 2 cas, on trouve des hématies assez abondantes, et des lymphocytes à l'exclusion de tout autre élément cellulaire. Pas de cellules endothéliales.

Hydrocèle accompagnant une épididymite blennorragique. (1 cas). — Les polynucléaires sont les éléments les plus nombreux. Les lymphocytes et les gros mononucléaires sont rares.

Hydarthrose (8 cas). — *Hydarthrose à répétition.* — Sans antécédent traumatique, ni autre : 2 cas. Dans l'un, les lymphocytes existent à l'exclusion de tout autre élément; dans le second le nombre des lymphocytes est sensiblement égal à celui des polynucléaires; pas de cellules endothéliales.

Hydarthrose chronique traumatique (1 cas). — Hématies nombreuses et lymphocytes en abondance : pas d'autres éléments.

Hydarthrose blennorragique (2 cas). — Le premier, accompagné de fièvre, a montré les polynucléaires en nombre prédominant, pas de cellules endothéliales. Le second a évolué sans phénomènes fébriles et a montré uniquement les lymphocytes, sans cellules endothéliales.

Hydarthrose rhumatismale, sans fièvre (1 cas). — Les polynucléaires prédominent; les cellules endothéliales en dégénérescence sont très nombreuses.

Hydarthrose tuberculeuse (2 cas). — Dans le premier, les

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

lymphocytes prédominent nettement; dans le second, polynucléaires et lymphocytes sont en proportion presque égale; la numération montre le chiffre des lymphocytes dépassant de très peu celui des polynucléaires. Ni dans l'un, ni dans l'autre, il n'existe de cellules endothéliales.

Ascite (3 cas). — Les deux premiers provenant d'une tuberculose péritonéale ont montré des hématies et un nombre considérable de lymphocites, sans autres éléments.

L'autre a accompagné l'évolution d'une cirrhose atrophique du foie : la proportion des polynucléaires y est beaucoup plus forte que celle des leucocytes; peu de cellules dndothéliales.

Péricardite. — *Péricardite brightique* (1 cas). — Lymphocytose marquée, abondance moyenne de polynucléaires; cellules endothéliales en grande quantité.

Ce cas est à opposer à celui que M. Rendu a publié récemment; dans une péricardite tuberculeuse, il a trouvé de la lympbocytose.

Les faits qui viennent d'être rapportés concordent en général avec ceux de MM. Widal et Ravaut (1) et des auteurs (2) qui, après eux, ont entrepris des recherches semblables. Les applications cliniques qui découlent de la connaissance exacte de chaque formule cytologique ne sont pas dénuées d'importance.

En ce qui concerne la pleurésie a frigore, par exemple, dont la nature tuberculeuse est assurément la plus fréquente, le cyto-diagnostic apporte un élément de certitude aux données parfois insuffisantes, fournies par la clinique et les inoculations expérimentales. De plus, quand la tuberculose pleurale évolue à la faveur d'une infection quelconque, on conçoit toute l'importance que peut avoir un diagnostic étiologique précis; le pronostic et le traitement en dépendent directement. Les cas de pleurésie signalés, survenus au cours de la grippe ou après sa guérison, sont très instructifs à cet égard. Il en est de même encore quand la fièvre participe à l'inflammation voisine du parenchyme pulmonaire (pleurésie métapneumonique) surtout si l'ensemencement du liquide exsudé reste stérile, ainsi qu'il arrive parfois quand le pneumocoque est en cause. Ici encore, la cytoscopie permet de lever des doutes.

La nature étiologique de l'hydrocèle peut être décelée rigoureusement par la même méthode : la formule cytologique est bien différente, suivant qu'il s'agit d'hydrocèle essentielle ou symptomatique, soit de tuberculose, soit de toute autre cause. Nous insisterons sur le fait précédemment signalé, d'une hydrocèle chronique, traumatique, où tout d'abord la lymphocytose était abondante, accompagnée de cellules endothéliales, et où, après injection iodée, une polynucléose marquée a été notée. En réalité, la même séreuse a présenté tour à tour deux réactions opposées : l'une chronique, l'autre aiguë, manifestées toutes deux par des formules cytologiques différentes; le fait vaut une expérience. Et si l'on se reporte à ce que l'on sait actuellement par les mêmes recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans les affections lentes du système nerveux central, où, dans la syphilis comme dans la tuberculose, la lymphocytose semble être la règle, on est amené à une donnée importante : c'est que les séreuses doivent réagir différemment, suivant qu'elles subissent les effets d'un processus lent, torpide (infectieux, toxique ou traumatique), ou bien au contraire d'une phlegmasie plus ou moins aiguë. Là réside sans doute, suivant les cas, la raison de l'affluence tantôt des lymphocytes, tantôt des polynucléaires.

Cette interprétation est d'ailleurs en relation étroite avec les constatations que MM. Ravaut et Aubourg (1) viennent de faire sur le liquide céphalo-rachidien des malades ayant subi la rachicocaïnisation : ils ont remarqué que sous l'action toxique de la cocaïne, le liquide, louche tout d'abord, renferme un nombre prédominant de polynucléaires; puis, au bout de trois à quatre jours, en même temps que le liquide s'éclaircit, la lymphocytose s'installe, pour disparaître ultérieurement quand il reprend son aspect normal. Ici encore, la polynucléose est la manifestation de l'inflammation aiguë toxique; la lymphocytose, au contraire, est le réactif d'une inflammation atténuée et ralentie.

Dans l'ascite, le cyto-diagnostic a encore son utilité; la formule de l'ascite tuberculeuse est celle de la tuberculose des séreuses. Signalons le cas d'ascite développée au cours d'une cirrhose atrophique du foie où la proportion des polynucléaires était de beaucoup la plus forte. Sans vouloir généraliser, ce fait semble montrer qu'en certaines circonstances l'ascite, dans la cirrhose atrophique, relève des lésions péritonéales concomitantes, ainsi que le suppose M. Rendu.

Pour ce qui est de l'hydarthrose, les conclusions que l'on peut tirer sont loin d'être aussi nettes, car sur deux cas d'hydarthrose tuberculeuse, l'un a donné en quelque sorte une formule indifférente; puis les deux cas d'hydarthrose blennorragique ont été dissemblables : dans l'un, lymphocytose; dans l'autre, polynucléose. Peut-être cette polynucléose est-elle en relation avec l'existence de phénomènes fébriles, et ceux-ci avec une infection secondaire? En tout cas, de nouveaux examens demandent à être pratiqués pour établir la valeur du cyto-diagnostic des épanchements articulaires.

Nous insisterons en dernier lieu sur la valeur qu'il faut accorder à la présence au l'absence des cellules endothéliales dans un épanchement pour juger du caractère étiologique de ce dernier.

En analysant avec soin les résultats qui viennent d'être notés, on remarque qu'en général les cellules endothéliales existent dans tous les épanchements qui ne sont pas dus à la tuberculose; leur absence constitue donc un signe négatif de grande valeur, pour affirmer la nature bacillaire du liquide exsudé (2); les épanchements mécaniques, traumatiques, les épanchements à pneumocoque, etc., contiennent des cellules endothéliales, soit à l'exclusion de tout élément leucocytaire, soit en proportion beaucoup plus abondante que les variétés de globules blancs qu'on peut y rencontrer.

En résumé, les faits qui précèdent montrent les services

(1) Widal et Ravaut. Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, Soc. de biol., 30 juin 1900. — Recherches histologiques sur le liquide des hydrocèles, *Idem*, 22 déc. 1900.

(2) Sicard. Pleurésie au cours de la leucémie myélogène, Soc. méd. des hôpit., 7 déc. 1900. — Tuffier et Milian. Soc. de biol., 5 janv. 1901; — *Idem*. Cyto-diagnostic des kystes de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse, Soc. de biol., avril 1901.

(1) Ravaut et Aubourg. Le liquide céphalo-rachidien après la rachicocaïnisation, Soc. de biol., 15 juin 1901. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 666.)

(2) A part les cas de pleurésies survenues chez les phtisiques.

importants que peut rendre au clinicien le cyto-diagnostic des épanchements séreux : les caractères histologiques de leur contenu cellulaire constituent l'image fidèle des réactions inflammatoires que subissent les membranes séreuses sous l'influence des divers processus pathologiques.

TRAITEMENT DES KÉRATITES SUPPURATIVES

D'après le docteur Fr. Perrin (1).

Le traitement des ulcères et abcès à hypopyon de la cornée, a toujours compris des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux. Ces derniers, dont l'usage remonte à la plus haute antiquité, comprennent surtout l'incision de la cornée, la paracentèse de la cornée, la succussion de la tête.

L'*incision de la cornée* était déjà pratiquée par Hippocrate. « Souvent, dit Galien, nous avons évacué le pus tout d'un trait, en incisant la cornée un peu au-dessus de l'endroit où toutes les tuniques de l'œil se réunissent les unes aux autres. Quelques-uns nomment ce lieu l'iris, d'autres le nomment couronne. »

La *paracentèse de la cornée* a été employée pour la première fois par Ætius. Cet auteur pratiquait une simple ponction au moyen d'une aiguille à cataracte, sur le bord de la cornée.

Enfin Justus se contentait, en présence d'une kératite suppurative, de saisir la tête du malade des deux mains et de la secouer vigoureusement pour précipiter le pus au fond de la chambre antérieure.

Ces différents procédés ne pouvaient donner que des résultats médiocres; malgré l'adjonction des moyens médicaux tels qu'émollients et antiphlogistiques, la suppuration totale de la cornée était la règle; très souvent, on ne pouvait éviter le phlegmon de l'œil.

La *kératotomie* de Sœmisch marque la première étape vers le progrès. Elle consiste essentiellement à sectionner transversalement la cornée au niveau de l'ulcère, de sorte que la ponction et la contre-ponction se trouvent situées dans le tissu sain, après quoi on désinfecte l'œil et les culs-de-sac par un lavage antiseptique; on instille quelques gouttes d'une solution d'ésérine à 1 p. 100 et l'on met un pansement occlusif. Cette brillante opération expose à des complications nombreuses : hernie de l'iris, cicatrisation avec leucome adhérent. Elle réussit surtout dans les cas d'ulcères serpigineux avec hypopyon abondant se reformant malgré des interventions répétées.

La *cautérisation ignée*, depuis les recherches de Martinache (1873), de Gayet (1877), etc., est entrée dans la pratique journalière et est adoptée par une immense majorité de chirurgiens. Cependant, on l'a accusée d'être parfois dangereuse et souvent inutile. Aussi, différents ophtalmologistes essayent-ils de lui substituer d'autres méthodes thérapeutiques : de Wecker préconise le *râclage de l'ulcère* avec la curette tranchante, suivie de l'irrigation de la partie exulcérée. Cette méthode, qu'emploient Snellen père et Badal, ne détruit pas indifféremment le tissu sain et le tissu malade, comme il arrive par l'application du cautère; elle détermine : 1° la suppression parfois instantanée des douleurs et de la photophobie ; 2° l'éclaircissement des parties ambiantes, suivi d'une guérison plus rapide que par n'importe quel procédé; 3° la réparation par un tissu plus transparent que celui à la formation desquels aboutissent les autres méthodes de traitement.

On peut cependant objecter à la technique de de Wecker : 1° que le grattage de l'ulcère ne fait pas toujours disparaître rapidement la douleur et la photophobie ; 2° qu'il est difficile de limiter l'action de la curette tranchante; 3° que le grattage ne donne de bons résultats qu'autant que l'ulcère ou l'abcès sont très peu étendus; 4° que la cautérisation ignée peut être très exactement délimitée dans ses effets depuis que l'on a substitué à l'ancienne méthode la cautérisation par chaleur rayonnante.

L'idée des *injections sous-conjonctivales* est assez ancienne. Rothmund (de Munich) semble le premier les avoir employées (1884). Il pratiquait des injections sous-conjonctivales d'eau salée, pour tâcher de dissoudre certains leucomes de la cornée. Secondi (1891) préconise les injections sous-conjonctivales de sublimé comme traitement des altérations cornéennes d'origine infectieuse. Depuis, les travaux de Darier (1891-1893) établirent que le plus sûr moyen de faire pénétrer des substances médicamenteuses dans l'œil est de les injecter sous la conjonctive ou dans l'espace de Tenon. MM. Abadie, Lagrange, Bocchi, de Wecker, Vincentius, Parisetti, etc., adoptent les conclusions de M. Darier. D'autres auteurs nient, au contraire (Mavelon, Laqueur, Deneffe, etc.), les bons résultats des injections sous-conjonctivales ou en redoutent l'application (Renon, Michel, Colin, etc.). Et aujourd'hui les injections sous-conjonctivales sont à peu près tombées dans l'oubli.

On a encore employé, contre les ulcères et abcès de la cornée, l'occlusion simple et les couleurs d'aniline. L'usage du *pansement occlusif* fut introduit en ophtalmologie par Valude, suivant les indications de Gama de Pinto. Ce genre de traitement est basé sur ce fait que l'humidité formant un élément nécessaire pour le développement microbien, il en résulte que, inversement, la soustraction des fluides constitue un moyen de stérilisation efficace.

Les *couleurs d'aniline* sont expérimentées depuis longtemps en ophtalmologie. M. Armaignac, se basant sur les recherches de Stilling, a essayé la pyoctanine dans un grand nombre d'affections oculaires : il conclut que les résultats, sans être constants, sont assez satisfaisants pour qu'il soit permis d'avoir recours à cette méthode dès le début du traitement. Ces conclusions sont adoptées par Chibret, Jacqueau, etc.

Cependant, ces différentes méthodes échouent souvent : aussi a-t-on eu l'idée de pratiquer des *injections antiseptiques dans la chambre antérieure de l'œil*. Déjà préconisée par Abadie dans les ophtalmies sympathiques, par Osio, Berry, Griffiths, essayée par Oswalt et par Fage (d'Amiens), cette méthode a été reprise expérimentalement par M. F. Perrin. Pour cet auteur, le cyanure de mercure, employé à doses faibles, est inoffensif, et l'on pourrait, chez l'homme, se servir de la solution à 1/5000, pour amener une guérison plus rapide. Les résultats expérimentaux prouvent, en effet, que cette méthode, pratiquée avec soin, n'est ni difficile, ni dangereuse, qu'elle est moins douloureuse que les autres et permet d'agir beaucoup plus rapidement et plus sûrement sur la marche infectieuse des agents pathogènes : ils laissent espérer que cette nouvelle thérapeutique, appliquée à l'homme, donnera des résultats des plus satisfaisants.

L. B.

(1) Th. de Paris, 1901.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(12 JUILLET 1901)

Au début de la séance, le président, M. Joffroy, annonce la mort prématurée de Delpeuch. Affable et bon, Delpeuch était d'une droiture et d'une honnêteté incomparables : sa mort laisse d'unanimes regrets. Tout le monde sait son œuvre scientifique, au milieu de laquelle se détache son *Histoire de la goutte et du rhumatisme*, qui peut être tenue comme un pur chef-d'œuvre de critique historique et d'érudition.

A propos du procès-verbal, M. Vaquez apporte une légère critique aux expériences récentes de M. Milian

« Le procédé proposé par M. Milian, dans la dernière séance, pour mesurer la **coagulabilité du sang**, dit M. Vaquez, ne met pas à l'abri des causes d'erreur qui interviennent dans ce genre de recherches. Le contact du sang avec les tissus, inévitable quand on le recueille par piqûre du doigt et avec les parois des appareils où on le reçoit, est la raison qui fait varier la coagulabilité dans des proportions incompatibles avec une évaluation exacte du phénomène. Je crois qu'en résumé les procédés qui consistent à examiner la coagulabilité du sang recueilli par piqûre au doigt, complètement inacceptables comme méthode de laboratoire, sont également insuffisants en clinique. »

A propos du procès-verbal encore et de la récente communication de M. Rendu, MM. Tuffier et Milian font remarquer que la coloration jaunâtre du liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction lombaire, aurait dû faire penser à la fracture du crâne et non à la méningite ; car dans tous les cas qu'ils ont observés, MM. Tuffier et Milian ont relaté cette même teinte « couleur chair » et jamais une vraie teinte hémorragique. Ces auteurs profitent de cette remarque pour insister à nouveau sur la valeur séméiologique considérable de la ponction lombaire dans le diagnostic et le pronostic des fractures du crâne, et recommandent de toujours suivre exactement la technique des trois tubes pour éviter les erreurs d'interprétation.

M. Soupault communique quelques observations de **rétrécissement du pylore sans rétention alimentaire.**

Les lésions organiques siégeant au niveau du pylore n'entraînent pas toujours la stase gastrique et la rétro-dilatation de l'estomac.

Elles peuvent manifester leur présence par de simples troubles fonctionnels dont le caractère essentiel est d'être *tardives*, de ne se manifester que plusieurs heures après l'ingestion alimentaire.

L'évolution de la maladie est la suivante : sans caractères précis au début, les symptômes à la période d'état se groupent en une série d'accès séparés par des rémissions plus ou moins longues et complètes, puis, au bout d'un temps variable, ordinairement assez long (cinq, dix, quinze ans et plus), les accès deviennent subintrants, et la maladie aboutit à un état de mal perpétuel.

La laparotomie permet de constater que ces troubles sont bien dus à des lésions pyloriques. Le plus grand nombre de celles-ci sont des ulcères, mais on rencontre aussi, quoique plus rarement, des cancers ou des lésions d'autre ordre.

La gastro-entérostomie, en créant une voie de dérivation qui permet aux aliments d'éviter le passage du pylore rétréci et irritable, supprime la douleur et permet la cicatrisation des lésions dont elle prévient du même coup les complications graves (hémorragies, perforations, dégénérescence cancéreuse).

Le diagnostic précoce des sténoses du pylore peut avoir pour le traitement des cancers une importance de premier ordre. En opérant de bonne heure des individus atteints du *syndrome pylorique*, on pourra surprendre des cancers au début, en pratiquer l'ablation, et faire de ce chef une opération curative et non plus palliative.

MM. Dopter et Tanton sont venus apporter de nouveaux et très intéressants documents à l'**étude cytologique des épanchements de diverses séreuses.** Nous publions plus haut *in extenso* cette communication.

M. Barié lit une courte note sur le **rétrécissement aortique acquis et l'aortite chronique dans l'enfance**; il fait constater que, dans l'enfance, le rétrécissement aortique acquis est très exceptionnel, que presque toujours il est associé à une aortite chronique préétablie, qu'il complique ou mieux dont il est la conséquence. M. Barié a observé un jeune garçon de quinze ans chez lequel, à la suite d'une scarlatine grave, il s'établit peu à peu une aortite chronique avec sténose artérielle (souffle râpeux et frémissement cataire systolique siégeant dans le deuxième espace intercostal droit). Dans quelques cas, beaucoup plus rares, le rétrécissement aortique peut se localiser, comme dans certains faits recueillis chez l'adulte, au-dessous de l'anneau fibreux et des valvules sigmoïdes qui restent sains; ainsi serait constitué le rétrécissement sous-aortique de l'enfance, beaucoup plus rare que le précédent.

Un nouveau cas de **scorbut infantile**, publié par M. Comby, fait revenir en discussion la question de l'**alimentation artificielle.** Il s'agit d'un enfant de onze mois que l'on soignait pour des accidents rhumatoïdes; l'existence aux gencives d'ecchymoses saignantes, d'une tuméfaction douloureuse, de purpura au niveau des membres inférieurs, firent penser au scorbut. L'étiologie en était évidente. L'enfant, vigoureux à la naissance, fut nourri par la mère pendant deux mois et mis ensuite au biberon; il prenait du lait maternisé (un litre, puis un litre et demi par jour). Les symptômes scorbutiques survinrent sept mois après l'institution de ce régime. Le lait maternisé fut remplacé par du lait frais simplement bouilli, et l'enfant guérit.

Donc, se défier de l'alimentation artificielle.

Présentations de malades :

M. Simonin présente un jeune soldat atteint de **méningisme hystérique** : ce qui domine chez lui actuellement c'est : l'hémispasme facial et lingual, l'hémiopie, l'ophtalmoplégie externe incomplète, les troubles de la mémoire, très nettement d'origine hystérique.

M. Lermoyez présente une malade atteinte d'**enrouement et de troubles de la déglutition; de paralysie et d'atrophie du trapèze droit et du sterno-mastoïdien** : tous symptômes qui indiquent une paralysie du spinal en deçà de l'origine de la branche anastomotique vago-spinale.

M. Guinon présente un enfant qui présente partout sur le squelette, en particulier à la face postérieure du crâne, de toutes petites **excroissances osseuses.** Sont-ce des exostoses ostéogéniques, des nodosités rhumatismales? Personne ne le peut dire.

M. Ménétrier apporte une pièce anatomique. C'est un **larynx atteint d'inflammation phlegmoneuse.** Dans le pus,

on a retrouvé un organisme qui présente tous les caractères du diplocoque décrit par Thiercelin sous le nom d'entérocoque.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections de bicarbonate de soude dans le traitement du coma diabétique.

Dans une des dernières séances de la Société nationale de médecine de Lyon (24 juin 1901), le professeur Lépine rapportait, au nom de M. Rondet, un cas de coma diabétique traité par injection sous-cutanée de bicarbonate de soude.

Le malade était dans le coma depuis deux heures quand M. Rondet fut appelé. Il lui fit une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum contenant 40 grammes de bi-carbonate de soude. L'enfant revint de son état comateux. Une nouvelle rechute le lendemain fut traitée de la même façon et eut le même succès. Une troisième fois l'injection fut inutile et le malade succomba.

Dans des cas semblables, MM. Lépine et Mayet pensent que l'injection intraveineuse serait bien supérieure comme rapidité surtout d'action. On peut, en effet, piquer facilement une veine avec une aiguille de Pravaz, sans dénudation préalable.

Procédé pour calmer la douleur causée par les extractions dentaires.

Le docteur Versluysen (d'Anvers) emploie, dans ce sens, depuis deux ans, un moyen qui, pour n'être pas neuf, n'en mérite pas moins d'être rappelé (1).

Il introduit dans les alvéoles, aussitôt la dent extraite, une boulette d'ouate trempée préalablement dans un mélange à parties égales d'acide phénique pur et de glycérine.

Il dit n'avoir jamais constaté du côté de l'os ou des muqueuses le moindre accident à la suite de cette application.

On devra éviter de mettre un excès d'acide pour empêcher qu'il n'agisse sur les tissus voisins, l'anesthésique devant donner son action *loco dolenti* et non autre part. En ajoutant un peu d'essence de citron, on peut masquer l'odeur et un peu le goût de l'acide phénique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie d'urgence (2), par Félix LEJARS.

Peu d'ouvrages ont eu une aussi heureuse fortune que la *Chirurgie d'urgence* de M. Lejars, peu de succès furent d'ailleurs plus justifiés. Voici, en moins de deux ans, la troisième édition de ce beau traité et il n'est pas besoin d'être prophète pour prédire que ce ne sera pas la dernière.

L'ouvrage est trop connu pour que nous insistions sur son plan absolument pratique, sur la clarté de l'exposition, sur la beauté des photographies qui font revivre sous les yeux du lecteur les moindres détails des interventions.

Dans cette troisième édition, plusieurs chapitres ont été transformés, ceux des *traumatismes de l'œil*, *des phlegmons du cou*, *des plaies du cœur*, *de l'appendicite*, *du curage utérin*, etc. ; plusieurs sont entièrement nouveaux et une place à part est faite à la *gastrostomie d'urgence*, *aux abcès de l'abdomen*, *abcès de la paroi abdominale antérieure du foie*, *de la région sous-phrénique*, *abcès péri-néphrétiques*, *hypogastriques*, *à la périnéorraphie d'urgence*, *aux traumatismes des bourses*, *au prolapsus rectal irréductible ou étranglé*, *à la hernie diaphragmatique*, *aux luxations de la clavicule*, *aux fractures du maxillaire inférieur et de la colonne vertébrale*, *à l'arthrotomie d'urgence*, *à l'ostéomyélite aiguë*, *aux brûlures*, *à la pustule maligne*.

Tous ces remaniements et ces additions nécessitaient encore de nouvelles figures; M. Masson les a prodiguées. Elles sont au nombre de 134; elles portent à 751 le chiffre des dessins et photographies de l'ouvrage.

Ces détails montrent bien combien la *Chirurgie d'urgence* reste un ouvrage d'actualité indispensable à tous les praticiens.

(1) *Anvers méd.*, 30 juin 1901.

(2) 3e édit., revue et augmentée. Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Création d'un Institut de médecine appliquée. — M. Jules Auffray vient de soumettre, à ses collègues du conseil municipal de Paris, un projet tendant à la création d'un Institut municipal de médecine appliquée. L'auteur de ce projet le résume ainsi : 1° Il sera créé à Paris un établissement d'enseignement médical dénommé : Institut municipal de médecine appliquée ; 2° il sera organisé dans cet Institut des cours d'une durée maxima de un à deux mois, ayant pour objet l'enseignement synthétique de spécialités médicales (affections, procédés de thérapeutique ou de diagnostic); 3° il sera annexé aux cours une ou plusieurs salles de malades; 4° les cours ne pourront être suivis que par des médecins pourvus du titre de docteur ou de tout diplôme qui sera reconnu équivalent par le conseil de surveillance comprenant des médecins, des membres du conseil municipal, le vice-recteur de l'Académie de Paris, le doyen de la Faculté de médecine, des représentants de l'administration préfectorale et de l'Assistance publique.

Ce conseil déterminera les cours à ouvrir, choisira les professeurs et fixera le nombre et les conditions d'admission des élèves, etc.

En apprenant cette nouvelle, les contribuables ne seront-ils pas fondés à se demander à quoi sert la coûteuse Faculté de médecine? A première vue, puisqu'on reconnaît l'insuffisance de la chaire de thérapeutique, il semblerait plus rationnel de perfectionner cette chaire comme on perfectionna l'enseignement clinique. Ce serait plus simple et moins dispendieux que de créer encore de *nouvelles places*.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le médecin principal de première classe Clavel.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Bimler, Bonnamy, Delorme, Ducros, Dumas, Capus, Carlier, Clavelin, Courtois, Gleize, Hugard, Landouzy, Marcelin, Marmey, Moréau, Marix, Piron et Vachez.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bonjean, Cambours-Moutlet, Cultin, Guérin, Pèche et Sicard.

— Ont été nommés chevaliers du mérite agricole : MM. les docteurs Périé (de Nogent-le-Rotrou) et Vessières-Rabusson (de Riom).

— Des médailles d'argent ont été décernées à Mme Frotté, en religion sœur Sainte-Angelina (de l'hospice mixte de Nantes), et à Mme Guiraud, en religion sœur Marguerite (de l'hospice mixte de Troyes), pour le dévouement dont elles ont fait preuve depuis de longues années dans l'exercice de leurs fonctions.

Guerre. — Par décret du 12 juillet 1001, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe David, maintenu au 156e d'infanterie; — Brissé Saint-Macary, désigné pour le 113e d'infanterie; — Tisserant, désigné pour le 17e d'artillerie ; — Mouret, désigné pour le 10e d'infanterie; — Guérin, désigné pour le 57e d'infanterie ; — Trilhe, désigné pour le 8e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les

médecins aides-majors de deuxième classe Schmerber, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Geysen, maintenu à la direction du service de santé du 2e corps d'armée; — Besse, maintenu au 9e d'artillerie; — Zeller, maintenu au 146e d'infanterie; — Rieux, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Conor, désigné pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée; — Petges, désigné pour le 38e d'artillerie.

— Par décision ministérielle du 12 juillet 1901, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Bercher, pour le 1er zouaves; Brousse, pour le 3e d'infanterie; Mickaniewski, pour le 31e d'infanterie; Lapasset, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Pelletier, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Prost-Maréchal, pour le 125e d'infanterie; Thirion, pour le 5e chasseurs à cheval; Foubert, pour le 9e dragons; Delporte, pour l'école de gymnastique de Joinville-le-Pont; de Montély, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Lenez pour le 7e dragons; Spillemann, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Fromont, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Darricarrère, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; Boursiac, affecté au 22e d'artillerie et détaché à la poudrerie militaire du Bouchet; Verse, pour le 141e d'infanterie; Tardos, pour le 17e escadron du train des équipages militaires; Fournial, pour le régiment des sapeurs-pompiers.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 27e semaine, 825 décès, chiffre moindre que pendant la semaine précédente (848) et moindre surtout que la moyenne ordinaire des semaines de juillet (926).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (la moyenne est 10).

La variole a causé 10 décès, chiffre analogue à celui des deux semaines précédentes (10 et 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste relativement assez modéré (64).

La rougeole a causé 14 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et inférieur la moyenne ordinaire des semaines de juillet (21).

La scarlatine a causé 3 décès; la coqueluche 11.

La diphtérie qui, après avoir été très meurtrière, était tombée brusquement, la semaine dernière, à 6 décès, se maintient heureusement très près de ce dernier taux (9). Le nombre des cas nouveaux signalés n'en reste pas moins très élevé (110). Cela est une raison de plus pour que nous renouvelions le conseil de recourir aux injections de sérum antidiphtéritique dès que la maladie est soupçonnée, et sans attendre que le diagnostic soit complètement démontré.

La diarrhée infantile a causé 46 décès de 0 à 1 an (au lieu de 30 pendant la semaine précédente). On ne saurait donc prendre trop de précautions dans l'alimentation des jeunes enfants pendant les chaleurs que nous traversons.

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 117 décès, au lieu de 134 pendant la semaine précédente, et au lieu de 109, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 12 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 21 (au lieu de la moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 72 (au lieu de la moyenne 57), dont 30 sont dus à la congestion pulmonaire et 33 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès; la méningite tuberculeuse, 12 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 39 décès; les maladies organiques du cœur, 47; le cancer a fait périr 51 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 6; la néphrite, 27; enfin, 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin. Nous adressons à son beau-père, M. le professeur Raymond, nos bien vives condoléances; de MM. les docteurs Beaubrun (de Limoges; Durnerin (de Fourchambault); Montange (de Belleville-sur-Saône); Liermain (de Carvin).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 82. — JEUDI 18 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 18 JUILLET 1901. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES, par MM. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, et PAULESCO. — HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE AVEC PERFORATION DE L'INTESTIN AU NIVEAU DU COLLET; LAPAROTOMIE; SUTURE INTESTINALE; GUÉRISON, par M. COCHEMÉ, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Thérapeutique* : Considérations thérapeutiques sur l'érysipèle; — Lavages de l'estomac chez l'enfant; — *Anatomie pathologique* : Un procédé nouveau de coupes anatomiques. — REVUE DES THÈSES. La typhoïde sudorale à forme bénigne (A. LAYRÉ-DUFAU); — De la grippe à forme typhoïde (R. SAUREL); — Le facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale (J. CALMETTE); — De l'emploi du calaya (anneslea febrifuga) comme fébrifuge (N. TSAMBOULAS). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Par MM. LANCEREAUX et PAULESCO (1).

Depuis notre première communication faite le 22 juin 1897, cette méthode thérapeutique a été employée, on peut le dire, dans le monde entier; bien plus, des anévrysmes elle a été étendue aux hémorragies (hémoptysies, purpura, fièvres à formes hémorragiques).

Dans la plupart des cas d'anévrysmes, ainsi traités, les résultats obtenus ont été satisfaisants car, presque toujours, la poche anévrysmale a durci, les mouvements d'expansion ont disparu et, avec eux, les phénomènes douloureux.

Un certain nombre d'insuccès ont, cependant, été signalés; mais si l'on examine attentivement les faits, on constate que les insuccès tiennent à deux principales causes :

1° Le traitement a été appliqué à des cas sur lesquels il ne pouvait avoir aucune action (ectasie fusiforme du vaisseau);

2° La technique opératoire a été modifiée arbitrairement, soit que les doses de solution gélatineuse employée aient été insuffisantes (20 à 30 centimètres cubes au lieu de 200 à 250 centimètres cubes), soit que le nombre des injections ait été trop faible (2 ou 3 au lieu de 15, 20, 30).

(1) Communication à l'Académie de médecine.

Nous avons déjà insisté à l'Académie sur l'inutilité des injections de gélatine dans les cas de simple ectasie du vaisseau, sans poche anévrysmale proprement dite, et nous avons montré que, dans ces conditions, la coagulation ne se produit pas, parce que le cours du sang n'est pas suffisamment ralenti et que *le ralentissement du cours du sang est une des conditions indispensables à la formation des caillots à l'intérieur des vaisseaux.*

En même temps, nous avons essayé de déterminer la dose de gélatine nécessaire pour augmenter légèrement la coagulabilité du sang, et nous sommes arrivés à conclure, par le calcul, l'expérimentation et l'observation clinique, que la *dose minimum* de gélatine, facilement et rapidement absorbée, lorsqu'elle est dissoute dans 200 à 250 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, devait être d'environ 5 grammes. Ainsi il n'est pas étonnant que des doses de 20 à 30 centimètres cubes de cette solution se soient montrées inefficaces.

Nous avons encore constaté que, comme à la suite d'une injection de gélatine, le contenu du sac anévrysmal se coagule, la poche durcit tout à coup, les mouvements d'expansion diminuent et les douleurs se calment; mais, au bout de quelques jours ces mouvements et les douleurs réapparaissent.

Une nouvelle injection reproduit les effets de la première, et ce n'est qu'au bout de dix, quinze, vingt et même trente-cinq injections que la guérison définitive est obtenue.

Ces faits nous paraissent devoir être interprétés de la façon suivante : le caillot formé lors de la première injection obture en grande partie la poche anévrysmale, mais comme il ne tarde pas à se rétracter, le sang, qui pénètre à nouveau dans cette poche, est coagulé par une nouvelle injection et ainsi de suite jusqu'à ce que toute la poche soit remplie par des caillots fermes et résistants.

Le nombre des injections, nécessaires pour obtenir ce résultat, varie, on le conçoit, avec diverses circonstances et, notamment, avec le volume de la poche anévrysmale. Partout, il est facile de comprendre que deux ou trois injections ne peuvent produire qu'un soulagement passager pour le malade, et non la guérison définitive de l'anévrysme.

Un autre reproche adressé à notre méthode c'est qu'elle est douloureuse et produit de la fièvre. Mais faite convenablement, c'est-à-dire poussée lentement dans le tissu cellulaire de la fesse, *l'injection de gélatine est absolument indolore* et, si l'on a eu la précaution de prendre des mesures d'asepsie rigoureuse, *elle n'est pas suivie d'accès fébriles.*

Nous croyons devoir insister sur tous ces détails pour montrer que les insuccès atribués à notre méthode tenaient uniquement à son application défectueuse.

Aujourd'hui, nous présentons à l'Académie deux nouveaux malades atteints : l'un, d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite; l'autre, d'un anévrysme de la crosse de l'aorte et considérablement améliorés l'un et l'autre, sinon guéris, par la gélatine en injections sous-cutanées.

Le premier de ces malades était porteur d'un énorme anévrysme de l'artère sous-clavière, à contenu manifestement formé par du sang liquide, puisque la tumeur était molle et réductible. Or, il est facile de reconnaître que, sous l'influence des injections de sérum gélatiné, la poche est devenue d'une dureté ligneuse et n'est plus animée de mouvements d'expansion.

Chez la malade de la seconde observation, atteinte d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, comprimant la veine cave supérieure et quelques nerfs intercostaux, les injections sous-cutanées de gélatine ont eu pour effet de faire disparaître les douleurs névralgiques et de diminuer considérablement la circulation veineuse collatérale qui s'était établie au-devant du thorax.

A part ces deux malades, nous avons eu à soigner, au cours de cette même année, deux autres malades que nous regrettons de ne pouvoir présenter.

L'un d'eux, une femme âgée de cinquante ans, syphilitique, présentait un volumineux anévrysme de l'aorte qui comprimait la veine cave supérieure (circulation veineuse collatérale sur la partie supérieure du thorax), les nerfs intercostaux (douleurs névralgiques) et les nerfs pneumogastriques et récurrents (toux incessante, quinteuse, rauque et aboyante).

Sous l'influence de six injections gélatineuses, la toux d'abord, puis les douleurs ont complètement disparu, et la circulation veineuse collatérale s'est atténuée. Cette femme, se croyant guérie, a quitté l'hôpital; mais, peu de temps après, elle est reprise de douleurs et de toux quinteuse. Rentrée dans notre service, nous l'avons soumise au traitement gélatiné, et son état s'est rapidement amélioré.

Une autre femme, âgée de soixante ans, atteinte d'artériosclérose et d'un énorme anévrysme de la crosse ayant errodé la poignée du sternum, l'extrémité interne de la clavicule droite et de la première côte, a été considérablement améliorée, sinon guérie, à la suite d'une vingtaine d'injections gélatineuses, car nous l'avons revue depuis lors, cette femme qui, après avoir quitté l'hôpital, a repris son travail, et nous avons pu constater que l'amélioration se maintenait.

En conséquence, nous persistons à croire que les injections de sérum gélatiné constituent, à l'heure actuelle, la seule méthode de traitement inoffensive et capable d'amener la guérison des anévrysmes vrais de l'aorte, non justiciables d'un traitement chirurgical.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE AVEC PERFORATION DE L'INTESTIN AU NIVEAU DU COLLET

KÉLOTOMIE; SUTURE INTESTINALE; GUÉRISON

Par M. COCHEMÉ, ancien interne des hôpitaux.

Le dimanche 1er juillet 1900, le nommé B... (Jules), âgé de cinquante-quatre ans, marchand forain, est amené à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard, pour une hernie étranglée.

Le malade présentait, au niveau de la région inguinale droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, qui avait tous les caractères physiques de la hernie étranglée. Il y avait arrêt des matières et des gaz; mais comme l'étranglement, au dire du malade, remontait à huit heures du matin, il n'y avait pas encore eu de vomissements.

Assisté de mon collègue et ami Pédeprade, je pratiquai à sept heures la kélotomie. Après ouverture du sac et issue du liquide contenu dans ce sac, l'anse intestinale qui s'offre à nous est une anse d'intestin grêle. Malgré le peu de temps écoulé depuis l'étranglement, nous eûmes la surprise de constater qu'il existait sur l'anse intestinale tirée au dehors après débridement, au niveau du collet, une perforation linéaire, ayant une longueur de 12 à 15 millimètres, dans une direction perpendiculaire au grand axe de l'intestin et s'étendant du bord mésentérique au bord convexe de l'intestin. Les tissus environnant cette ulcération étaient rougeâtres et friables.

Pour réparer cette ulcération, nous fîmes un surjet séro-séreux afin d'enfouir complètement les bords de la plaie; et pour la solidité de la suture, il nous fallut prendre nos points d'attaque à un demi-centimètre de distance des bords de la plaie dans la séreuse saine ou moins malade que celle qui limitait immédiatement la déchirure. L'enfouissement des bords de la plaie et l'affrontement des surfaces séreuses qui la limitaient formèrent un bourrelet saillant à l'extérieur et proéminent dans l'intérieur de l'intestin, mais la lumière de l'intestin ne fut pas obstruée par la présence de ce bourrelet, et l'on put sans difficulté faire progresser le liquide intestinal à travers ce détroit.

A l'aide d'un catgut, on maintint, fixée derrière la paroi abdominale, l'anse intestinale qui avait été suturée, de façon à prévenir l'issue du liquide intestinal dans la grande cavité péritonéale, au cas où la suture se serait désunie. Un petit drain fut laissé à l'angle inférieur de la plaie. Depuis le moment où l'on commença l'anesthésie jusqu'à celui où les épingles du pansement furent mises, quarante-cinq minutes s'écoulèrent.

Les jours suivants, notre malade n'eut aucun vomissement, alla à la selle le deuxième jour. Le premier pansement et les fils furent enlevés au bout de huit jours. Le quinzième jour après l'opération un pansement collodionné fut appliqué.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(16 JUILLET 1901)

Le 15 février dernier, notre confrère, M. Pédebidou, saisissait le Sénat de la guérison de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés qui, comme on sait, est la principale cause de cécité; il insistait sur la nécessité de tout mettre en œuvre pour prévenir et guérir cette terrible affection et demandait, en conséquence, que l'on obligeât légalement les sages-femmes à se servir, à cet effet, de permanganate de potasse reconnu comme le moyen antiseptique le plus puissant. La haute assemblée prêta une oreille attentive aux propositions de notre distingué confrère; des commissions furent nommées; le comité consultatif d'hygiène fut saisi; il y eut un premier rapport de M. Brouardel, un second rapport de M. Netter. Enfin, l'Académie fut saisie à son tour de la question, nomma également une commission au nom de laquelle M. Pinard vient de nous faire, sur ce sujet, un troisième rapport.

Fieuzal avait démontré par des statistiques que 33 p. 100 des cécités étaient dues à l'ophtalmie purulente des nou-

veau-nés. M. Pinard rappelle les travaux les plus importants qui ont été faits sur ce sujet; il rappelle également la relation qui existe entre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et la leucorrhée ou la blennorragie maternelle. L'ophtalmie purulente des nouveau-nés de nature gonococcique est aujourd'hui amplement démontrée. Mais le gonocoque est-il seul coupable? Évidemment non, il y a d'autres causes.

M. Pinard distingue aussi l'infection qui se fait avant la naissance, infection vaginale et même utérine, de l'infection qui se fait après la naissance, l'une étant appelée primitive, l'autre secondaire. Il y a une prophylaxie de cette infection ophtalmique des nouveau-nés. Quelle est-elle? Elle consiste dans la désinfection génitale préalable de la mère, puis dans la désinfection oculaire de l'enfant.

Ici, M. Pinard passe en revue les divers moyens employés, solution de nitrate d'argent au cinquantième, solution phéniquée au centième, sublimé, jus de citron, permanganate de potasse, aniodol, voire même l'eau distillée.

De l'examen des faits, de l'expérimentation de ces divers moyens, il semble que, malgré toutes les précautions prises, on observe encore dans les maternités quelques cas d'ophthalmie purulente des nouveau-nés, comme on y observe encore des cas d'infection puerpérale. Il résulte également de ces faits que le permanganate de potasse n'est pas supérieur aux autres agents antiseptiques et qu'il n'y a pas lieu de le doter d'un caractère officiel en obligeant légalement les sages-femmes à l'employer. Telle est la conclusion principale du rapport de M. Pinard dont voici, d'ailleurs, les conclusions :

« L'Académie de médecine, dans le but de faire diminuer le nombre des aveugles, pense qu'il est inutile d'adresser aux sages-femmes une circulaire recommandant un traitement prophylactique déterminé et demande aux pouvoirs publics :

1° De faire distribuer, dans toutes les mairies, en même temps que le livret des naissances, une notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration des ophtalmies purulentes comme maladie transmissible soit régulièrement faite par les médecins et les sages-femmes;

3° Qu'à toutes les maisons d'accouchement, cliniques et maternités, soit attaché un ophtalmologiste chargé de traiter les ophtalmies purulentes et d'enseigner ce traitement aux étudiants et aux sages-femmes. »

Ces conclusions, après quelques légères modifications, sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

Au cours de la petite discussion qui a accompagné le vote de ces conclusions, M. Fournier a insisté sur la nécessité d'exiger l'examen bactériologique des sécrétions de la femme en couches. Il y attache une grande importance; le traitement devant, selon lui, présenter de grandes différences, suivant qu'on a trouvé ou non dans ces sécrétions des gonocoques.

Tandis que M. Pinard demande pour chaque maternité un ophtalmologiste, M. Fournier demande un bactériologiste.

Sous ce titre : **De la contagiosité de la pelade**, M. Hallopeau fait un rapport sur un travail de M. Jacquet qui met en doute cette contagiosité. On peut invoquer contre cette opinion les arguments suivants : 1° la pelade reste souvent isolée; c'est vrai, mais il y a des cas de transmission qui priment les faits négatifs; 2° les tentatives d'inoculation de la pelade peuvent rester infructueuses : oui, mais il y a un cas positif; 3° M. Jacquet a noté chez les peladiques des troubles de nutrition qui l'amènent à admettre que la pelade n'est que la mue modifiée : cette théorie paraît difficilement applicable à une maladie non saisonnière se manifestant par des plaques à progression excentrique; les altérations des tissus des plaques dénudées, invoquées en faveur d'une dyscrasie, peuvent être attribuées au même processus qui donne lieu à la dépilation : pour ce qui est des modifications que subirait l'excrétion urinaire, elles pourraient s'expliquer par l'action des toxines élaborées par le contage; 4° on a voulu expliquer les cas de contagion par des erreurs de diagnostic ou par la grande fréquence de la maladie : mais, à côté de faits contestables il en est de démonstratifs; la fréquence est un mythe, des médecins très occupés n'en observent qu'un ou deux cas par an ou même pendant toute leur carrière. Aucun des arguments opposés à la contagiosité n'est donc valable : par contre, les preuves abondent en faveur de la transmissibilité. Il existe de nombreux exemples d'épidémies de famille, d'administration, de village, d'école, de bataillon; un relevé des cas de pelade observés dans l'armée pendant trois années a donné les résultats suivants : la pelade a fait complètement défaut dans les deux cinquièmes des garnisons : dans les autres, le chiffre exprimant sa fréquence a varié de 0,0002 à 3,91 p. 100; dans 23 garnisons, le chiffre a dépassé 1 p. 100; ce sont là autant d'épidémies de pelades, elles se renouvellent donc constamment dans des proportions considérables; Blaschko a observé un cas authentique d'auto-inoculation; 5° la pelade se comporte cliniquement comme une maladie parasitaire, elle s'étend par prolifération locale, autrement dit par auto-inoculation; 6° l'action des agents parasiticides est en faveur de la même théorie; 7° on sait que l'agent infectieux encore indéterminé de la pelade ne se propage que par des contacts directs; c'est donc à tort que l'on exclut les peladiques des écoles, des administrations et des ateliers, il faut seulement qu'ils y soient traités et qu'ils gardent la tête constamment couverte; il y aura lieu de reviser les règlements à cet égard.

M. Du Castel insiste sur le préjudice considérable causé à bien des familles, à des collégiens, à des employés par l'idée de la contagiosité de la pelade; ces mesures rigoureuses font en réalité plus de mal que de bien et peut-être convient-il même, dans la majorité des cas, de se comporter comme si la pelade n'était pas contagieuse.

M. Du Castel est plus perplexe que jamais sur la question de la contagiosité de la pelade. En réalité, dit-il, nous ne savons pas distinguer si une pelade est ou non contagieuse, et, pour sa part, il n'ose affirmer la non-contagiosité d'un cas donné de pelade.

M. Chauvel fait observer que dans l'armée la pelade se montre incontestablement contagieuse.

M. Rendu rappelle que, quand il était interne à Saint-Louis, sur 15 internes 4 ont été contaminés de pelade.

M. Fournier est de l'avis de M. Du Castel lorsqu'il dit que les mesures rigoureuses contre la pelade sont plus nuisibles qu'utiles; il a vu des jeunes gens d'avenir dont la carrière a été complètement brisée à la suite d'une pelade. En réalité, si la pelade est contagieuse, elle l'est bien rarement, et seulement dans des conditions spéciales que nous n'avons pas su déterminer.

M. Fournier ajoute qu'il existe de nombreux états péla-

doïdes simulant la pelade et nullement contagieux. Il a attiré l'attention sur les péladoïdes de la syphilis. Il en est d'autres qui nous échappent encore.

A la suite de cette discussion, l'Académie nomme une Commission chargée d'examiner la question de la contagiosité de la pelade. Elle est composée de MM. Hallopeau, Besnier, Chauvel, Du Castel et Fournier.

M. Lancereaux revient sur **le traitement des anévrysmes par la gélatine en injections sous-cutanées**. Il fait cette nouvelle communication en son nom et au nom de M. Paulesco. (Voir plus haut.)

M. Roustan (de Cannes) relate une **épidémie de grippe à forme abdominale** qu'il a observée à Cannes et qui a été qualifiée de fièvre typhoïde. En réalité, s'il y a bien des cas de fièvres typhoïdes anormales, la plupart ont été des grippes à forme abdominale.

La commission permanente qui restera à la disposition du gouvernement pendant les vacances de l'Académie sera composée de la façon suivante : les membres du bureau de l'Académie, les membres du conseil, plus un membre élu par chaque section.

REVUE DE LA PRESSE

THÉRAPEUTIQUE

Considérations thérapeutiques sur l'érysipèle, par M. H. Roger. — Au cours d'un excellent article : « Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle, » résultat de 1568 observations recueillies cette année, M. Roger publie un certain nombre de considérations thérapeutiques du plus haut intérêt pour le praticien.

Il constate tout d'abord qu'un certain nombre des malades qui lui sont envoyés tous les ans dans son service d'isolement à Aubervilliers, ne sont pas atteints d'érysipèle, mais d'abcès dentaires, de phlegmons, de plaies mal soignées ou d'éruptions médicamenteuses.

Pour sa part, M. Roger a complètement renoncé à l'usage des pommades, des emplâtres ou des collodions médicamenteux, destinés à arrêter la marche de l'érysipèle. Ces méthodes, inutiles le plus souvent, peuvent devenir dangereuses; en se fendillant, le collodion blesse le tégument cutané et y provoque de petites lésions fort douloureuses.

« Les pulvérisations d'une solution d'éther saturé de camphre, dit-il, ont l'avantage d'être inoffensives et de soulager le malade. Mais le meilleur traitement local consiste dans l'application de compresses chaudes fréquemment renouvelées. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, la chaleur n'est pas désagréable, et elle nous a paru exercer une influence favorable sur l'évolution de la maladie.

Les érysipèles des membres sont également traités par les pansements humides et chauds. Seulement les infections y sont plus graves. Les suppurations, le sphacèle ne sont pas rares. Aussi avons-nous souvent recours, quand existe la gangrène, à des bains locaux dans des solutions légères à 1 p. 10000 de permanganate de potasse. On fait ensuite des pansements avec de la gaze imbibée d'un liquide antiseptique. Ce sont les applications d'eau oxygénée neutralisée qui nous ont donné les meilleurs résultats.

Quand l'érysipèle des membres prend une marche inquiétante, soit par son extension, soit par le sphacèle plus ou moins profond qu'il provoque, nous sommes arrivé plusieurs fois à enrayer le processus morbide par des injections interstitielles d'eau oxygénée. L'eau du commerce est étendue de son volume avec une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 1000. Le liquide ainsi obtenu est neutre ou légèrement alcalin. Nous en injectons par trois ou quatre piqûres de 5 à 6 centimètres cubes à la périphérie des lésions ou autour des points sphacélés. Les résultats nous ont paru fort encourageants.

Le traitement général, qui s'applique seulement aux cas sérieux, consiste dans l'administration des stimulants diffusibles : acétate d'ammoniaque, sirop d'éther; des oxydants comme le benzoate de soude; si l'état général est grave, on utilise les injections sous-cutanées de sérum artificiel ou d'huile camphrée. Enfin, si la température est élevée et l'adynamie profonde, c'est la balnéation qu'il faut prescrire. Nous avons actuellement à peu près renoncé aux bains froids. C'est le bain tiède ayant, suivant les cas, de 28 à 32 degrés que nous prescrivons.

Quand le sujet est jeune, vigoureux, on donne un premier bain à 30 degrés; si celui-ci est bien supporté on donne les bains suivants à 28 degrés. Quand le malade a dépassé trente ans, on prescrit les bains à 32 degrés. Au delà de quarante ans, il faut être très prudent dans l'emploi des bains, même des bains tièdes. Plusieurs fois, nous les avons vu produire des phénomènes de collapsus fort inquiétants. Nous n'en rejetons pas absolument l'usage, mais nous croyons qu'il faut redoubler d'attention et, trop souvent, on sera forcé de suspendre ce traitement.

De toutes les maladies infectieuses, c'est peut-être l'érysipèle qui provoque le plus souvent le délire. Chez l'homme, le trouble est généralement sous la dépendance de l'alcoolisme et il relève en grande partie des lésions hépatiques et rénales. Il devra donc être traité par les oxydants qui favorisent la diurèse; on donnera, par exemple, 4 grammes de benzoate de soude ; on emploiera en même temps la balnéation froide ou tiède qui agit, comme on sait, sur tout l'organisme, améliore la circulation du foie et du rein, et exerce une action sédative sur le système nerveux. On se rappellera seulement que, passé quarante ans, l'administration des bains doit être surveillée de près.

Enfin, dans les cas où le délire est très intense, nous avons recours à l'ancienne méthode, qui consistait à prescrire du vin opiacé. Un demi-litre de vin contenant 0g10 centigrammes d'extrait thébaïque sera donné dans la journée par petites quantités. Sauf si l'albuminurie est extrêmement intense, cette boisson est bien supportée et diminue rapidement les troubles nerveux.

Quand le délire relève simplement de l'état névropathique, c'est ce qui a lieu surtout chez la femme, nous donnons des sédatifs, notamment l'extrait de valériane à dose de 4 à 5 grammes, le bromure de sodium ou de calcium à dose de 2 grammes et, pour la nuit, 1 gramme de sulfonal ou de trional.

Les antipyrétiques ne nous semblent guère utiles. Cependant quand la fièvre revêt le caractère intermittent, à exacerbations vespérales, on peut prescrire dans la matinée une dose de 0g50 à 1 gramme de sulfate de quinine. Quand la fièvre se prolonge, alors que les manifestations locales semblent terminées, on donnera de l'antipyrine. Mais pendant la période d'état, ces médicaments semblent inutiles.

Tels sont les procédés auxquels nous avons recours dans le traitement de l'érysipèle; c'est l'application des données qui servent de base à la thérapeutique générale des maladies infectieuses. » (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1901.) H. N.

Lavages de l'estomac chez l'enfant. — Les lavages de l'estomac chez l'enfant ont été pratiqués à la policlinique de Steinhardt (de Nuremberg), dans 46 cas de vomissements plus ou moins violents, pendant une durée variant de cinq semaines à deux ans. L'auteur se sert d'une sonde Nélaton n° 6 à 10, et l'introduit par le nez ; il fait maintenir la tête et les bras de l'enfant.

Jamais la sonde n'a pénétré dans le larynx, ce que la toux

et la crise d'étouffement indiqueraient, mais elle ressort parfois par la bouche, il suffit alors de la guider avec le doigt introduit dans la bouche.

Si l'estomac est plein, le contenu sort immédiatement par la sonde; dans le cas contraire, si l'enfant vient de vomir, par exemple, on se rendra compte de la longueur de pénétration de la sonde, en prenant pour longueur de comparaison la distance qui sépare la glabelle de la pointe de l'appendice xyphoïde.

L'auteur fait le lavage avec 100 centimètres cubes ou une plus grande quantité d'eau pure. Il l'emploie surtout dans les crises de vomissements gastriques aigus, quand ces vomissements sont très violents et que l'enfant faiblit (choléra infantile), il faut les pratiquer sans tarder, à moins qu'il y ait tendance au collapsus, car alors le sondage pourrait provoquer une syncope mortelle.

L'auteur emploie aussi les lavages d'estomac dans les vomissements chroniques, comme on le fait chez l'adulte dans le catarrhe chronique de l'estomac. Bien que cette méthode suffise à elle seule pour faire disparaître les troubles digestifs, l'emploi combiné des autres moyens thérapeutiques, régime, traitement médicamenteux, donnera souvent les meilleurs résultats. (*Münch. med. Wochens.*, 1901, n° 16; C.-R. in *Wien. med. Wochens.*, 1901, n° 22, p. 554.) P. V.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un procédé nouveau de coupes anatomiques. (MOURET et RICHE.) — Ordinairement, pour faire des coupes d'organes ou de régions on s'adresse à la congélation; mais la nécessité de se mettre dans des conditions déterminées pour étudier les coupes, et la difficulté de conservation sont deux grands inconvénients de cette méthode.

Le procédé de MM. Mouret et Riche est basé sur le principe de la décalcification des os. Une fois l'os décalcifié, il est possible de faire au couteau n'importe quelle coupe.

Les auteurs se sont servis, pour la décalcification, d'un mélange d'acide azotique et d'acide chromique, dans lequel le membre ou l'organe à décalcifier est plongé; on renouvelle la solution tous les six jours, jusqu'à décalcification complète.

Le seul inconvénient est la coloration brune, uniforme, qui est donnée à toutes les parties de la coupe. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 25 mai 1900; *Montpellier méd.*, 1900, t. X, p. 731.) L. I.

REVUE DES THÈSES

La typhoïde sudorale à forme bénigne, par M. le docteur A. LAYRÉ-DUFAU. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Il existe une typhoïde sudorale grave décrite pour la première fois par Jaccoud; et une typhoïde sudorale type de Cousin.

M. Layré-Dufau a observé une troisième forme de typhoïde sudorale, qu'il dénomme typhoïde sudorale *bénigne*.

Après avoir rapporté l'observation de plusieurs malades, l'auteur donne l'étude détaillée de cette forme bénigne.

Cette typhoïde sudorale bénigne se distingue des deux autres formes en ce que: 1° ce n'est pas seulement par accès que la sueur se montre; 2° les sueurs apparaissent dès le début et persistent pendant toute la maladie. Quant aux troubles nerveux, gastro-intestinaux, broncho-pulmonaires, ils se rapprochent de ceux observés dans les typhoïdes légères.

Les rechutes sont rares et légères; le pronostic est essentiellement favorable; la durée est en général de 3 à 5 septenaires.

Au début, le diagnostic peut être très difficile; et à ce moment, c'est surtout avec la grippe, que la maladie pourrait être confondue. Le diagnostic ne sera plus hésitant, si la séro-réaction est positive.

Quant au traitement, il s'identifie avec celui de la typhoïde vulgaire.

L'auteur partage pleinement l'opinion de M. Decourteix qui dit: « Ces sueurs sont peut être un moyen de réaction de l'organisme contre l'empoisonnement bactérien; » et pense qu'il s'agit d'un processus d'élimination de toxines par les glandes sudoripares. L. I.

De la grippe à forme typhoïde, par M. le docteur R. SAUREL. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

La grippe à forme typhoïde est relativement rare, mais cette forme ne survenant pas toujours au cours d'épidémie et présentant un ensemble de symptômes qui se rapprochent beaucoup de ceux de la dothiénentérie, on conçoit sans peine quelle est, au début, la difficulté du diagnostic.

On trouve néanmoins, par l'examen minutieux de chaque symptôme, certains signes cliniques qui permettent de se prononcer dans un sens ou dans l'autre.

La céphalalgie grippale est gravative, localisée au front et aux tempes tandis que dans la typhoïde elle siège surtout à la nuque.

A la période d'état, le grippé conserve généralement sa langue humide, recouverte d'un enduit saburral épais, grisâtre; celle du typhique est sèche, rôtie, fuligineuse.

Du côté abdominal, la douleur est moins localisée dans la grippe, le ballonnement moins accentué; les selles moins fréquentes et moins fétides. Quant aux taches rosées, elles ont peu de valeur au point de vue diagnostic, pourtant on les rencontre beaucoup plus rarement dans la grippe que dans la dothiénentérie.

Les phénomènes nerveux sont moins intenses dans la grippe; par contre les symptômes thoraciques sont en général plus accentués; et l'obscurité respiratoire, très rare dans la typhoïde, se voit fréquemment dans la grippe.

Dans la grippe, la température atteint son maximum dès le premier ou second jour, tandis que dans la typhoïde, l'élévation a lieu d'une façon graduelle en quatre ou cinq jours.

Mais c'est surtout le séro-diagnostic qui permettra de trancher la question. Le pronostic de la grippe à forme typhoïde est généralement favorable; quant aux indications thérapeutiques, elles sont les mêmes que pour la fièvre typhoïde. H. M.

Le facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale, par M. le docteur J. CALMETTE. (Thèse de Montpellier, 1900-1901.)

On sait que beaucoup d'auteurs concluent à l'intégrité du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale, et en font un signe important du diagnostic, le facial supérieur n'étant jamais respecté dans les paralysies faciales périphériques. Dans le service de M. le professeur Grasset, M. Calmette a recherché, chez tous les malades atteints d'hémiplégie cérébrale, l'état du facial supérieur. De l'ensemble des faits cliniques rapportés par M. Calmette il résulte que, dans les hémiplégies cérébrales :

1° Quand le facial inférieur n'est pas pris, le facial supérieur ne l'est pas non plus;

2° Quand le facial inférieur est peu pris, le facial supérieur ne l'est pas;

3° Quand le facial inférieur est nettement pris, on trouve une atteinte au facial supérieur, soit en demandant l'*occlusion isolée de chaque œil*, soit en faisant *résister aux efforts mécaniques pour ouvrir les yeux*; mais même dans ces cas, le facial supérieur reste toujours, dans les lésions cérébrales, bien moins atteint que dans les paralysies périphériques.

C'est dire que, lorsque le facial supérieur participe à l'hémiplégie cérébrale, sa paralysie est latente et demande à être

cherchée avec soin; les signes qui permettent de la diagnostiquer sont très nets au début de la lésion, mais plus tard quand arrive la période des contractures, ils disparaissent progressivement. Il faut donc se hâter pour leur recherche.

Dans les paralysies faciales périphériques; la paralysie du facial supérieur est toujours beaucoup plus accentuée, et n'a pas besoin d'être recherchée avec autant de soins.

De cette étude approfondie, M. Calmette conclut que :

1° Le facial supérieur a un double rôle; c'est un nerf protecteur de l'œil et un nerf moteur général de la face;

2° Le facial supérieur a une double source d'innervation :

a. Un centre sensorio-moteur dans l'aire oculo-motrice (vers le pli courbe);

b. Un centre sensitivo-moteur dans l'aire sensitivo-motrice générale (au bas de la région rolandique, près du centre du facial inférieur). H. M.

De l'emploi du calaya (anneslea febrifuga) comme fébrifuge, par le docteur N. Tsamboulas. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

D'après l'auteur, l'extrait d'anneslea febrifuga possède des effets antithermiques très manifestes, et ainsi que le démontrent de nombreuses observations, il produit la guérison de la fièvre paludique, dont les accès ont résisté au traitement par le sulfate de quinine.

Le calaya constitue une substance du groupe des tannins, et à ce titre il donne à l'organisme, infesté par les agents pathogènes du paludisme, des moyens de défense plus grands contre ces agents, en même temps qu'il agit peut-être directement sur ceux-ci.

Des diverses expériences entreprises par l'auteur pour étudier l'action du calaya sur l'évolution des cultures microbiennes, il ressort que cette substance ne possède aucune propriété antiseptique, prise dans le sens propre du mot.

L'extrait d'anneslea febrifuga n'est pas toxique. H. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique et opératoire (1), par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître :* tome X et dernier, *Maladies du testicule et des organes génitaux de la femme. Chirurgie des membres.*

Le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, vient d'être terminé. Il forme X tomes en 11 volumes du prix de 125 francs.

Le dixième tome, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé; il est difficile de trouver une série d'articles mieux traités.

L'abondance des matières a nécessité la division de ce dernier tome en 2 volumes. Il forme 1324 pages avec 333 figures.

M. P. Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, traite en 300 pages « des maladies du testicule, du cordon spermatique et des vésicules séminales »; il passe successivement en revue les maladies congénitales et les anomalies, les maladies traumatiques et inflammatoires, les maladies néoplasiques et les maladies trophiques. Les orchites et le varicocèle sont longuement traités.

Les « maladies des organes génitaux de la femme » ont été réparties entre MM. Le Dentu, Ed. Schwartz, R. Pichevin et S. Bonnet : elles comprennent 660 pages et forment un véritable traité de chirurgie gynécologique. M. Pichevin s'est chargé des déplacements, déviations et inversions de l'utérus, du prolapsus génital, des malformations et des affections de la vulve et du vagin. Les maladies de l'utérus sont décrites par M. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; il traite successivement des malformations congénitales, des vices de conformation acquis, des corps étrangers, des lésions traumatiques, des métrites, des fibromes utérins et du cancer. MM. Le Dentu et Bonnet se sont chargés des annexes de l'utérus : anomalies et malformations des trompes et des ovaires, salpingo-ovarites, pelvi-péritonite et pelvi-cellulite, tumeurs de l'ovaire et des ligaments, grossesse ectopique, hématocèle pelvienne, etc.

M. Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, termine l'ouvrage par la « chirurgie des membres » (350 pages); il traite tout d'abord des maladies acquises, lésions traumatiques, plaies infectées et suppurations : les difformités acquises relevant de l'orthopédie sont longuement étudiées. Viennent ensuite les malformations et difformités congénitales des doigts, de la main, de l'épaule, de la hanche, du genou, du pied.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin a été dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire.* Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce dernier volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

(1) 2 vol. gr. in-8° de 1331 pages avec 333 figures. — Prix : 17 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa dernière réunion le conseil de la Faculté a procédé au vote relatif à la présentation des candidats à la chaire d'ophtalmologie laissée vacante par la retraite du professeur Panas.

M. de Lapersonne, doyen de la Faculté de Lille, est présenté en première ligne par 22 voix sur 33 votants; M. Lagrange (de Bordeaux) a été présenté en deuxième ligne par 31 voix sur 31 votants.

— Le concours du clinicat (chirurgie générale, chirurgie infantile, ophtalmologie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie générale : chef de clinique : M. Mouchet; adjoints : MM. Raymond-Petit, Ménier (faute de candidats, la troisième place n'a pu être attribuée).

Chirurgie infantile : chef de clinique : M. Jorion; adjoint : M. Grisel.

Ophtalmologie : chef de clinique : M. Druault; adjoint : M. Sériné.

Hôpitaux de province. — *Orléans* — Un concours pour 3 places d'interne titulaire et 3 places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 10 décembre prochain, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N.-B. — Toutes les facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Deshayes, Noquet, Rit, Zœller, médecins de l'armée territoriale.

Guerre. — Par décision ministérielle du 12 juillet 1901, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lions, pour le 20e escadron du train des équipages militaires; Cathoire, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Denommé, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Mélot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Foley, pour

le 25e d'infanterie; Oberlé, affecté pour ordre à l'hôpital militaire de Versailles ; Rolland pour la 1re compagnie de tirailleurs sahariens; Bourcier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Mazellier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Rousset, maintenu au 49e d'infanterie; Würtz, pour l'école spéciale militaire de Saint-Cyr ; Ga, dit Gentil, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Ecochard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décret du 12 juillet 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active Cluzan, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Lux, Bailby, Poché, Sommeillier et Martin.

Au grade de médecin aide major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active Roussy, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Cros, Petit, Lemaistre, Plancke, Bonnetblanc, Chambon, Monod, Danthez, Salmon, Houselot, Belin, Delprat, Rosenthal, Roustain, Gennatas, Fontaine, Bassinot, Léné, Vincelet, Vallée, Monmayou, Bringuet, Touraille, Profichet, Bétoulières, Cruveilhier, Charbonnier, Souc, Gary, Monthioux, Maillard, Mayeur, Cresson, Prudhomme, Dorvaux, Chantemille, Delcamp, Pignot, Saint-Martin, Benoist, Moreau, Chatin, de Vallandé, Mazin, Adoue, Jacowski, Ouvrier, Martin, Paublan, Bréger, Perrot, Neumager, Quillard, Bloch, Ruelle, Sipière, Morel, Demaldent, Guillemin, Devillard, Barbarroux, Goigoux, Guillaume, Boutes, Andrieu, Renaut, Guibé, Sandoz, Lemaire, Cholet, Corcket, Sichère, Carpentier, Lefort, Urmès, Broustel, Nivelet, Louvet, Coffart, Brunat, Bruneau, Duvernoy, Reilhac, Coste, Pamart, Foucher, Diemer, Lesne, Rochette, Raynaud, Thel, Baldensperger, Wintrebert, Lauvinerie, Mézard, Paget et Cailleton.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le docteur H. Tissier.

Marine. — Le ministre de la marine a décidé, le 12 de ce mois, qu'en attendant le passage au département de la guerre des médecins de la marine qui ont opté pour le service de santé colonial, ces derniers seuls seraient désignés pour le service des troupes, en suivant l'ordre d'inscription de la liste de départ.

Société médicale de Pau. — Il vient de se constituer à Pau sous le nom de *Société médicale* une association entre les médecins de cette ville. Le but principal de cette société est de s'occuper de travaux scientifiques ayant trait à l'art médical et notamment de questions d'hygiène climatologique. Le grand nombre de médecins qui y ont adhéré fait bien augurer des travaux de la jeune société à laquelle nous souhaitons le plus grand succès. Une pareille association ne peut être que très utile à la belle station du Sud-Ouest.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à coupons combinables sur le réseau P.-L.-M. et sur les réseaux P.-L.-M. et Est.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau ou sur les réseaux P.-L.-M. et Est, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui atteignent, pour les billets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15, 23 ou 30 jours, suivant le cas, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire. Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à deux jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

N.-B. — Des carnets délivrés aux conditions de ce tarif sont constitués par une série de coupons reproduisant complètement l'itinéraire demandé par les voyageurs, chacun des coupons servant de billet pour le parcours correspondant. Cette mesure dispense les voyageurs de passer au guichet avant le départ et leur permet de sortir de la gare sans autre formalité que la remise à la sortie du coupon correspondant au parcours effectué.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 83. — SAMEDI 20 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 20 JUILLET 1901. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours de 9 h. à 11 h. et de 2 h. à 5 h. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Étude de la glande thyroïde, de la thyroïodine et de la médication thyroïdienne, par M. Ed. Chapellier, médecin aide-major de deuxième classe, élève au Val-de-Grâce. — Séance de la Société de chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Étude de la glande thyroïde, de la thyroïodine et de la médication thyroïdienne.

Par M. Ed. Chapellier,

Médecin aide-major de deuxième classe, élève au Val-de-Grâce.

I

Appareil thyroïdien et thyroïodine. — Au cours de ces quelques lignes, nous tenterons d'exposer les idées actuelles au sujet de l'appareil thyroïdien en insistant sur son histologie et sa physiologie, puis nous étudierons l'extrait qui en a été isolé, la thyroïodine, en donnant quelques détails à son sujet.

Glande thyroïde. — Anatomie. — L'anatomie de la glande étant chose fort connue, nous ne consacrerons à son sujet que peu de temps. Elle a été fort bien exposée dans la thèse de M. le professeur Bérard [de Lyon] (1).

Le corps thyroïde occupe à peu près le centre de la région sous-hyoïdienne, séparé des autres organes du cou par la gaine viscérale qui l'isole de la trachée, de l'œsophage, et de la partie inférieure du larynx. Sa forme extérieure est celle d'un croissant à concavité supérieure ou d'un fer à cheval, composés de deux lobes latéraux reliés entre eux par un lobe médian ou isthme. L'isthme est surmonté d'un prolongement glandulaire plus ou moins grêle, la pyramide de Lalouette.

La forme et les dimensions de la glande peuvent varier. Chaque lobe, chez l'adulte, mesure en moyenne 3 à 4 centimètres de hauteur sur 3 de largeur. L'épaisseur est de 4 à 6 millimètres pour le lobe médian, de 15 à 20 pour les parties latérales.

(1) Bérard. *Contribution à l'anatomie et à la chirurgie du goitre*, Th. de Lyon, 1896.

Plus volumineux chez la femme, il n'affecte pas, comme on l'a prétendu, un développement plus considérable chez le fœtus, que celui qu'il aura chez l'adulte.

Son poids de 1 à 3 grammes chez le nouveau-né s'élève plus tard à 25 ou 30 grammes en moyenne (1). Il est maintenu en place par trois ligaments : le ligament moyen de Grüber signalé par Hüter, les ligaments latéraux de Grüber, le ligament supérieur, vestige du conduit de Bochdaleck. A ces trois organes, il faut adjoindre la gaine viscérale qui s'attache aux aponévroses du cou.

La couleur de la glande varie du gris rosé au rouge brun, elle est molle et se laisse facilement déprimer ou déchirer. Sa consistance est variable, et, si l'on promène le doigt sur la surface de section, on éprouve une sensation de viscosité particulière, qu'on ne retrouve pas sur les autres glandes et qui provient de la nature toute spéciale du contenu de ses vésicules.

Vaisseaux. — Elle reçoit ses artères de la carotide et de la sous-clavière par l'intermédiaire des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures auxquelles il faut adjoindre la thyroïdienne de Neubauer quand elle existe.

La circulation veineuse est assurée par les thyroïdiennes supérieures et accessoires de Kocher et les thyroïdiennes inférieures et accessoires du même auteur, les thyroïdiennes profondes.

La circulation lymphatique (2) provient des vaisseaux blancs qui, au sortir de la glande, se divisent en ascendants et descendants. Les premiers sont médians et latéraux et tandis que ceux-là vont dans de petits ganglions situés au-devant de la membrane crico-thyroïdienne (Poirier), les autres vont dans les ganglions pharyngés et dans un ou deux autres situés au niveau du bord postérieur du cartilage thyroïde (Boéchat, Marchant).

Les lymphatiques descendants vont dans les ganglions péri-trachéaux (Le Gendre, Boéchat).

Nerfs. — Tous viennent du sympathique et du récurrent. Berres en signale qui proviennent de l'anse de l'hypoglosse.

Glandes accessoires. — Elles existent chez les animaux comme chez l'homme. Chez le lapin, sous la glande principale, une glandule existe un peu plus bas, au-devant de la carotide. Cette glande accessoire, restée à l'état embryon-

(1) Testut. *Traité d'anatomie humaine*, 1895.
(2) Rivière. *Lyon méd.*, 1898.

naire, aurait un poids moyen de 10 milligrammes pour les deux lobes. Elle se trouve à un demi-centimètre au-dessous de chaque lobe, recouverte complètement par le muscle sterno-thyroïdien, difficile à voir, surtout si l'animal est un peu gras, de teinte moins rouge que la glande. Sa longueur est de 4 à 6 millimètres, sa largeur de 1 à 1mm5, son poids de 0,004 à 0,006. Sa structure est analogue à celle du corps thyroïde embryonnaire (1). Vers 1887, un Suédois, Ivar Sandström, a trouvé chez l'homme ces glandules qu'il nomme parathyroïdiennes. Il ne les a vues manquer que 7 fois sur 50 cadavres et dit qu'il ne faut pas les considérer comme des glandes thyroïdes accessoires, vu qu'elles sont restées à l'état embryonnaire (2).

Histologie. — Anatomiquement, dit Morin (3), le corps thyroïde représente une glande composée de vésicules qui sont tapissées d'un épithélium sécréteur, et qui contiennent une substance colloïde; les vésicules, groupées en lobules, sont entourées d'un tissu conjonctif sillonné de vaisseaux sanguins et lymphatiques très nombreux et volumineux. Pour Renaut (4), chaque lobe est formé de lobules, composés en majorité. Au sein de chacun d'eux, des grains thyroïdiens ont l'apparence de vésicules closes, ou plutôt de petits kystes arrondis, reliés entre eux par des cordons pleins.

A la surface interne de chaque grain, on voit un revêtement épithélial continu et régulier, formé de cellules prismatiques. Le contenu de chaque grain consiste en un globe régulier de substance réfringente et claire. Le corps protoplasmique des cellules épithéliales paraît homogène et d'une réfringence un peu inférieure à celle de la matière sécrétée qui gonfle le grain. Il est semé de boules réfringentes, comme celles du mucigène d'une cellule à mucus, mais grâce aux colorants (éosine, carmin), on constate qu'elles en diffèrent, de même que la matière sécrétée qui remplit les grains, qui a les réactions de la substance colloïde. Aussi M. Renaut dit-il que ces boules sont formées de thyromucigène, produit immédiat de l'activité sécrétoire des cellules épithéliales de la glande thyroïde.

A la période fœtale, le produit de sécrétions des grains est constitué par une substance qui paraît être au thyromucigène ce qu'est le mucus au mucigène des glandes muqueuses ordinaires. C'est la thyromucoïne qui reste incolore par l'éosine, alors que celle-ci colore le produit de sécrétion des grains de la glande adulte. Ce dernier produit subit, dans la cavité des grains, une maturation particulière qui le rapproche d'une substance colloïde. Aussi M. Renaut l'a-t-il appelé la thyrocolloïne.

Les grains thyroïdiens de la glande adulte ne renferment la thyrocolloïne que lorsque les voies d'excrétion du produit sécrété, ici les vaisseaux lymphatiques, se déploient normalement au contact des grains, dans leurs intervalles au sein du lobule. Quand ils ont disparu par atrophie (goitre exophtalmique), les grains ne renferment plus qu'une faible quantité de thyrocolloïne, ou même rien autre chose que de la thyromucoïne, comme dans la période fœtale.

Ainsi, la sécrétion normale de la glande thyroïde a pour voies d'excrétion l'ensemble des lymphatiques thyroïdiens. Ceux-ci se sont réellement substitués au canal excréteur disparu depuis longtemps, et dont le seul vestige est le foramen cæcum de la base de la langue. Le produit mûr de l'activité sécrétoire de la thyroïde, la thyrocolloïne, subit donc nécessairement l'action des cellules lymphatiques avant d'être versé dans le sang. On ignore toutefois en quoi consiste cette action pour le cas particulier de la sécrétion thyroïdienne.

Comme on le voit, la thyroïde est une glande à sécrétion interne, amenant dans le sang, par la voie lymphatique, la substance colloïde mûre et chargée d'iode (Baumann), élaborée dans ses grains glandulaires disposés en vésicules closes. Peut-être aussi donne-t-elle directement au sang, par la voie de l'absorption veineuse, d'autres produits que nous ne connaissons pas encore. Sans entrer dans le détail de ce qu'on sait de sa physiologie, il convient de faire remarquer ici qu'il ne s'agit pas d'une sécrétion accessoire, qui puisse être supprimée sans inconvénient.

La thyroïdectomie amène la cachexie strumiprive; si l'on utilise les greffes, les accidents cessent. Il semble donc bien que la sécrétion interne a pour but d'éviter l'accumulation nocive d'un produit toxique dans les tissus, en le détruisant au fur et à mesure qu'il se forme (1), produit toxique de décharge du tissu conjonctif. La glande paraît être le modificateur par excellence des produits toxiques des collagènes désassimilés.

Histologie de l'hypophyse. — On a rapproché le lobe glandulaire du corps pituitaire du corps thyroïde. Le lobe glandulaire se parsème régulièrement de kystes à contenu colloïde dans les goitres et, après l'ablation du corps thyroïde, augmente de volume. Enfin, il subit une hypertrophie considérable dans tous les cas d'acromégalie, en même temps que nombre d'os du squelette redeviennent des os à moelle rouge et augmentent de volume, par un mécanisme très analogue à celui de la préossification.

Physiologie de la glande. — Nous ne citerons que pour mémoire les diverses théories qui ont eu cours avant que l'on arrivât aux idées actuelles. Les conceptions que l'on s'est faites du corps thyroïde et de son rôle ont été fort diverses et peuvent se ramener à trois théories bien différentes (2).

a. *Théories mécaniques.* — Sappey en fit le centre de rétablissement circulatoire entre les carotides et les sous-clavières.

Barkow alla encore plus loin dans cette voie et fut critiqué par Henle et Hyrtl.

Magnien en fit un régulateur de la circulation cérébrale pendant la vie embryonnaire.

Guyon crut qu'il est une cause d'anémie cérébrale par compression carotidienne.

Rush, Waldeyer voient dans l'accumulation du sang dans la glande la cause de cette anémie. Waldeyer crut aussi y voir un régulateur de la circulation cérébrale.

Schrager, Liebermeister en font au contraire un préventif de l'anémie cérébrale.

Mais l'attention fut bientôt attirée sur le rôle physiologique de la glande, rôle qui fut vite apprécié à la suite des interventions chirurgicales. Nous rappellerons les principales d'entre celles-ci, sans vouloir insister sur ce sujet.

(1) Gley. Soc. de biol., 1891.
(2) Gley. *Schmidt's Jahrb.*, Bd 1887. — Krause. *Anat. des Kaninschens*, Leipzig 1884.
(3) Morin. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1895.
(4) Renaut. *Traité d'histologie pratique.*

(1) Brissaud. *Arch. de neurol.*, 1898.
(2) Moussu. *Recherches sur les fonctions thyroïdienne et parathyroïdienne*, Th. de Paris, 1897.

b. *Théories physiologiques.* — On l'appuie d'abord sur les effets de la thyroïdectomie et Schiff en 1859-1884 indique que cette opération est mortelle chez le chien.

Reverdin en 1882, Kocher en 1883, Horsley en 1885 (1), Rapp opérant sur la chèvre, Munck sur le porc, émettent les mêmes conclusions que celles qu'avait faites Horsley sur le singe. Les expériences de Allara sur les poules, de Ewald et Rockwell sur les pigeons, restent sans résultats, de même d'ailleurs que celles de Schiff et de Phillipeaux sur les rats blancs, celles de Colzi, Rogowitsch (2), Albertoni et Tizzoni.

Horsley constate que la thyroïdectomie, incertaine ou nulle dans ses effets cachectiques sur les oiseaux, les rongeurs, les solipèdes et les ruminants, est modérée chez l'homme et le singe, aiguë chez les carnivores.

Enfin, l'on fit des tentatives de greffes de corps thyroïde de mouton entre les mains de Kircher, Richer, Merklen, Waltner, Bellencourt et Serrano.

c. *Théories chimiques.* — Weil, Sanquirico, Canalis admettent que le corps thyroïde sécrète une substance nécessaire au bon fonctionnement du système nerveux.

Crede, Zevas, Cuenot s'occupent de la fonction hématopoiétique de la glande.

Horsley voit, dans le produit de sécrétion, l'élaboration d'une substance agissant sur les échanges organiques.

Ces dernières théories chimiques, un peu complexes, peuvent se ramener à une proposition qui est la suivante et que nous développerons quelque peu, car ses conséquences retentiront d'une façon générale sur tout l'organisme. Le corps thyroïde fonctionne à la façon d'une glande sécrétant un produit nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Le produit serait lui-même indispensable à l'intégrité absolue du système nerveux central, ou bien, ce qui est plus probable, servirait à diminuer ou à neutraliser une substance toxique provenant des processus de désassimilation cellulaire et dont la présence dans l'organisme aurait des effets nuisibles, en particulier sur le système nerveux central. Si l'on enlève la glande thyroïde, on a le myxœdème, que l'on atténue par l'injection du corps thyroïde.

Dans les cas de myxœdème non opératoire, Ord et Harley ont signalé l'atrophie de la glande, de même que dans le crétinisme Hilton Fagge, et, dans l'idiotie, Bourneville et Bricon. Récemment Notkine [de Kiew (3)], a publié un travail dont les conclusions, si elles se confirment, seraient importantes.

Admettant que la cachexie strumiprive est due à une intoxication que, dans l'organisme sain, le corps thyroïde doit neutraliser, il a recherché à l'isoler. Il affirme l'avoir découverte dans la matière colloïde du corps thyroïde lui-même. Ce serait une substance albuminoïde à laquelle il a donné le nom de thyroprotéide et qui serait fortement toxique, surtout chez les animaux thyroïdectomisés. Cette substance serait très vraisemblablement le poison, qui, après la thyroïdectomie, provoquerait en s'accumulant la cachexie strumiprive. Le rôle du corps thyroïde serait d'épurer l'organisme de la thyroprotéide contenue dans le sang, d'emmagasiner cette substance dans les alvéoles de la glande, de la neutraliser, puis de la restituer ensuite à la circulation alors qu'elle est devenue inoffensive. La thyroïde contiendrait alors le poison et le contre-poison. Wormser, en 1897, est de cet avis. La glande, pour lui, extrait du sang certains produits toxiques de désassimilation. Elle peut emmagasiner certaines substances, l'iode par exemple, et utiliser celles-ci pour la préparation d'antitoxine. Si celle-ci n'est pas produite en quantité suffisante, il y a dans la glande une accumulation de produits toxiques qui conduit au goitre.

Acona (1), presque en même temps, fait des expériences dans le but d'établir l'action du suc thyroïdien comme antitoxine contre les produits toxiques de désassimilation ou comme ferment contribuant à l'assimilation des substances protéiques et enrayant l'accumulation de la mucine dans les tissus. Tout récemment enfin, Gauthier de Charolles (2) s'est fort occupé, dans un long travail, de cette question. La théorie antitoxique, dit-il, telle qu'elle a été présentée par Notkine, puis compliquée par la découverte de Baumann, peut être résumée de la façon suivante : le thyroprotéide, substance nuisible, qui prend naissance dans l'organisme, subit, au sein même de la glande, une neutralisation, une destruction par l'action de l'iodothyrine, substance bienfaisante et de sécrétion thyroïdienne.

Mais, en y regardant de plus près, dit encore Gauthier, cette théorie antitoxique ne satisfait pas, et cela pour plusieurs raisons, trop longues à développer ici. Finalement, dit le même auteur, « il semble que l'iodothyrine a une influence directe sur le métabolisme sans même qu'il soit besoin de l'intermédiaire du système nerveux pour expliquer son influence sur la régulation des échanges organiques. Quand la glande thyroïde, atrophiée ou dégénérée, ne sécrète plus cette substance, les troubles nutritifs qui en résultent sont immédiats et tiennent uniquement à l'absence dans l'organisme d'un principe qui augmente normalement l'intensité des échanges. En un mot, la régulation des échanges paraît être comme relevant d'ordre chimique direct. Il existe certainement dans l'organisme des substances qui exagèrent, d'autres qui diminuent le métabolisme. »

Par l'action ménagée de ces corps en quantité à peu près équivalente, doit être réalisé l'équilibre nutritif. L'iodothyrine est une de ces substances, une des mieux déterminées chimiquement, bien qu'elle contienne encore beaucoup d'inconnues.

Schiff (3), en 1894, avait conclu, d'après des expériences, que la glande élabore une substance utile ou qu'elle détruit une substance nuisible au bon fonctionnement des centres nerveux. C'est dans un cas la théorie antitoxique, mais, dès que l'auteur veut préciser, en parlant d'une action spéciale sur les centres nerveux, il rencontre des contradicteurs.

On a même dit que la glande, outre les fonctions qui lui incombent, pour ainsi dire, directement, peut venir en aide à d'autres organes de l'économie lorsque ceux-ci ne suffisent pas à leur tâche. Ce serait comme un vaste système de glandes, formé par le foie, la rate, le thymus, les capsules surrénales, les reins..., agissant chacune pour arriver au même but final, et se prêtant main forte au besoin. Lindemann (4), en effet, dans quatre cas d'ictère, dit qu'on a trouvé une sécrétion colloïde exagérée de la thyroïde. L'auteur conclut que, les fonctions antitoxiques du foie étant

(1) Horsley. *The Brit. Med. Journ.*, 1885-90-93.
(2) Rogowitsch. *Arch. de physiol.*, 1888.
(3) Notkine et Gottlieb. *Journ. de phys. et de chimie*, 1897.

(1) Acona. *Siglo med.*, 1895.
(2) Gauthier. *Revue de méd.*, 1900.
(3) Schiff. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1894.
(4) Lindemann. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897.

diminuées, il y a eu exagération vicariante des fonctions antitoxiques de la thyroïde, provoquée par le passage dans le sang des substances toxiques ou peu désintoxiquées par le foie.

Physiologie des glandes parathyroïdes. — Tout ce qui vient d'être étudié au sujet du rôle dans l'économie de la glande thyroïde, se réduit actuellement, en somme, à une théorie, car les conceptions chimique et antitoxique concourent au même but, à savoir que la glande sécrète une substance chargée de détruire un principe nuisible — ou produit un corps directement actif. Le rôle des glandules parathyroïdiennes est moins bien défini et l'on est obligé de se rallier à trois théories principales entre lesquelles l'avenir se chargera de décider, et que de nouvelles expériences tendront peut-être à réunir.

Pour Gley (1), il faut voir deux choses distinctes et voisines dans leur action :

1° Elles suppléeraient la glande principale quand elle fait défaut ;

2° Il y a association fonctionnelle entre les deux sortes de glandes. Elles préparent le produit de sécrétion qui se dépose ensuite dans la glande.

Pour Moussu (2), les différentes glandes ont une action bien indépendante. Pour la portée pratique, en supposant possible une conclusion des animaux à l'homme, cette action se manifeste par des troubles distincts : les accidents aigus, tétanie, tachycardie, dyspnée, polypnée après le goitre, de quelque nature qu'il soit, sont des accidents parathyroïdiens. Les accidents chroniques, abaissement de la température, affaiblissement intellectuel, myxœdème, sont exclusivement thyroïdiens.

Enfin Brissaud (3) suppose qu'un processus morbide peut affecter soit les glandes, soit les glandules, et, à côté du myxœdème complet post-opératoire thyro-parathyroïdien, on a le myxœdème simplement thyroïdien, laissant intactes les fonctions psychiques, correspondant à l'intégrité des parathyroïdes. D'où il conclut que celles-ci pourraient être préposées au bon fonctionnement des centres nerveux.

Citons enfin les quelques résultats de Vassale (4) et Generali à la suite d'expériences tentées en 1896.

Les symptômes morbides qui suivent l'ablation des quatre glandules parathyroïdes sont analogues à ceux qui s'observent après la thyroïdectomie chez le chien et le chat, faite totalement, et l'extirpation simultanée du corps thyroïde et des glandes parathyroïdes. Les auteurs croient que les effets funestes de l'extirpation de ces dernières sont dus à l'abolition de leur fonction spécifique, et ce qui surprend, c'est que chez ces animaux, la mort, a lieu plus vite qu'après la thyroïdectomie totale.

D'où l'on voit l'importance de ces quatre petits organes regardés à tort jusqu'à ce jour comme des restes embryonnaires.

Le système thyroïdien est-il un appareil conjugué à d'autres organes? — Des recherches complètes ont montré que l'appareil thyroïdien, tel que nous l'avons décrit jusqu'ici, agit de concert avec d'autres organes qui sont des glandes closes. L'on sait l'association, ou plutôt la suppléance qu'il y a entre le thymus et le corps thyroïde, celui-ci étant remplacé par celui-là dans les premières années de la vie. Les amygdales, dont le rôle est moins élucidé, semblent agir jusqu'au moment de la puberté. Mais c'est la glande pituitaire sur laquelle ont été dirigés la plupart des travaux. Le lobe antérieur de cette glande est identique, de par sa structure, comme l'ont prouvé Lothringer, Viola, Pisenti, et de par son embryologie, comme l'ont indiqué Valenti, Kupfer, Pisenti, à un lobe thyroïdien, au point d'être considéré comme une glande thyroïde aberrante. Son action sur la croissance se manifeste dans l'acromégalie. Or, l'on connaît l'action de la glande thyroïde sur la croissance, et Brissaud (1), Gauthier (2), dès 1890, l'ont bien établie aussi pour le corps pituitaire en s'occupant de ses rapports avec la thyroïde.

Gley (3) croit qu'il y a des rapports de suppléance entre l'hypophyse et le corps thyroïde, au moins chez le lapin, et Rogowitsch en 1888, Stieda en 1889 ont surtout démontré qu'à la suite de l'extirpation incomplète du corps thyroïde chez le même animal et chez le chien, il se produit dans l'hypophyse des modifications de structure très nettes et qu'ils ont étudiées avec soin.

Gley (5) et Hofmeister ont fait les mêmes constatations en 1892. De même Pisenti et Viola dès 1890.

Aschoff (6), en 1899, rapporte l'observation d'un enfant atteint de myxœdème, chez lequel la thyroïde était absente et le lobe pituitaire, par contre, notablement hypertrophié.

Enfin Woods Hutchinson (7), en 1900, dit que le corps pituitaire joue un rôle dans le nanisme et les formes naines du crétinisme. Un trouble réflexe de sa fonction peut être la cause de la dystrophie qui accompagne les adénoïdes pharyngées. Le corps pituitaire paraît être une sorte de « centre de croissance ».

Troubles causés par les maladies thyroïdiennes (8). — Nous venons de voir le fonctionnement normal de la glande. Jetons un rapide coup d'œil sur ses maladies et les conséquences qui en découlent.

Les maladies thyroïdiennes se divisent en deux groupes :

a. Groupe myxœdémateux, souvent congénital : on voit alors se développer l'idiotie myxœdémateuse et le crétinisme, — ou acquis : on a alors le myxœdème spontané au quel se rattache le myxœdème opératoire.

A ce premier groupe reviennent l'infantilisme et l'obésité entre autres.

b. Groupe basedowien, d'origine thyroïdienne litigieuse. On lui rattache la maigreur prononcée et rapide, la croissance exagérée, les déformations du squelette, l'exophtalmie, les palpitations.

Troubles trophiques causés par ces maladies. — Ceux qu'on y a fait rentrer sont foule tels les sclérodermies (9), les pso-

(1) GLEY. *Arch. de neurol.*, 1898.
(2) MOUSSU. Th. de Paris, 1897. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897.
(3) BRISSAUD. *Presse méd.*, 1898.
(4) VASSALE et GENERALI. *Revue neurol.*, 1896.

(1) BRISSAUD. *Maladies nerveuses*, 1899.
(2) GAUTHIER. *Progrès méd.*, 1890.
(3) GLEY. Soc. de biol, 1891 et 1892.
(4) ROGOWITSCH. *Arch. de physiol.*, 1888.
(5) GLEY. *Arch. de physiol.*, 1892.
(6) ASCHOFF. *Revue neurol.*, 1900.
(7) WOODS HUTCHINSON. *The New-York Med. Journ.*, 1900.
(8) HERBOGHE. Acad. roy. de méd. de Belgique, 1895. — GAUTHIER. *Revue de méd.*, 1900. — DANIS. *Influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette*, Th. de Lyon, 1896. — REVILLIOD. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1895.
(9) JEANSELME. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 1894. — RAYMOND. De la sclérodermie, *Semaine méd.*, 1898. — SINGER, BEER. Club méd. de Vienne, 1894. — OSLER. *Journ. of cutan. disease*, 1898.

riasis (1), l'ichthyose, la chute des phanères, les déformations unguéales (2), l'adipose, l'obésité (3), la maladie de Dercum (4), l'embonpoint précoce. Au premier groupe, on a attribué l'hémophilie, les hémorragies profuses de la ménopause, les congestions utéro-ovariennes fréquentes (5), l'appauvrissement de la sécrétion lactée (6), l'impuissance génésique, les arrêts de croissance (7), les retards de consolidation dans les fractures et les pseudarthroses (8).

Au second groupe, l'aménorrhée, la lactation abondante, l'amaigrissement au début de la grossesse, l'aspect tiré de la face, les vomissements.

On a fait rentrer dans ce cadre certaines chloroses (9) et anémies.

Troubles nerveux coexistant fréquemment avec le myxœdème, le crétinisme, le goitre exophtalmique. Avec celui-ci on constate souvent des vésanies diverses, l'épilepsie, l'hystérie, le tabes, la syringomyélie, la chorée. On a trouvé la glande atrophiée chez les idiots et les fous (10).

Des opérations thyroïdiennes ont modifié des cas de perversion mentale (11).

En résumé, dit Gauthier, tous les états physiologiques, relevant d'un ralentissement de la nutrition, peuvent être rattachés à l'hypothyroïdie.

Pathogénie physiologique de l'action de la glande sur l'organisme. — Nous devons à présent chercher comment les anomalies de la fonction thyroïdienne peuvent amener tous ces troubles. Les théories physiologiques doivent ici être rappelées, et sans parler davantage des idées de Schiff, Kocher, Morin, Notkine, Ewald, Brissaud, pour lesquels une substance, isolée par extraction du corps thyroïde, neutraliserait ou décomposerait dans ce dernier ou en dehors de lui des produits sans doute toxiques provenant de la désassimilation. Cette substance serait la thyroïdine pour Baumann, la thyroantitoxine pour Frænkel. Ces produits toxiques neutralisés ou décomposés par elle, et provenant des échanges, créeraient de toutes pièces la cachexie strumiprive, et Notkine croit les avoir découverts dans sa thryroprotéide. Nous avons vu que Gauthier l'a critiqué sur ce point.

En tout cas, que ces produits toxiques existent sans être neutralisés, ou que le principe qui augmente l'intensité des échanges dans l'organisme, d'après Gauthier, manque, la nutrition souffre. L'activité cellulaire, dans le premier cas, est amoindrie, et peut-être aussi les cellules qui ont pour but de retenir et d'utiliser les matériaux nutritifs, sont-elles adultérées? Si la sécrétion est normale, l'activité des échanges a lieu; si, au contraire, cette même sécrétion est diminuée ou manque, la nutrition souffre et le myxœdème apparaît avec tout son cortège, ses troubles physiques et intellectuels.

(1) Thibierge. *Semaine méd.*, 1895. — Byron Bramwell. Assoc. méd. brit., 1893.

(2) Gauthier. Loc. cit.

(3) Gluzynski et Lemberger. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1897. — Œrtel. *Therap. Monats.*, 1897. — Bettmann. *Berlin. klin. Wochens.*, 1897. — Affanassieff. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898. — Kish. *Wien. med. Presse*, 1899. — Ebstein. *Deuts. med. Wochens.*, 1899. — Davies. *Brit. med. Journ.*, 1894. — Rendu. Soc. méd. des hôpit., 1895.

(4) Guidiceandrèa. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1900. — Dercum. *Semaine méd.*, 1898; — *Journ. of nerv. ment. disease*, 1900.

(5) Jouin. Cong. de Moscou, 1897.

(6) Hertoghe. *Semaine méd.*, 1896.

(7) Hertoghe. *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1895.

(8) Gauthier. *Revue de méd.*, loc. cit.

(9) Hayem. *Médecine mod.*, 1897. — Capitan. Soc. de biol., 1897-98.

(10) Amaldi. *Indépend. méd.*, 1897. — Mordret. 1er Cong. de méd. ment., 1890.

(11) Poncet. Thyroïdo-éréthisme, *Lyon méd.*, 1893-1896. — *Bull. méd.*, 1894. — Poncet et Rivière. Soc. méd. de Lyon, 1898. — Ravé. Th. de Lyon, 1894.

La glande ne sécrète-t-elle pas une antitoxine, comme le dit Notkine (1), mais un produit d'ordre et d'action chimique directs, comme le dit Gauthier, une leucomaïne exerçant une stimulation spéciale, une sorte de glycogène, comme on l'a avancé, on s'explique les troubles rapportés à l'hyperfonctionnement de la glande.

Ce produit, en quantité normale, exciterait la nutrition, mais, absent ou en quantité insuffisante, il amènerait du ralentissement de la nutrition; en excès, une accélération des échanges, d'où maigreur rapide, élimination énorme d'azote.

Dans un cas, par conséquent, nous avons une intoxication, dans l'autre, soit un ralentissement, soit un excès de nutrition.

Quoi qu'il en soit, sur quoi cette sécrétion agit-elle? Localement, sur le système nerveux, ou dans tout l'organisme, dans l'intimité des tissus en présidant aux phénomènes d'échanges cellulaires? Il est fort probable qu'elle agit par l'intermédiaire du système nerveux, comme le pensent Danis (2), Brissaud (3) et Rivière. D'ailleurs les phénomènes tels que convulsions, tétanie, dyspnée qui apparaissent après la thyroïdectomie, la tachycardie, l'insomnie, l'agitation, le tremblement à la suite de l'hyperthyroïdisation ne sont-ils pas des phénomènes nerveux de premier ordre?

II

Médication thyroïdienne. — Recherche de la thyroïdine. — Ces considérations diverses nous permettent de comprendre qu'il existe dans la sécrétion thyroïdienne une substance active. Aussi a-t-on cherché à l'isoler. Pour ce faire, on a étudié les principes contenus dans le suc thyroïdien. Nous allons les examiner à notre tour et voir comment l'on est arrivé aux connaissances actuelles.

Principes organiques de la sécrétion thyroïdienne. — Nombre d'auteurs se sont préoccupés de chercher quels étaient les principes qui pouvaient avoir une action prépondérante dans le corps thyroïde. De la constatation des corps qui y ont été trouvés, a découlé en grande partie l'opothérapie thyroïdienne.

Oswald (4), en 1899, s'occupe de cette question au point de vue de la sécrétion propre de la glande sans vouloir la discuter. En traitant, dit-il, des glandes de porc par la solution physiologique de chlorure de sodium, et en filtrant ensuite le mélange, on peut isoler dans le liquide deux substances; l'une qui précipite quand on sature à moitié le liquide avec du sulfure d'ammonium, a tous les caractères de la globuline et renferme de l'iode. L'auteur la désigne sous le nom de thyroglobuline. En débarrassant le liquide de cette dernière et en le traitant de nouveau par le sulfate d'ammonium, on obtient un second précipité, une nucléoprotéide, qui ne contient pas d'iode, mais contient du phosphore.

Les recherches faites sur les animaux, ainsi que sur deux individus atteints de myxœdème, ont montré que seule la

(1) Notkine. *Semaine méd.*, 1895; — *Arch. russes du professeur Podvyssotsky*, 1896. — Notkine et Gottlieb. *Journ. de phys. et de chimie*, 1897.

(2) Danis. Th. de Lyon, 1896.

(3) Brissaud. *Maladies du système nerveux*, 1899.

(4) Oswald. *Presse méd.*, 1899.

thyroglobuline contient les principes actifs de la glande thyroïde, et que son action est la même que celles des glandes thyroïdes en nature ou de l'iodothyrine. L'étude chimique de celle-ci ou de la thyroglobuline a montré à Oswald que cette dernière est plus riche en iode (14,3 p. 100 d'iode, au lieu de 9,3 p. 100) et que, par conséquent, elle est aussi plus active que la première.

Dans une autre série de recherches, l'auteur a établi que la thyroglobuline, ainsi que la nucléo-protéide qu'il a isolées, sont contenues dans la substance colloïde. Dans ces conditions, cette substance doit être considérée comme le produit de sécrétion de la glande thyroïde, d'autant que, suivant la plupart des histologistes (Langendorff et Harthle entre autres), la substance colloïde se forme d'après le même processus que celui de toutes les autres sécrétions. La seule différence avec les autres résiderait en ce fait qu'elle ne s'écoule pas par un canal excréteur, mais pénètre ici dans la circulation générale par les vaisseaux lymphatiques.

Revilliod (1), en 1895, exposant la théorie de Notkine, s'explique d'abord sur les découvertes qu'a faites celui-ci, puis les applique aux maladies thyroïdiennes.

On aurait, dans la glande, une substance albuminoïde, la thyroprotéide. C'est le déchet des échanges dans l'organisme qui, s'il est en excès dans celui-ci, y cause des troubles qui se traduisent par la cachexie strumiprive dans ses divers types. Cette substance existe dans toute l'économie, mais la glande thyroïde, chargée de l'emmagasiner, la détruit, la neutralise grâce à une deuxième substance que nous verrons ensuite, et qui agit au sein même du tissu glandulaire. Si cette substance n'est pas neutralisée et éliminée, elle cause dans les téguments l'état pachydermique, qui peut s'accompagner du goitre dit colloïde, intéressant, sous le nom de myxœdème, la nutrition en général.

On trouverait encore une autre substance : un ferment spécial, l'enzyme — produit par la sécrétion interne de la glande, qui serait cette substance bienfaisante chargée de neutraliser la première dont nous avons parlé, emmagasinée dans l'organisme en général et le corps thyroïde en particulier, de la transformer en un principe indispensable au bon fonctionnement de l'organisme. La thyroïodine qui sera déversée dans le torrent circulatoire est ce dernier. Mais, si cette sécrétion est en excès, on aura la maladie de Basedow. Donc, le maintien de l'équilibre physiologique exige que ces deux substances soient en quantités proportionnelles. La cachexie myxœdémateuse, strumiprive, pachydermique, viendrait, par conséquent, de la substance protéide en trop ou de la sécrétion thyroïdienne en moins. Il faudra donc fournir à ce groupe myxœdémateux cette sécrétion qui lui manque, ou la glande elle-même débarrassée de la thyroprotéide. La cachexie basedowienne, hyperthyroïdienne, le thyroïdisme viendraient de la substance thyroprotéide en moins, ou de la sécrétion interne en trop. Il faudrait donc fournir à ce groupe basedowien, de la thyroprotéide pour utiliser l'excès de sécrétion interne, mais on ne l'a pas encore isolée. Cette théorie, comme nous l'avons déjà dit, est fort critiquée.

D'autres auteurs ont recherché un corps défini dans la glande et ont voulu l'y doser. On a surtout étudié l'iode.

(1) Révilliod. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1895.

Pour Aufrecht (1), la glande thyroïde, d'après recherches faites en 1897, contient, fraîche :

Eau	79,77	p. 100.
Matières organiques	19,41	—
Sels	0,82	—
Matières albuminoïdes	16,27	—
Graisse	0,52	—
Substance gélatineuse	2,62	—
Iode	0,0047	—
Acide phosphorique	0,52	—

et, desséchée :

Matières albuminoïdes	81,3	p. 100.
Matières grasses	2,6	—
Sels	4,5	—
Iode	0,0235	—
Acide phosphorique	2,6	—

Baumann et Roos (2) avaient déjà entrepris des recherches à ce sujet, en 1896, et voulurent établir les proportions d'iode contenues dans la glande. Voici le résultat de leurs expériences.

Chez les moutons :

PROVENANCE des glandes.	IODE (MILLIGRAMMES) CONTENUE DANS 1 gr. de glande sèche.	1 gr. de glande fraîche.
Fribourg	$0^{mg}90$	$0^{mg}26$
—	$1^{mg}00$	$0^{mg}29$
—	$1^{mg}30$	$0^{mg}38$
Elberfeld	$1^{mg}50$	$0^{mg}44$
—	$5^{mg}30$	$1^{mg}56$
Paris	$1^{mg}15$	$0^{mg}34$
—	$1^{mg}20$	$0^{mg}35$

On voit que la teneur en iode varie notablement suivant les provenances. Les variations sont encore plus grandes quand on examine le poids des glandes de l'homme ou la proportion d'iode qu'elles renferment. Ainsi les auteurs ont constaté que, sur des glandes prises à Fribourg, Hambourg et Berlin, celles de Fribourg sont les plus volumineuses, mais aussi les moins riches en iode. Des recherches analogues pratiquées sur des glandes d'enfants ont permis de constater le même fait pour celles de Hambourg. Les mêmes expérimentateurs ont aussi montré que le traitement iodé, les aliments renfermant de l'iode, comme les poissons de mer, enrichissent les glandes de ce dernier corps.

MM. Charrin et Bourcet (3) ont eu l'occasion, tout récemment en 1900, de rechercher l'iode dans le corps thyroïde de nouveau-nés morts accidentellement, et conclurent que, lorsque l'enfant né d'une mère saine est mort accidentellement, l'iode existe dans le corps thyroïde, ce qui pourrait avoir de l'importance en médecine légale.

Tambach (4), en 1898, a étudié la glande à un point de vue spécial, car il s'est occupé des combinaisons albuminoïdes iodées qu'elle renferme. Il a vu que, chez le porc, elles peuvent en être extraites presque totalement par l'eau. L'iode totale, contenue dans l'organisme, se répartit de la façon suivante : 96 p. 100 existent à l'état de combinaisons albumino-iodées précipitables par les réactifs qui précipitent les substances, l'alcool, les acides ; et 4 p. 100 restent dans le filtrat. La thyroïodine n'existe pas à l'état de liberté.

(1) Aufrecht. *Journ. de phys. et de chimie*, 1897.
(2) Baumann. *Lyon méd.*, 1896 (et Roos).
(3) Charrin et Bourcet. *Presse méd.*, 1900.
(4) Tambach. *Journ. de phys. et de chimie*, 1898.

Si l'on soumet les combinaisons albumino-iodées du corps thyroïde à l'action du suc gastrique artificiel ou à celle du pancréas, il ne se produit pas de thyroïodine ; les substances iodées se transforment en de nouvelles substances dans lesquelles l'iode est retenue à l'état de combinaisons stables, comme cela existe dans la substance mère. La thyroïodine ne se forme qu'à la suite de la destruction de la molécule albuminoïde, et même alors toute l'iode ne se retrouve pas dans la thyroïodine. L'iode n'existe pas sous un seul et même état dans les corps albumino-iodés, car les traitements appropriés ne la font passer qu'en partie à l'état de thyroïodine; une autre partie de l'iode existe alors à l'état de corps peptoniques pauvres en iode et qui ne donnent pas de thyroïodine, soit sous l'influence de l'acide sulfurique à 10 p. 100, ou de la lessive de soude à 5 p. 100.

Donc la thyroïodine n'est pas un composé parfaitement défini.

Baldi (1), en 1898, en raison de la parenté intime que la chimie inorganique nous démontre entre l'iode et le brome, a voulu rechercher si, dans les tissus organisés, où l'on trouve de l'iode, en particulier dans la glande thyroïde, le brome ne pourrait également s'y rencontrer. Deux fois la méthode de Baubigny lui a prouvé que ses conceptions étaient fondées.

Enfin, M. le professeur Armand Gautier (2), à la fin de 1899, a constaté la présence de l'arsenic dans la glande thyroïde, à doses très faibles, il est vrai, mais pondérables. Dans tous les autres organes, sauf le thymus, le cerveau et la peau, l'arsenic fait défaut, de même que dans le sang. Le métalloïde a été trouvé dans le corps thyroïde de l'homme, dans la proportion de 1 milligramme pour 127 grammes de glande.

Pour terminer cette étude, signalons que, en 1896, Tambach (3) a retiré des glandes thyroïdes de l'inosite et l'a trouvé dans les proportions de 0,5 à 0,8 p. 100.

Toutes ces recherches, tant qu'elles sont, nous prouvent que l'on a voulu découvrir le ou les corps qui pouvaient agir dans la sécrétion thyroïdienne. Nous allons maintenant assister aux tâtonnements successifs dont a été l'objet la médication thyroïdienne avant que l'on arrivât à la découverte et à l'emploi de la thyroïodine, puis nous dirons un mot de celle-ci.

III

La médication thyroïdienne. — HISTORIQUE DE LA MÉDICATION (4). — Les diverses recherches qui ont été pratiquées ont permis d'isoler, en effet, un corps qui jouit de toutes les propriétés de la glande. C'est la thyroïodine, presque seule employée aujourd'hui pour l'opothérapie thyroïdienne. Nous allons voir très rapidement comment l'on est parvenu à la connaître. Nous étudierons ensuite sa préparation et son action.

Au XVIIe siècle, Wharton croit que la glande conforme le cou d'une façon plus élégante.

Luschka croit qu'elle préserve les tissus sous-jacents.

Bœrhaave, Martyn, Merckel, pensent qu'elle est destinée à renforcer la voix en faisant appui au larynx.

(1) BALDI. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898.
(2) GAUTIER. *Semaine méd.*, 1899.
(3) TAMBACH. *Journ de phys. et de chimie*, 1896
(4) LOWITZ. Th. de Bordeaux, 1895. — VICO. Th. de Paris, 1898. — LYON. *Clinique thérapeutique*, 1900. — ARNOZAN. *Précis de thérapeutique*, 1901.

Nous avons vu les idées plus ou moins voisines de Guyon, Waldeyer, Grashey, Schrager, Meuli, Liebermeister, Forneri.

Le vrai début des connaissances vient des premières observations du myxœdème en Angleterre.

1873. Gull observe 5 cas de myxœdème. Il l'appelle état crétinoïde.

1877. Ord l'appelle myxœdème. Études à ce sujet de Schaw, Curling, Hilton Fagge.

1880. Bourneville et Ollier décrivent la maladie chez un jeune idiot. Études de Savage, Nadder.

1881. Charcot appelle la maladie cachexie pachydermique; Bourneville, l'idiotie myxœdémateuse. Nombreuses observations en Angleterre et Amérique.

Travaux de Ballet, Ridel Saillard, Thibierge.

1882. Reverdin et Kocher signalent le myxœdème postopératoire. A peu près à la même époque, Brown-Séquard lance ses théories sur les sécrétions internes.

1883. Reverdin appelle la maladie qu'il avait décrite du nom de myxœdème opératoire, et Kocher : cachexie strumiprive.

1884. Expériences de Schiff sur le chien.

1888. Travaux de Hun et Rudden.

Puis viennent de nombreuses recherches de Hofmeister, Avtokratov, Tauber, Rogowitsch, Rosenblatt, Heinatz, Colzi, Sanquirico, Canalis, Tizzoni, Führ, Fano, Zanda.

1891-92. Recherches de Gley sur le chien; de Eiselsberg, sur le mouton; de Moussu sur le porc.

1895. De Horsley sur le singe. Tous constatent le myxœdème opératoire, de même que Christiani sur les reptiles.

Alors on arrive aux premiers essais d'opothérapie.

Greffes. — 1883. Kocher fait la greffe pour deux cas de myxœdème.

1884. Schiff la pratique avec succès chez des chiens thyroïdectomisés comme Eiselsberg, Carle, Horsley, Colzi, Sanquirico, Canalis, Weyl, Berezowsky, Neumeister, Hürther, Ribbert, Wölfler, Welch, Halsted, Blum, Fuhr.

1887. Bouchard chez le chien fait des greffes de corps thyroïde dans le péritoine.

1889. Bircher chez l'homme font des greffes.

1890. Horsley propose à son tour les greffes chez l'homme, et la pratique de même que Lannelongue sans succès dans un cas d'idiotie myxœdémateuse.

Bettencourt et Serrano ont des résultats passagers de même que Merklen et Walther, Harris, Whright, Macpherson.

Les meilleurs résultats n'ayant été que temporaires, on tente de procéder par d'autres moyens. Nous arrivons alors à la méthode par :

Injections. — 1890. Gley et Vassale les tentent avec succès chez le chien.

Pisenti préconise ce moyen chez l'homme.

1891. Magnan et Lannelongue les pratiquent chez l'homme, de même que Bouchard et Gley. Mais Murray et Fenwick ont les premiers cas de guérison de myxœdème.

1892. Bouchard fait une communication à ce sujet. Depuis, nombre d'expérimentateurs ont des succès. Tels Beaty, Carter, Claye Shaw, A. Davies, Bouchardat et Robin, Baeck, Wichmann, Dance, Pasteur, Ord, Allison, Dyce, Duckworth, Chopinet et Wallace, Ernest, Carter, Stansfield, Hale, Henry, confirment les résultats de Murray.

Mais cette méthode ayant donné quelques accidents, on la remplace par celle de l'ingestion.

Ingestion. — 1892. Howitz la tente le premier avec succès, en utilisant la glande fraîche.

Mackenzie fait prendre la glande cuite, Fox le suc thyroïdien, Handfond et Wood les glandes cuites.

1893. Arthur Davies améliore un myxœdème par l'ingestion d'extraits secs de corps thyroïde.

La glande étant répugnante à prendre, on en extrait des poudres, on fait avec des tablettes et des capsules qui représentent un nombre fixe de préparations, évaluées en centigrammes.

White et Vermehren emploient l'extrait sec. Roffine isole dans la glande deux produits : la thyroprotéide et la thyréoïdine. Frænkel retire du corps thyroïde la thyro-antitoxine.

Enfin, Baumann (de Fribourg) découvre la thyroïodine en 1895, et Hildebrandt obtient avec celle-ci un amendement notable des troubles dans un cas de myxœdème.

Découverte et préparation de la thyroïodine (1). — Le point de départ des recherches de Baumann fut les observations de Reinhold et Eminghaus (2) qui firent savoir que le volume des goitres était atténué par l'extrait de la glande. L'auteur voulut alors en isoler le principe actif.

La thyroïodine ou iodothyrine est un composé organique iodé, très intéressant par le fait de sa constitution, car l'iode, qui en fait partie intégrante, y est dissimulée aux réactifs et n'apparaît qu'après la destruction de la matière organique par la calcination.

C'est une substance jaunâtre qui se décompose sous une forte chaleur. Elle est insoluble dans l'eau, un peu dans l'alcool, se dissout avec facilité dans les solutions alcooliques et alcalines diluées et précipitée par les acides. Elle résiste à l'action des acides et des alcalis, renferme constamment de l'acide phosphorique en combinaison organique, contient environ 4 à 5 p. 100 de phosphore, mais ne donne pas les réactions de l'albumine. Ce qui la rend intéressante, c'est que l'iode y est en quantité relativement importante et en combinaison stable. Si l'on fait fondre des traces de thyroïodine avec de la soude caustique et du salpêtre, et si l'on dissout ensuite ce produit dans de l'eau oxydée par l'acide azotique, on obtient une coloration jaune. Ajoute-t-on du chloroforme, on a un liquide violet. Donc il y a de l'iode.

Si la solution est concentrée et chaude, on a des vapeurs légèrement violettes lorsque se produit l'oxydation. C'est encore une preuve que l'iode y est contenue. Cette quantité d'iode ne dépasse pas 9,30 p. 100. Elle est en combinaison organique, chez le mouton comme chez l'homme. On a constaté, d'autre part, qu'elle existe dans la glande thyroïde à l'état de combinaison organique.

Baumann (3) a obtenu la thyroïodine en faisant bouillir la glande de mouton pendant plusieurs jours dans l'acide sulfurique à 1 p. 10. Le résidu insoluble, traité par l'alcool bouillant, la solution alcoolique était évaporée, le résidu mélangé à 10 parties de sucre de lait, puis lavé à l'éther de pétrole et enfin dissous dans la soude à 1 p. 100, pour être en dernier lieu précipité par l'acide sulfurique. Plus tard, Baumann et Roos ont proposé de remplacer l'ébullition dans SO^4H^2 dilué qui entraîne, disent-ils, une perte de 25 à 30 p. 100 d'iode, par la digestion artificielle en présence de HCl et de la pepsine. Le produit obtenu contient environ 2 p. 100 d'iode, et par des traitements répétés, sa proportion peut être condensée jusqu'à près de 10 p. 100. On mélange à ce produit du sucre de lait dans une proportion telle que le mélange contienne 3 dix-milligrammes d'iode par gramme. C'est ce mélange qui est vendu en Allemagne sous le nom de thyroïodine et représente, croit-on, son poids de glande fraîche. L'auteur pense que le principe iodé ne préexiste pas dans la glande, mais est produit par un dédoublement provoqué grâce à l'acide. Le produit final, riche en iode, résulte d'un dédoublement, mais la combinaison iodée préexiste évidemment dans la glande. On constate, en effet, la présence de l'iode dans l'extrait glycériné, et quand on précipite celui-ci par l'alcool, toute l'iode passe dans le précipité. On voit donc que le produit de Baumann est double : d'une part, on a le produit primitif contenant 10 p. 100 d'iode, et d'autre part, le produit commercial contenant 3 dix-milligrammes par gramme.

L'auteur a constaté que l'iodothyrine, comme telle, se trouve en faible quantité dans les glandes, et est, pour la plus grande partie, combinée à des substances albuminoïdes (thyroïdoalbumine) et en petite partie avec une substance analogue à la globuline (thyroïdoglobuline). Son procédé consiste à la débarrasser de ces deux corps et à retirer ainsi de la glande toute la thyroïodine qu'elle renferme. Cette quantité varie d'une espèce animale à l'autre, d'un individu à l'autre, et diffère suivant l'âge, les pays.

La thyroïodine est la substance active de la glande et son action est plus rapide que celle de l'iode, car la séparation de l'iodothyrine des albuminoïdes des thyroïdes, se produit incomplètement et lentement, et, grâce aux phénomènes de fermentation qui se passent dans l'intestin, une partie de l'albumine de l'iodothyrine se transforme en produits inactifs. L'iode métallique, toujours pour l'auteur, facilite simplement la production de la matière active qui s'élabore dans le corps thyroïde normal, tandis que la thyroïdothérapie introduit cette substance elle-même toute formée et prête à agir.

b. Il y a une corrélation assez étroite entre les organes de la génération (testicules, ovaires, utérus, mamelles) et le corps thyroïde.

c. Elle est empirique : des troubles morbides, semblables vaguement comme symptômes à l'athyroïdie, aiguë ou chronique, ont été traités par l'opothérapie (psoriasis, eczéma, etc., retard de consolidation des fractures).

Contre-indications. — Elles sont tirées de l'état du cœur. Chez les arthritiques, les obèses et les emphysémateux, il faut surveiller le cœur et le pouls.

Chez les basedowiens il faut s'abstenir, mais l'on peut tenter la médication chez les faux basedowiens et dans les goitres basedowifiés (Marie).

Maladies dans lesquelles on a préconisé l'opothérapie. — On a préconisé ce traitement et cela se conçoit, surtout dans le myxœdème, l'idiotie et le crétinisme [Lowitz (1), Mossé (2), Servoss (3), Bruns (4), Hascovec (5), Metlzer (6), Kas-

(1) Critchmaroff. *L'iodothyrine*, Th. de Lyon, 1897.
(2) Reinhold. *Münch. med. Wochens.*, 1895.
(3) Baumann. *Lyon méd.*, 1896.

(1) Lowitz. Loc. cit.
(2) Mossé. Loc. cit.
(3) Servoss. *Merck's Arch.*, 1899.
(4) Bruns. Soc. méd. de Berlin, 1900.
(5) Hascovec. Cong. de Moscou, 1897.
(6) Metlzer. *New-York med. Journ.*, 1895; — *Arch. de neurol.*, 1896.

sowitz (1), Muggia (2), Marfan (3), Netter (4)]; dans la maladie de Basedow [Guérin (5), Brissaud (6), Notkine (7), Taty (8)].

THÉRAPEUTIQUE. — La thyroïodine étudiée, nous allons pouvoir jeter un coup d'œil rapide sur les indications et contre-indications, les maladies dans lesquelles on l'a préconisée, les précautions que l'on doit observer dans son emploi.

L'opothérapie, dit Mossé (9), est indiquée dans les états pathologiques d'origine dysthyroïdienne :

A. Elle est directe :

a. Dans les dystrophies et toxhémies consécutives à l'athyroïdie avec myxœdème ;

Dans le myxœdème spontané de l'adulte ;

Dans le myxœdème opératoire ;

Dans le myxœdème de l'enfant, congénital (idiotie myxœdémateuse, myxœdème infantile) ou tardif (crétinisme sporadique) ;

Dans le crétinisme endémique.

b. Dans les goitres et autres maladies diverses de la glande, amenant un amoindrissement de la sécrétion.

B. Elle est indirecte :

a. Il y a une corrélation évidente, physiologiquement, entre la fonction thyroïdienne et le trophisme général. Si le mécanisme intime de cette corrélation nous échappe, il est rationnel de le supposer languissant, affaibli, dans la nutrition retardante, dans le retard de développement du système osseux, dans le retard de puberté.

Enfin, Gluzynski et Lemberger (10), Magnus Levy (11) et David d'après expériences ont prouvé que le phosphore augmente dans les urines ou dans les fèces [Scholz (12)], que les chlorures augmentent de même par suite de celle même des urines. Les échanges gazeux subissent une accélération remarquable. Donath (13) constate que la thyroïodine, en rendant le sang plus alcalin, le rend en même temps plus bactéricide. Albertoni et Tizzoni (14) que, par elle, l'hémoglobine peut fixer plus d'oxygène. Enfin, l'injection de thyroïodine ferait baisser la tension sanguine (15).

Rappelons en dernier lieu que l'iodothyrine a une action bien manifeste sur la croissance (16), ce qui n'est pas étonnant puisque l'arrêt de celle-ci n'est en somme qu'un trouble trophique.

Toujours en 1897, Ord et White croient que, sous l'influence de la thyroïodine, la quantité d'urines augmente, et que la quantité d'azote de celles-ci est plus grande que celle des aliments. Peu d'influence sur le phosphore et le chlore.

Pour Roos (17), le rendement du chlore augmente, celui du phosphore et du sodium diminue. L'acide phosphorique, d'après le même auteur, ne saurait être assimilé dans le corps thyroïde.

Bettmann (1) est d'avis que la thyroïodine affaiblit le pouvoir d'assimilation pour les hydrocarbures.

Abelous conclut que la glande semble modifier la nutrition et augmenter la quantité des urines, de l'azote totale, du chlore et du phosphore éliminés, faciliter l'absorption de l'oxygène et le dégagement de l'acide carbonique.

En 1899, Popoff (2) dit que le traitement exagère la quantité des urines, l'excrétion des produits azotés sous forme d'urée surtout et des composés chlorés, des phosphates, de l'acide sulfurique. Tel est aussi, la même année, l'avis de Ser.

Calabrese (3), en 1900, croit que la thyroïdothérapie augmente le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine, les fonctions de nutrition et l'élimination de l'azote.

Gauthier (4), en 1900, signale aussi l'augmentation de l'azote, de même que Vermehren, de l'urée comme Ord et White, Canter (5), Scholz (6), Mordagne (7), de l'acide urique [Israï (8), Vas, Gara].

Action de la thyroïodine sur les échanges. — Nous allons l'étudier succinctement sur les divers appareils :

Appareil circulatoire. Pouls fort et rapide.

Appareil digestif. Inappétence. Anorexie.

Appareil respiratoire. Respiration rapide.

Appareil vaso-moteur. Rougeurs diffuses. Transpirations.

Appareil cutané. Peau humide. Disparition de la pigmentation.

Appareil urinaire. Diurèse activée.

Telles sont les constatations de Macphait et Bruce, en 1895, sur des sujets sains (9). En même temps l'on notait :

Appareil musculaire. Tremblements fibrillaires.

Système nerveux central. Agitation, insomnie, irritabilité.

Nutrition. Température élevée. Augmentation de l'urée, des chlorures et des phosphates.

Sang. Diminution des globules et de l'hémoglobine.

Sécrétions. Augmentation de la sueur et du sébum.

En 1896, Ferrari (10) dit que la thyroïodine modifie les échanges en les rendant plus énergiques. L'élimination de l'azote augmente, mais la nutrition reste normale. L'urine et les chlorures augmentent. Les phosphates ne varient pas.

Nehring et Thiele constatent une consommation plus grande d'oxygène.

En 1897, Gluzynski (11) et Lemberger notent une destruction vive des albuminoïdes, des déperditions progressives d'azote.

Barteit (12) fait les mêmes constatations en opérant sur lui-même et sur des animaux.

---

(1) KASSOWITZ. *Semaine méd.*, 1896.
(2) MUGGIA. *Il Morgagni*, 1899.
(3) MARFAN. *Journ. de méd. int.*, 1900.
(4) NETTER. *Semaine méd.*, 1895.
(5) GUÉRIN. *Therap. Wochens.*, 1895.
(6) BRISSAUD. *Ibid.*
(7) NOTKINE. Loc. cit.
(8) TATY. *Ann. de Merck*, 1895.
(9) MOSSÉ. Cong. de méd. de Montpellier, 1898.
(10) GLUZYNSKI et LEMBERGER. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1897.
(11) MAGNUS LEVY. *Zeits. f. klin. Med.*, XXXIII, 3-4.
(12) SCHOLZ. Loc. cit.
(13) DONATH. *Virchow's Archiv*, 1896.
(14) ALBERTONI et TIZZONI. *Archivio per le Scienze*, vol. X, nº 2.
(15) DE CYON. Acad. de méd., 1897. — LIVON. Soc. de biol., 1898. — GUINARD et MARTIN. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1899. — HASCOVEC. Cong. de Moscou, 1897. — HUCHARD. *Journ. des prat.*, 1896.
(16) DANIS. Th. de Lyon, 1895. — SER. Th. de Lyon, 1899.
(17) ROOS. *Lyon méd.*, 1896.

---

(1) BETTMANN. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897.
(2) POPOFF. *Arch. gén. de méd.*, 1899.
(3) CALABRESE. *Semaine méd.*, 1899.
(4) GAUTHIER. *Revue de méd.*, 1900.
(5) CANTER. *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1895.
(6) SCHOLTZ. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1895.
(7) MORDAGNE. Th. de Toulouse, 1895.
(8) ISRAI, VAS et GARA. *Deuts. med. Wochens.*, 1896.
(9) LOWITZ. Th. de Bordeaux, 1895.
(10) FERRARI. *Presse méd.*, 1896.
(11) GLUZYNSKI et LEMBERGER. *Presse méd.*, 1897.
(12) BARTEIT. Soc. de thérap., 1897.

Dans l'acromégalie [Faure (1), Danis (2)], la polyarthrite déformante [Revilliod (3), Claisse (4)], la sclérose de l'oreille moyenne [Eiselberg (5)], l'otite moyenne hyperplastique, l'hypertrophie de la prostate [Faure (6)], l'hémophilie [Gaudier et Combemale (7), Déjace (8) et Gauthier (9)], l'anémie [Muggia (10)], la chlorose [Gauthier, Capitan (11)], les fibromes utérins [Jouin (12)], la surcharge graisseuse du cœur [Metlzer (13)], le rachitisme [Faure, Heubner (14), Schmidt (15)], la syphilis [Menzies et Gouladse (16)], la tuberculose [Morin (17), Menzies], l'obésité [Faure, Rivière (18), Gauthier, Davies (19), Mackensie, Buquin, Lichtenstein, Wendelstadt, Charrin, Rendu, Guttmann, Heubner, von Noorden), la tétanie [Byrom Bramwell (20), Faure], la neurasthénie (Claisse), l'aliénation [Ewald (21), Lépine (22)], l'épilepsie (Schulze), la folie [Lowitz, Mac Claughry (23)], les maladies de la peau, le lupus [Abraham (24)], le psoriasis [Wilson (25), Abraham, Lowitz, Mossé, Zum Busch (26), Tibierge (27), Petrini (28), Ewald (29)], l'alopécie myxœdémateuse, le pityriasis [Scatchard (30)], la sclérodermie [Stieglitz (31), Lancereaux (32), Von Leube, Kahler, Osler (33), Friedhium, Sachs, Morselli, Arcangeli], l'ichthyose [Rutgers (34), Nobbs (35), Zum Busch], l'eczéma (Zum Busch), les déformations des phanères (Stieglitz).

Il ne faut retenir que l'utilité du traitement dans le myxœdème et peut-être certaines maladies de la peau. Signalons les résultats très nets qui ont été obtenus aussi dans les arrêts de croissance, la réparation des fractures et les pseudarthroses (36) par différents auteurs et par nous.

(1) Faure. *Gaz. hebd.*, 1896.
(2) Danis. Loc. cit.
(3) Revilliod. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1895.
(4) Claisse. *Semaine méd.*, 1899.
(5) Eitelberg. *Presse méd.*, 1896.
(6) Faure. *Gaz. hebd.*, 1896.
(7) Gaudier et Combemale. Cong. de Montpellier. 1898.
(8) Déjace. *Le Scalpel*, 1897.
(9) Gauthier. Loc. cit.
(10) Muggia. Loc. cit.
(11) Capitan. Soc. de biol., 1897-98.
(12) Jouin. Soc. obst. de Paris, 1895.
(13) Metlzer. Loc. cit.
(14) Heubner. *Revue neurol.*, 1896.
(15) Schmidt. Cong. de Wiesbaden, 1895.
(16) Gouladse. *Médecine mod.*, 1895.
(17) Morin *Revue méd. de la Suisse romande*, 1895.
(18) Rivière. *Lyon méd.*, 1898.
(19) Davies. *Brit. med. Journ.*, 1894.
(20) Byrom Bramwell. *The Lancet*, 1899.
(21) Ewald. *Indépend. méd.*, 1900.
(22) Lépine. *Semaine méd.*, 1896 97.
(23) Mac Claughry. *Arch. de neurol.*, 1896.
(24) Abraham. *The med. Press and Circular*, 1895.
(25) Wilson. *Semaine méd.*, 1895.
(26) Zum Busch. *Neren. Zeils.*, 1895.
(27) Thibierge. *Presse méd*, 1895.
(28) Petrini. *Médecine prat.*, 1900.
(29) Ewald. *Indépend. méd.*, 1900.
(30) Scatchard. *Brit. med. Journ.*, 1895.
(31) Stieglitz. *The New-York med. Journ.*, 1895. — *Arch. de neurol.*, 1896.
(32) Lancereaux. *Presse méd.*, 1899.
(33) Osler. *Journ. of cutan. disease*, 1898.
(34) Rutgers. *Med Tydschr. von Genuskde*, 1894.
(35) Nobbs. *Brit. med. Journ.*, 1895.
(36) Lambret. Soc. cent. de méd. du Nord, 1899. — Van Heddeghem. Th. de Lille, 1899. — Gauthier. *Lyon méd.*, 1897. — Pascal. *Arch. de méd.*, 1898. — Quénu. *Semaine méd.*, 1898. — Reclus. *Ibid.* — Déjace. *Le Scalpel*, 1899. — Feria. *Presse méd.*, 1899. — Folet. *Gaz. hebd.*, 1899. — Potherat. Soc. de chir., 1899. — Poirier. *Semaine méd.*, 1900. — Ser. Th. de Lyon, 1900. — Steinlein. *Gaz. hebd.*, 1899; — *Semaine méd.*, 1900. — Veillon. Th. de Toulouse, 1896.

Thérapeutique de la médication (1). — D'après ce que nous avons vu, l'on utilise le suc glandulaire, les poudres et les tablettes. Il est plus simple de préconiser la thyroïodine que les préparations fraîches, qui sous forme de tablettes ou de comprimés permet de doser exactement la quantité de substance active que l'on désire administrer.

Toutefois, il faut savoir que le traitement thyroïdien peut amener des accidents (2), parfois fort graves, qui se traduisent par le thyroïdisme que Béclère a décrit : les symptômes principaux en sont la céphalalgie, les défaillances, les nausées, la dyspnée, la parésie, la paralysie, le délire. On constate parfois des troubles nerveux tels qu'aphasie, monoplégies. On a même signalé des cas de mort.

En pratique, il faut surveiller le pouls, et s'il est plus rapide que normalement, cesser la médication. Préventivement on peut conjurer les accidents ou les atténuer par l'adjonction de la liqueur de Fowler, à raison de x gouttes, à la thyroïodine (Bédart et Mabille).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(17 juillet 1901)

La discussion soulevée par l'intéressante communication de M. Ricard sur certaines **tumeurs thyroïdiennes** (3) devient quelque peu confuse. On y parle un peu de tout, excepté des tumeurs thyroïdiennes. Déjà, dans la dernière séance, M. Delbet avait rapproché des observations de M. Ricard une observation de tumeur abdominale, incontestablement très intéressante, mais ne nous paraissant avoir avec les tumeurs thyroïdiennes que des connexions bien éloignées. Telle nous paraît être l'observation que, dans cette séance, nous a donnée M. Potherat : il s'agissait d'un confrère de soixante-dix ans qui paraissait atteint d'un cancer du côlon descendant. M. Potherat fait la laparotomie et se trouve en présence d'une tumeur fibreuse diffuse, impossible à enlever complètement ; il la morcela, en enleva toute la partie antérieure et tomba dans une cavité où il trouva un peu de liquide jaunâtre visqueux ; il referma le ventre et le malade guérit très bien. Cet homme s'était fait des injections de Brown-Séquard et c'était le liquide d'une de ces injections qui était devenu le point de départ de cette fibromatose. Cette observation peut être rapprochée de celle de M. Delbet avec laquelle elle présente beaucoup d'analogie, mais non de celle de M. Ricard où il ne s'agit pas d'irritation par corps étrangers. Aussi ne nous paraît-il pas tout à fait juste de conclure de ces deux observations de MM. Delbet et Potherat, dans lesquelles l'ablation partielle a suffi, que cette ablation partielle eût aussi suffi dans les cas de M. Ricard.

M. Berger rapporte un fait qui peut être plus exactement rapproché de ceux de M. Ricard : il s'agit d'un homme de cinquante et un ans qui portait sur le côté droit du cou une tumeur profonde en plaques, faisant corps avec la trachée et les parties voisines, accompagnant le larynx dans son ascension, indolente. On pensa à un néoplasme malin du lobe droit de la thyroïde, il y avait deux ou trois ganglions

(1) Yvon. *Arch. de neurol.*, 1896. — Gley. *Id.*, 1898. — Aufrecht. Loc. cit. — Van Heddeghem. Th. de Lille, 1899. — Bédart et Mabille. Soc. de biol., 1898.

(2) Béclère. Soc. méd. des hôpit., 1898. — Brissaud. *Arch. de neurol.*, 1898. — Murray. *Brit. med. Journ.*, 1891-92. — Blottière. Th. de Paris, 1896. — Conche, Rivière. *Lyon méd.*, 1898. — Vico. Th. de Paris, 1898. — Byrom Bramwell. *Presse méd.*, 1900. — Boinet. *Médecine prat.*, 1900. — Ferrarini. *Ibid.* — Destot. Soc de méd., 1899.

(3) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 733.

dans le voisinage; l'état général était bon; pas de dyspnée, pas de dysphagie. Le diagnostic de cancer n'était donc pas certain. Pensant aussi à un accident tertiaire possible de la syphilis, M. Berger prescrivit l'iodure de potassium. La tumeur diminua, les ganglions disparurent. Il n'y eut pas d'intervention chirurgicale. S'agit-il d'un accident tertiaire; s'agit-il d'une de ces inflammations chroniques analogues à celles qu'a observées M. Ricard? M. Berger ne se prononce pas, mais il termine en disant que l'intervention chirurgicale, dans ces cas, est très grave et que, comme dans les cas de M. Ricard, on ne doit la tenter qu'en cas d'absolue nécessité.

M. Reclus croit qu'on peut rapprocher des faits dont il s'agit certains cas de phlegmons ligneux du cou dont il a parlé et dont il cite, de nouveau, quelques exemples dans lesquels la guérison s'est faite spontanément.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance; espérons qu'on ne parlera plus que des tumeurs thyroïdiennes.

M. Schwartz appelle l'attention de ses collègues sur deux cas d'**étranglement par pincement latéral de l'intestin**. Résumons d'abord aussi brièvement que possible ces deux cas.

Premier cas : Femme de quarante-huit ans, portant une tumeur dans l'aine droite, présentant tous les caractères d'une hernie crurale épiploïque irréductible. Pas de symptômes; la malade a des selles et rend des gaz, pas d'anorexie, aucun signe fonctionnel, seulement un peu de douleur à la pression; on aurait donc pu attendre; M. Schwartz proposa l'intervention immédiate, qui fut acceptée. Il trouva un petit sac au niveau de l'anneau crural, contenant un peu de liquide, puis apparaissait une anse d'intestin grêle déjà noir rougeâtre; il débrida l'anneau, l'intestin était très serré; il s'agissait d'un pincement latéral; réduction, guérison.

M. Schwartz cite un cas analogue, mais suivi de mort. Il insiste sur l'importance de ce seul signe, la douleur à la pression, qui l'a conduit à une intervention nécessaire.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Rochard, Lejars, Quénu, Broca, Delbet, Guinard et Schwartz, et dans laquelle sont cités plusieurs faits analogues à celui de M. Schwartz, faits de véritable étranglement avec absence presque complète de symptômes, et nécessitant une intervention aussi précoce que possible, la parole est donnée à M. Tuffier pour une courte communication sur un nouveau signe des **fractures du crâne**, fourni par la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien, extrait par la ponction du canal rachidien.

M. Chaput fait connaître un procédé de **suture intestinale** à l'aide des agrafes de Michel.

Parmi les présentations citons un exemple de **luxation traumatique du métatarse**, avec radiographie, par M. Quénu.

M. Routier présente de nombreux **calculs** extraits des voies biliaires.

M. Legueu montre un **rein atteint de tuberculose**, greffée sur une ectopie rénale avec hydronéphrose intermittente.

M. Potherat communique un cas de **lithotritie** avec anesthésie par rachicocaïnisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. Weill, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants (fondation de l'Université de Lyon).

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier : M. le docteur Dousson (de Largentière).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lorey (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 84. — MARDI 23 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1901. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Traitement d'une fistule vésico-vaginale (*3 fig.*), par M. Amédée Casamayor (d'Oloron-Sainte-Marie). — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Traitement des cataractes commençantes par les collyres et les bains oculaires iodurés; — La teinture d'iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 23 juillet 1901.

Dans quelques jours, sur les bancs de la police correctionnelle, à côté d'un directeur d'hôpital, on verra s'asseoir des surveillantes, des infirmiers et infirmières, poursuivis comme coupables d'homicide par imprudence. La répétition de ces accidents vient encore d'appeler l'attention sur la situation qui est faite au personnel secondaire de nos hôpitaux et le nouveau directeur général de l'Assistance publique, dont la venue a été signalée comme devant ouvrir une ère de réformes fructueuses, a le désir, dit-on, de mettre à l'étude les modifications qu'il convient d'apporter au recrutement et à la situation du personnel secondaire.

Les médecins des hôpitaux n'ont pas attendu que la justice de notre doux pays se soit lourdement appesantie sur de pauvres filles, moins coupables que l'Administration qui les emploie, pour donner son avis sur ce fonctionnement du personnel secondaire des hôpitaux. Le docteur Barth, au nom de la commission permanente des réformes hospitalières, a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, un rapport fort documenté qui met le doigt sur les plaies vives dont souffre l'organisation de nos hôpitaux.

Laissant de côté tout ce qui ne touche pas directement le service médical, M. Barth divise, en deux parties, le personnel hospitalier, d'une part les surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes chargées de la direction des salles, d'autre part les infirmiers, infirmières et assimilés.

Des surveillants et surveillantes, peu de choses à dire, il n'a recueilli à leur égard que des éloges, sauf un léger point de critique.

« Quelques-uns de nos collègues pourtant se plaignent du caractère un peu théorique de l'instruction donnée dans les écoles municipales; ils regrettent de voir certaines surveillantes faire étalage de quelques notions mal comprises d'anatomie et de physiologie, et négliger les détails pratiques du couchage, du linge et des soins journaliers; ils assurent que le maniement des antiseptiques fait quelquefois perdre de vue l'importance de la propreté corporelle, et que si les injections sont mieux faites, le lavage des pieds des malades est moins observé qu'autrefois. Mais ce sont là des critiques de détail, et en somme tout le monde est d'accord pour rendre hommage au dévouement de la grande majorité de nos surveillantes et pour reconnaître les immenses progrès réalisés depuis vingt ans. »

Après avoir souhaité que ces « serviteurs d'élite » obtiennent les quelques améliorations bien modestes qu'ils réclament, le rapporteur exprime le vœu si légitime que « l'avancement des suppléantes et sous-surveillantes ne dépende point uniquement du bon plaisir du directeur, mais puisse être influencé par des notes confidentielles que chaque chef de service donnerait tous les ans ou même tous les semestres au personnel placé sous ses ordres ».

Si tout le monde s'accorde à louer le zèle et les bons services des surveillantes, en revanche l'organisation actuelle et le travail des infirmiers et infirmières « ne satisfait personne, ni les médecins, ni les malades, ni les infirmiers eux-mêmes. »

Voici ce que les médecins des hôpitaux pensent du service des infirmiers : « Nos collègues déclarent que les infirmiers sont en nombre insuffisant pour les malades qui leur sont confiés; que souvent l'administration accepte, pour remplir ces pénibles et délicates fonctions, des gens qui n'en connaissent même pas les plus élémentaires principes; que cette ignorance rend la thérapeutique hospitalière incertaine et périlleuse; enfin que, lorsqu'un chef de service s'est donné beaucoup de peine pour instruire et styler un infirmier, il se le voit souvent enlever sous le plus futile prétexte, en vertu d'un ordre de permutation donné par le directeur de l'hôpital ».

Si l'on interroge les malades, après leur sortie de l'hôpital, on apprend que « les services des infirmiers sont irréguliers, rarement bons, parfois détestables; on les trouve souvent maladroits, parfois brutaux; on leur reproche tantôt une certaine vénalité, tantôt un penchant assez marqué à l'intempérance ».

D'autre part, les infirmiers se plaignent d'être peu payés, médiocrement nourris, mal logés et astreints à un travail

excessif, sans aucune liberté. Aussi « les meilleurs se dégoutent d'un métier, dont le caractère pénible et rebutant n'est compensé par aucun avantage et vont chercher, dans le service privé, un travail plus facile et des gages plus rémunérateurs ».

Aussi la commission des médecins des hôpitaux réclame un grand nombre de modifications que son rapporteur énumère brièvement.

Comment se fait le *recrutement* de l'infirmier?

« Un ouvrier sans ouvrage, un domestique sans place, un convalescent qui vient à peine de quitter l'hôpital peut, s'il a un casier judiciaire intact, se faire agréer comme infirmier » et « aussitôt installé dans ce poste vacant, le plus souvent, on lui donne d'emblée le *service de veille*, le plus important, le plus difficile de tous, celui qui exige le plus de sang-froid, d'initiative et de pratique des malades » !

Nous tenons à suivre mot à mot le rapporteur, dans son appréciation, si vécue, du service des infirmiers, quand il dit : « Plus tard, quand les circonstances le permettront, l'infirmier improvisé sera tenu de suivre des cours, de fréquenter le soir, en prenant sur son repos, une des écoles municipales ; mais en attendant, il ne sait rien, et cependant trente ou quarante malades vont se trouver confiés, pendant les longues heures de la nuit, à son inexpérience, sans autre garantie que la surveillance intermittente et lointaine de la suppléante de veille qui a souvent à visiter cinq ou six salles situées à des étages différents. »

Comment s'étonner, dans ces conditions, des accidents qui sont signalés? Une seule chose pourrait surprendre, c'est qu'ils ne soient pas plus fréquents.

Mais, rares ou fréquents, la faute passe par-dessus l'infirmier occasionnel pour atteindre directement l'Administration. Et il est à souhaiter que, dans un de leurs considérants, les tribunaux actuellement saisis fassent remonter à qui de droit la responsabilité des faits que l'on vient de soumettre à leur juridiction.

M. Barth propose la création d'un service central de recrutement avec des écoles pratiques, où le futur infirmier ferait son stage, son apprentissage avant d'être titulaire. Mais, jamais un infirmier n'entrerait directement de la rue dans les salles. On éviterait ainsi ce va et vient d'alcooliques, de miséreux sans place, qui viennent demander, sous prétexte de soigner les malades, un abri contre leur misère du moment ou quelques sous pour se procurer leur alcool coutumier. On ne verrait plus les salles désorganisées faute d'infirmiers capables, et « un chef de service obligé de renoncer à baigner la nuit ses typhiques à cause de l'incompétence notoire des infirmiers qu'on lui impose ; on ne verrait plus un malade délirant ou agité confié aux soins d'un garçon d'office ou de tout autre gardien de bonne volonté, qui peut-être n'a jamais touché un malade de sa vie ».

Un autre avantage d'un service central d'admission serait d'empêcher qu'un infirmier, renvoyé aujourd'hui d'un hôpital pour ivrognerie, puisse le lendemain, après avoir cuvé son vin, se faire admettre dans un autre.

M. Barth étudie surtout la façon dont est réglé le service des infirmiers. Voici ce qu'il dit du service de veille : « Le veilleur prend son service à huit heures du soir sans avoir dîné ; une marmite à compartiments l'attend dans la salle, contenant son repas plus ou moins chaud, qu'il mange quand les malades lui en laissent le loisir. Après toute sa nuit passée, il doit rester jusqu'à dix heures du matin à la disposition de la surveillante, pour les nettoyages ; ensuite, il a la permission de sortir jusqu'à midi ; après le déjeuner, il va se coucher dans un dortoir, où le va-et-vient incessant ne lui permet qu'un sommeil précaire, fréquemment interrompu.

Les heures de travail sont trop longues : l'infirmier de veille surtout, tenu à quatorze heures de service journalier, succombe à la fatigue et ne résiste guère à la tentation de boire pour se soutenir Souvent, au bout d'un temps assez court, il se met à tousser et on s'aperçoit qu'il se tuberculise. Aussi chacun est-il pressé de quitter ce service de veille et très disposé, comme nous l'avons déjà vu, à le laisser aux débutants. »

Le rapporteur étudie ensuite comment devrait être divisé ce service, les heures de travail, les heures de veille, les heures de repos et de sortie.

« Une fois attaché à un service, l'infirmier devrait se spécialiser dans ses fonctions et n'en être distrait que pour les motifs les plus sérieux : la médecine générale comme la chirurgie, les maternités ou les crèches comme les autres services spéciaux, garderaient en principe leur personnel après l'avoir formé. Si des permutations avaient lieu, pour raison de convenance ou pour toute autre cause, elles ne seraient autorisées qu'entre services du même ordre.

Ainsi les malades seraient assurés d'avoir toujours à leur disposition des soins compétents, et les fonctions d'infirmier seraient réservées à des serviteurs vraiment capables de les remplir. »

Malheureusement, aucune de ces réformes ne peut s'accomplir sans toucher aux finances de l'Administration. Car, il est impossible d'avoir un personnel sérieux, instruit et stable, si l'on continue à lui donner des salaires aussi dérisoires. Il faudrait reviser, dans un sens plus libéral, l'évaluation des indemnités servies en nature, et ne pas retirer d'une main ce qu'on a semblé donner de l'autre. Il faudrait accorder des primes à la persévérance et mieux récompenser les longs services. Il faudrait, enfin, mesurer moins parcimonieusement les allocations de retraite à ceux dont la vie entière s'est écoulée à soigner les malades.

La suite du rapport mérite d'être publiée *in extenso*, parce qu'elle est un tableau frappant et saisi sur le vif de la façon dont les infirmiers sont logés par la grande institution qu'est l'Assistance publique à Paris :

« Le logement est ce qu'il y a de plus défectueux : les infirmiers des deux sexes sont entassés dans des dortoirs où ils n'ont pas toujours le cube d'air minimum exigé par les règlements d'hygiène publique ; ils y vivent dans les mêmes conditions que les militaires à la chambrée. Tout se fait en commun et chacun des habitants de ces tristes caravansérails n'a pas le moindre coin qui lui appartienne en propre ; à peine si on leur accorde une malle, un coffre pour serrer leurs effets. On se rendra mieux compte des inconvénients d'une telle promiscuité si on réfléchit que, parmi les infirmiers, il y a toujours quelques tuberculeux latents, et que nulle précaution n'est prise pour empêcher la diffusion des bacilles. Dans certains établissements, les lavabos sont tellement rudimentaires qu'on ne s'en sert pas et que les infirmiers préfèrent aller se nettoyer tant bien que mal dans leurs services. Quant aux water-closets ils sont presque toujours sales et mal tenus.

Cependant, pour ce misérable gîte, l'administration de l'Assistance publique retient, sur le salaire nominal de chaque employé, la somme relativement considérable de 20 francs par mois, soit 240 francs par an, et cette retenue

est imposée à tous sans aucune distinction, même au serviteur marié dont la femme a un domicile en ville. Pour l'infirmier marié à une infirmière, la situation est encore plus triste, car tous deux n'ont droit qu'à leur place au dortoir; s'ils veulent avoir un ménage, ils n'ont d'autre ressource que de prélever sur leurs maigres appointements le loyer d'une chambre en ville; la double indemnité de logement du mari et de la femme n'en reste pas moins acquise à l'Administration. »

La nourriture des infirmiers, dans la plupart des hôpitaux, n'est pas absolument mauvaise, mais elle est peu variée; sa préparation laisse souvent à désirer. Il y a des différences injustifiées entre les rations des différentes catégories de serviteurs; enfin, la plupart des employés ne mangent jamais chaud.

Du vêtement des infirmiers, il vaut mieux ne point parler. Il est d'ailleurs inutilisable dans l'intérieur des services, où la tenue de l'infirmier est une tenue quelconque. Le plus souvent, on voit dans la salle un garçon débraillé, en chemise sale, ouverte parfois sur un maillot multicolore, un pantalon mal retenu par une ceinture de cuir, des chaussures souvent innomables, ce pourrait être un débardeur des quais... c'est l'infirmier.

Pourquoi l'infirmier n'a-t-il pas un uniforme pour ce travail comme il a un uniforme pour le dehors. Le premier est plus important que le second. Une vareuse simple en toile grise, serrée au col, relevée sur les bras, un pantalon pareil, faciles à désinfecter et à laver : telle devrait être la tenue de service.

Mais comme le fait encore remarquer M. Barth, « les questions matérielles ne sont pas tout, et l'Assistance publique a d'autres devoirs à remplir vis-à-vis de son personnel infirmier: elle doit s'appliquer à lui créer une situation morale digne du rôle qu'il est appelé à remplir. Jusqu'ici rien n'a été fait dans cet ordre d'idées; en dehors des heures de travail, les serviteurs des deux sexes n'ont rien qui les retienne dans l'établissement dont ils font partie, ils n'y sont pas chez eux, ils s'y sentent presque étrangers sinon quelque peu parias; ils n'y possèdent ni domicile privé, ni lieu de réunion, et n'y peuvent trouver aucune distraction de bon aloi. Quoi d'étonnant si la plupart des heures de loisir se passent au cabaret, si beaucoup d'infirmiers ne fournissent qu'un service intermittent et capricieux, quittant brusquement un établissement pour entrer le lendemain dans un autre où ils ne resteront pas davantage! »

Il faut avoir le courage de le dire. Actuellement, le métier d'infirmier des hôpitaux est le dernier des métiers. C'est le métier de ceux qui n'en ont pas, c'est un métier qu'adopte par intermittence, toute une série de déclassés, de fainéants et d'alcooliques. Déjà des groupements se sont faits parmi les meilleurs d'entre eux, désireux d'améliorer et de relever leur situation et d'en faire une véritable profession. Il importe que l'Administration inscrive ces modifications en tête des réformes les plus urgentes, comme touchant le plus directement au bien-être et à la sécurité de ses malades.

TRAITEMENT D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Par M. Amédée Casamayor (d'Oloron-Sainte-Marie).

Mme X... (de Lucq de Béarn) vint me consulter dans le courant du mois de mars, « pour une infirmité pénible qui ne lui permettait pas de retenir ses urines. » Il me fut facile de me rendre compte de son incontinence, car elle était à peine entrée dans mon cabinet, qu'elle avait déjà sous elle une petite mare, et elle avait marqué son passage par un sillon de gouttes qui ne laissait aucun doute sur l'issue involontaire et totale de ses urines. Elle me raconta alors, que trois mois auparavant elle avait eu un accouchement difficile, ayant nécessité des interventions obstétricales graves. La tête du fœtus avait séjourné longtemps dans la filière, et la compression prolongée fut sans doute la cause du sphacèle, dont l'escare en tombant laissa à sa place une fistule. Dès lors, la fonction vésicale fut abolie, l'écoulement de l'urine fut constant, surtout dans la position horizontale, et la vulve, les fesses et la face interne des cuisses furent le siège d'une irritation des plus pénibles, les vêtements étaient toujours imprégnés d'urine, et la malade répandait une odeur spéciale qne rien ne pouvait atténuer. Cet état fort pénible avait surtout un retentissement moral, car la santé générale restait satisfaisante.

Je pratique l'examen et je marque les détails suivants : les grandes lèvres étaient rouges, tuméfiées, desquamées et parsemées d'érosions cuisantes sur leur face interne, la vulve très large par suite d'une rupture ancienne du plancher périnéal. Le vagin, très rouge, très irrité, très sensible, le col gros, turgescent, éclaté en plusieurs points, baignant dans l'urine pendant la station obstétricale, sans ulcération, ni écoulement purulent. Je n'aperçus pas tout d'abord l'orifice de la fistule, l'urine s'épanchait en filtrant contre les parois. Je pratique alors, dans la vessie, une injection d'eau bouillie additionnée d'une légère dose de créoline pour la rendre lactescente; et aussitôt *la place de la fistule* m'apparut. Elle était située sur la paroi antérieure naturellement, mais plus déjetée du côté gauche et assez près de l'union de la paroi antérieure et de la paroi postérieure, à un centimètre environ du sphincter urétral. Le jet qui passait de la vessie dans le vagin était dédoublé, l'un plus abondant se dirigeait vers le col et l'autre plus faible vers la vulve. J'arrête l'injection vésicale, je sèche bien la paroi et je vois deux petits pertuis en canon de fusil séparés par un pont de muqueuse, l'un regardait en arrière et l'autre en avant.

Je place sur la paroi postérieure une valve de Sims, j'introduis dans l'urètre une sonde en argent de gros calibre que je fais basculer vers la symphyse en ramenant la paroi antérieure en cystocèle. Dès lors la fistule s'étalait admirablement et je constatai qu'elle était en cul-de-sac, infundibuliforme et que son véritable aspect était masqué au premier abord par cette bride muqueuse qui donnait la double apparence, ainsi que le dédoublement du jet qui venait se briser en sortant sur elle.

Je remets au lendemain les préparatifs opératoires, et dans les jours suivants, je pratique la désinfection vaginale, si tant est qu'en pareille occurrence il soit possible de l'obtenir.

Passons au procédé opératoire. Je m'adressai tout de suite aux moyens les plus simples. Mon premier soin fut de supprimer la bride muqueuse qui dénaturait l'aspect de la fistule, et la section de cette languette entre deux pinces à forcipressure fut absolument sans importance. Aussitôt, la fistule s'étala et m'apparut sous ses dimensions vraies qui étaient environ celles d'une pièce de 50 centimes. Les bords étaient nets, mais les tissus avoisinants semblaient dénaturés, scléreux, lardacés et doués d'une vitalité assez douteuse.

Je voulus tenter la réunion après cautérisation des bords

répétée plusieurs jours avant la suture. La surface d'avivement obtenue semblait satisfaisante, d'autant qu'avant la suture, j'avais pratiqué des scarifications sur la surface cruentée. Le résultat cherché par deux fois fut négatif et je pensai alors à utiliser le moyen suivant, qui m'a donné pleine et entière satisfaction.

Les fistules vésico-vaginales se présentent à l'observation médicale avec des manières d'être tellement nombreuses, qu'un traitement systématique ne semble pas pouvoir être préconisé. La situation, la forme, l'étendue font varier la technique opératoire, aussi l'observation que j'apporte n'a pas pour but de montrer une méthode nouvelle, mais seulement une variante dans le procédé du dédoublement qui, dans ce cas particulier, a fourni un résultat facile, rapide et heureux.

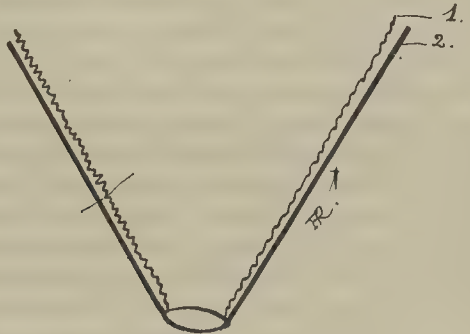


Fig. 1.

Je place la femme dans la position obstétricale, les cuisses bien relevées. Je ne pratiquai pas d'anesthésie, la malade avait une ferme volonté de guérir jointe à beaucoup d'énergie, aussi elle ne fit pas une plainte pendant toute la durée de l'intervention. Je place une valve de Sims, et j'amène la

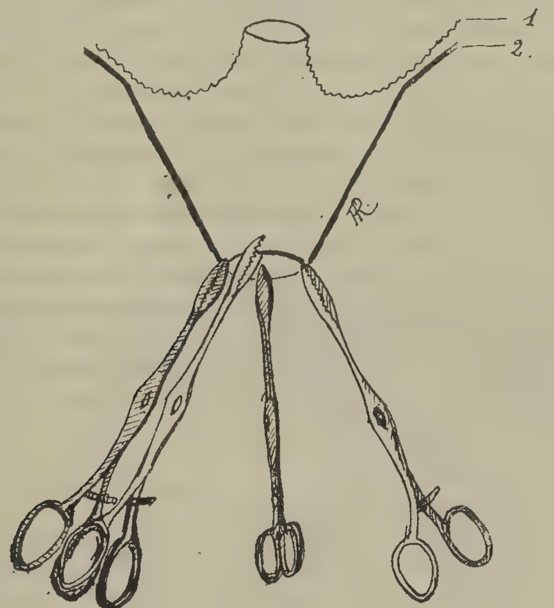


Fig. 2.

fistule au dehors sur une grosse sonde en argent de femme. Je saisis les bords de la fistule aux quatre points cardinaux avec des pinces à forcipressure, j'attire légèrement à moi, de façon à faire un petit entonnoir. Je pratique alors le dédoublement un peu en arrière du rebord fistuleux, avec beaucoup de lenteur et de précautions, l'hémorragie était relativement peu abondante. Je place mes pinces sur le lambeau vaginal dédoublé, chacune au fur et à mesure que le travail avance. Je dédouble *circulairement* sur une étendue de 2 à 2 centimètres et demi et je finis par avoir mon entonnoir au dépens de la paroi exclusivement vaginale (2), tandis que la paroi vésicale fait de son côté un entonnoir en sens inverse (1) qui donne au tout l'aspect d'un casque à mèche dédoublé. Reste la suture que je pratique comme il suit. Je passe à la base de mon entonnoir une coulisse en catgut numéro 2, tandis que les pinces attirent toujours l'orifice. Je resserre, modérément, les deux bouts pour éviter la gangrène et avec beaucoup de précautions, et j'obtiens le resserrement et le plissement de la base amenant le contact intime de la face interne éminemment apte à la réunion.



Fig. 3.

Je pratique ensuite au bout de la fistule trois points en étoile avec des fils de platine que je tords ensemble comme au-dessus d'un bouchon de champagne, et l'opération est terminée.

Je mets une sonde à demeure pendant quatre ou cinq jours. Rien ne s'écoulant, je l'enlève, il reste un peu d'incontinence pendant quatre à cinq jours, mais la fistule est admirablement étanche. La fonction vésicale se rétablit, les mictions deviennent de moins en moins fréquentes, à mesure que la vessie reprend ses dimensions normales, et trois semaines plus tard, la malade était aux champs après avoir repris toutes ses occupations.

Il ne reste plus actuellement qu'une petite induration mamelonnée formée par l'entonnoir transformé en bouchon. Il est probable que du côté de la vessie pareille chose s'est produite et la fistule se trouve ainsi occluse par deux tampons superposés.

Ce procédé me semble devoir offrir les avantages suivants :

1° Il réduit au minimum la surface opérée et diminue d'autant les chances d'infection, cause des réunions tardives.

2° Il supprime toute possibilité de suintement entre les points de suture, puisqu'en réalité il n'y en a qu'un.

3° Le plissement produit par la coulisse favorise la réunion par première intention.

4° La suture étagée constitue une double barrière, une double sécurité sur l'unique passage offert à l'écoulement.

5° L'adossement sur elle-même de la paroi vésicale constitue d'abord un premier obstacle au cours de l'urine et plus tard un renforcement de l'obturation.

6° Ce procédé me paraît devoir être utile dans les fistules facilement accessibles et de moyennes dimensions.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(19 juillet 1901)

M. Paul Gallois apporte un moulage et des photographies qui proviennent d'un malade qu'il a soigné en 1895 pour une syphilis au début : en 1898 ce malade vint le consulter pour des **tumeurs nodulaires multiples de la paume des mains**. Ces tumeurs était au nombre d'une vingtaine à chaque main. Il en existait en outre d'autres à la région olécrânienne. Leur volume était très variable, les plus grosses atteignaient le volume d'une noisette. Elles étaient dures, le malade comparait leur consistance à celle de cailloux. La peau glissait assez facilement à la surface des petites tumeurs qui adhéraient aux plans profonds. Mais, en grossissant, elles faisaient corps avec la peau dont la coloration n'était pas modifiée. Ces tumeurs étaient à peu près indolores, mais par leur volume elles gênaient le malade dans son travail. La première pensée fut qu'il s'agissait de ladrerie, mais une ponction exploratrice montra qu'il n'existait pas de kystes d'échinocoques, mais des tumeurs solides.

Ne s'agissait-il pas, alors, d'une affection syphilitique? M. Gaucher, à qui le malade fut présenté, n'osa se prononcer. M. Monod, consulté à son tour, en deux opérations, enleva les plus volumineuses des tumeurs et les remit à M. Macaigne pour qu'il en fasse l'examen microscopique. M. Macaigne ne trouva que du tissu fibreux sans follicules tuberculeux. Le diagnostic auquel on s'arrêta fut fibromes.

Mais cette année (1901) M. Gallois revit le malade et constata que les tumeurs qui n'avaient pas été enlevées s'étaient résorbées; il n'en reste plus que deux, l'une à la face dorsale d'un doigt, une autre au niveau de l'olécrâne. Cette notion nouvelle n'était plus en faveur de l'hypothèse de fibromes; on put se demander à nouveau si la syphilis n'était pas en cause, d'autant plus que le malade avait pris régulièrement du sirop de Gibert (300 grammes quatre fois par an). Or des accidents analogues semblent avoir été décrits en 1898 dans la *Deuts. med. Woch.* par Von Ley, qui renvoie d'ailleurs à un mémoire de Lewin (*Ann. de la Charité*, 1882). Chacun de ces auteurs rapporte trois observations très comparables à celle de ce malade; Lewin signale même la présence de gommes à la région du coude. La seule différence, c'est que chez les auteurs allemands le nombre des gommes était moins considérable, cinq ou six au plus, tandis que dans le cas actuel il y en avait une quarantaine.

M. Gallois estime que malgré cette différence on pourrait rapprocher cette observation de celles des Allemands et la cataloguer « gommes palmaires »; ce qui fait hésiter, c'est que dans ces derniers temps le malade a dit que la première de ses tumeurs était apparue en 1893, deux ans par conséquent avant son chancre. Pourtant ce renseignement semble inexact, car le malade fut examiné plusieurs fois dans la période 1893-95 et pour des troubles peu importants, tels que gale, blépharite ciliaire, grippe, etc., et jamais il n'a parlé de ses mains à ce moment.

M. Dopter lit un mémoire sur un **cas de zona thoracique à disposition métamérique, accompagné de l'examen cytologique et bactériologique.** Dans ce cas de zona thoracique, où la ponction lombaire a été pratiquée au cinquième jour de l'éruption, le liquide céphalo-rachidien contenait une abondance moyenne de lymphocytes et quelques cellules endothéliales.

L'ensemencement a décelé la présence d'un diplobacille très mobile, ne prenant pas le Gram, souvent en forme de chaînettes, cultivant sur tous les milieux usités; si l'aspect morphologique de ce microbe le rapproche de la variété colibacillaire, certains caractères de ses cultures l'en éloignent totalement : entre autres caractères, il faut noter la liquéfaction de la gélatine.

Cet agent bactérien diffère donc de ceux qui ont été notés par MM. Achard et Lœper dans deux cas semblables. Ce fait, joint aux précédents, tend à prouver : 1° la participation méningée ou médullaire du zona idiopathique; 2° la nature microbienne de cette affection; 3° la non-spécificité probable de la fièvre zostérienne, et, en ce sens, il semble confirmer les hypothèses formulées à ce sujet en des travaux récents.

M. L. Galliard présente à la Société un malade âgé de cinquante-six ans, atteint d'**ostéite déformante de Paget.** Son aspect est absolument caractéristique. Son crâne est énorme; le tour de tête est de 64 centimètres; les bosses frontales sont saillantes. Quant aux os de la face, ils ne sont pas hypertrophiés; on note seulement l'élargissement des os du nez.

En second lieu, voici l'hypertrophie énorme des clavicules, qui s'appuient sur des acromions également hypertrophiés.

Le malade est penché en avant; légère cyphose et raideur de la colonne vertébrale, qui s'oppose au redressement du corps. Le thorax est légèrement bombé. On voit la pointe du cœur battre dans le sixième espace, car il y a de l'hypertrophie cardiaque liée au rétrécissement mitral. Le foie est volumineux. Il y a d'ailleurs une induration nette des artères de la périphérie. Pas d'altération démontrable de l'aorte.

Aux membres supérieurs, courbure des os de l'avant-bras, qui ne sont pas hypertrophiés, mais dont la déformation s'oppose aux mouvements de supination; la main reste en pronation.

Les membres inférieurs sont très remarquables. On voit deux grands arcs de cercle, massifs, énormes, se réunissant au niveau des pieds, laissant entre les genoux un intervalle de 14 centimètres. Ici l'hypérostose se combine avec la courbure des os. Cette courbure est accentuée surtout au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe gauche. Œdème des membres inférieurs et ulcérations visqueuses au niveau des jambes, surtout à droite. Le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles.

Pas d'acromégalie. Le squelette des mains et des pieds paraît normal.

Les articulations sont indemnes; il n'y a de raideur qu'à la colonne vertébrale et aux épaules.

Les antécédents du malade n'éclairent en aucune façon sur la genèse des lésions; la maladie a débuté il y a six ans environ, par le membre supérieur gauche. Le crâne a toujours été fort, mais son grand développement ne s'est manifesté qu'après l'incurvation des membres supérieurs.

M. Le Noir analyse **24 observations d'albuminurie intermittente** et, sans essayer d'établir une classification, croit pouvoir conclure qu'il existe un type clinique spécial auquel appartiennent presque tous les malades qu'il a observés. Il s'agit de sujets encore jeunes (dix à trente ans), maigres, quelquefois de haute taille, souvent dyspeptiques, dont l'estomac est dilaté; le foie est souvent congestionné, la tension artérielle est abaissée. L'évolution est d'ordinaire favorable, mais c'est seulement sur l'ensemble des signes cliniques que le diagnostic et le pronostic devront toujours être établis.

MM. L. Jacquet et Trémolières rapportent qu'ils ont pu provoquer à volonté la **mélanodermie chez un tuberculeux, par des applications peu prolongées de cataplasmes de farine de graine de lin légèrement sinapisés ou même simples.** Ils croient que c'est là un moyen de provoquer la pigmentation à la période amélanique de la maladie d'Addison, ou même de la déterminer en des cas frustes. Et, en effet, ce malade avait depuis longtemps des crises douloureuses gastro-intestinales et une asthénie disproportionnée à ses lésions.

Ils ont obtenu aux deux mollets une mélanodermie égale après anémie préalable de l'une des jambes par la bande d'Esmarch. C'est là un argument en faveur de la production malpighienne autochtone de pigment cutané.

M. Marcel Labbé présente une malade atteinte de **pouls lent permanent**, sujette à des crises nerveuses répétées, provoquées souvent par une émotion ou une fatigue et présentant des caractères variables : apoplectiformes, épileptiformes, syncopales, lipothymiques, gastralgiques. En outre, le cœur est atteint d'une lésion caractérisée par un souffle systolique de la pointe et par un dédoublement du second bruit avec un léger souffle diastolique. Il est probable qu'il s'agit dans ce cas d'une malformation cardiaque congénitale, probablement d'un retrécissement mitral auquel s'est ajoutée secondairement une insuffisance mitrale; cette lésion par les troubles de circulation bulbaire qu'elle amène, conditionne un véritable syndrome bulbaire caractérisé par le pouls lent permanent et les crises nerveuses multiformes.

M. Lesieur (de Lyon) résume un travail sur les **bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques du nez et de la gorge.** D'après lui, les bacilles pseudo-diphtériques sont beaucoup plus fréquents dans le nez que dans la gorge. Ils existeraient avec une fréquence de 2,85 p. 100 dans la gorge et de 42,85 p. 100 dans le nez.

MM. Merklen et Gougelet rapportent une observation de **rupture spontanée d'ascite à l'ombilic**; M. Simonin lit une note relative à un cas de **méningite cérébro-spinale avec présence dans le pus d'un diplo-bacille mobile.**

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des cataractes commençantes par les collyres et les bains oculaires iodurés.

Depuis quelques années, M. le professeur Badal (de Bordeaux) a essayé, avec des succès divers, des solutions d'iodure de potassium et de sodium, en collyres et en bains d'œil dans le traitement des cataractes commençantes (1).

Les solutions iodiques sont, on le sait, rapidement absorbées par l'œil, mais il est intéressant de rechercher dans quelle mesure ces sels peuvent être prescrits sans risquer de déterminer à la longue l'irritation de la conjonctive.

Dans ses recherches cliniques, les doses médicamenteuses ont beaucoup varié. Au début, les collyres étaient formulés à 50 centigrammes pour 10 grammes; les solutions destinées à être employées en bains oculaires, à 15 grammes pour 300 grammes. L'expérience a montré à M. Badal que, pour ces derniers surtout, la proportion était un peu forte, non point qu'il en résultât sur le moment la moindre douleur, mais à la longue les malades se plaignent de picotements et d'un peu d'irritation conjonctivale. Actuellement, il s'en tient aux formules suivantes :

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 juillet 1901.

1° *Collyre.*

Eau distillée bouillie	10 grammes.
Iodure de potassium ou de sodium	25 centigrammes.

Une ou deux gouttes matin et soir.

2° *Solution.*

Eau distillée bouillie	300 grammes.
Iodure de potassium ou de sodium	7gr50

En bains oculaires, deux fois par jour, à l'aide d'une œillère étroitement appliquée contre l'œil, les paupières entr'ouvertes pendant une minute ou deux.

Bien qu'il ne soit pas facile de se rendre compte des progrès de la vue à la suite de ce traitement, cette méthode n'en est pas moins intéressante à signaler.

La teinture d'iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Deléarde (de Lille) fait donner deux fois par jour, immédiatement avant les principaux repas, une cuillerée à soupe d'une solution dans laquelle entrent l'iode, l'iodure de potassium qui agit comme dissolvant, la glycérine et l'eau, enfin, un sirop édulcorant. Il emploie la formule suivante que nous reproduisons d'après l'*Echo médical du Nord* (21 juillet 1901) :

Teinture d'iode..............	20 grammes.
Iodure de potassium.........	2 —
Glycérine....................	40 —
Sirop d'éc. d'oranges amères.	50 —
Eau..........................	Q. s. p. 1 litre.

Ainsi employée l'iode est un excellent tonique général, elle relève l'appétit, facilite la digestion et supprime les vomissements provoqués par la toux après les repas. Enfin elle stimule la nutrition et l'assimilation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lille.* — Le conseil de la Faculté vient de désigner M. le professeur Combemale pour succéder, en qualité de doyen, à M. le professeur de Lapersonne, nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris.

Guerre. — *Service de santé militaire.* — Voici la liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'École du service de santé militaire :

MM. Adoue, Antoine, Arnal, Augé, Auvert, Babeau, Bahier, Baillou, Balme, Bargeton, Beaumont, Beauquey, Beillard, Biros, Bloch, Boidard, Bordes, Borie-Labat, Bovier-Lapierre, Boyé, de Boyer de Choisy, Brissaud, Bussière, Candiotti, Carel, Castex, Cathala, Causeret, Cavarroc, Cazeneuve, Cazottes, Chaboux, Chailly, Charrieer, Charton, Chatain, Chauliac, Chèze, Chon, Clerc, Cordier, Cottin, Coudray, Coulon, Croidieu, Delahousse, Delaunay, Dellys, Destelle, Dez, Diot, Dizac, Donius, Dorange, Drouhet, Ducos, Dudon, Dufils, Dumas, Dumont, Duteil, Emonet, Euvrard, Eybert, Fayet, Feuillié, Fischer, Fonsagrives, G. François, R. François, Frantz, Frison, Fulcrand, Gaillaud, Garcin, Gary, Geay, Giraud, Giraudoux, Godichaud, Gottenkieny, Granier, Grlolet, Groc, Grondone, Guglielmie, Guillaumot, Guillois, Guionie, Herbay, Hérisson, Herpin, G. Hornus, P. Hprnus, Hügel, Jacques, Jacquier, Jammes, Julien, Kaestler, Kœnig, Labougle, Laforge, Laloy, Lannes-Dehore, Lapierre, Lorroque, Lefevre, Lémonon, Le Petit, Leroy, Létang, Louis, Msestraggi, Mahaut, Maillard, Malmonté, Mandoul, Marchand, Marion, E.-V. Martin, E.-B. Martin, Massie, Masson, Maublanc, Meignié, Meyer, Miser, Moisson, Mossier, Moynet, Nicard, Nicaud, Nouët, Ortal, Orticoni, Paître, de Paoli, Perdrizet, Péré, Péridier, Pernin, Pérot, A. Perrier, T. Perrier, G. Petit, M. Petit, Peutot, Pichet, Pilliot,

Pinaud, Pouchet, Querleux, Rancoule, Rayot, Regnault, Remy, Renaud, Reynaud, Rigal, Rochu, Rolin, Rondot, Roubaud, Royer, Rudler, Saffores, Sailly, Salètes, Salomes, Sanson Saupiquet, Saury, de Sauvejunte, C. Sauvet, Simonin, Subra de Salafa, Szelechowski, Talpain, Thébaud, Thellier, Thivol, Trèves, Troché, Truchetet, Turcan, Vendeuvre, Vergnes, Villard, Villeneuve, L. Vincent, M. Vincent, Vleeschouwer, Vuillomot, Walther, Woms, Yvert, Zemb, Zimmer.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

Marine. — M. le médecin principal Torel, actuellement en service à Cherbourg, est désigné pour embarquer le 1er août prochain sur le cuirassé le *Formidable* à Toulon.

Le monument des internes. — Du *Soir* : « Le maître sculpteur Denys Puech est allé, un de ces matins derniers, prendre ses mesures dans la cour intérieure de l'Hôtel-Dieu, en vue du monument commémoratif dont l'exécution lui a été confiée et qui sera élevé, au printemps prochain, dans cet établissement, à l'honneur des internes en médecine victimes de leur dévouement.

Le monument se composera d'un bas-relief en marbre représentant l'opération de la trachéotomie dans la maladie du croup — car c'est surtout cette maladie, avant la découverte du docteur Roux, qui causa le plus de ravages parmi les internes soignant les petits malades.

L'érection de ce monument coïncidera avec le centenaire de l'Internat en médecine, que l'on célébrera au mois d'avril prochain. »

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 28e semaine, 891 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (825), mais encore inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de juillet.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (la moyenne est 10).

La variole a causé 5 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes (10). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution (60 au lieu de 64 et 88).

La rougeole a causé 17 décès (la moyenne est 21) dont 14 dans les arrondissements pauvres de la périphérie.

La scarlatine n'a causé que 1 décès (la moyenne est 5); la coqueluche, 6 (chiffre identique à la moyenne). La diphtérie, 17, chiffre supérieur à celui des deux semaines précédentes et qui faisait prévoir le grand nombre des cas nouveaux pendant les dernières semaines (110-108-126). Le nombre des cas nouveaux est 113.

La diarrhée infantile a causé 50 décès de 0 à 1 an (au lieu de la moyenne 99). Ce chiffre, légèrement supérieur à celui de la semaine précédente (46), pourra subir une assez forte augmentation si la chaleur se maintient. On ne saurait donc trop attirer l'attention des familles sur les conseils qui leur ont été donnés par le Conseil de salubrité de la Seine et qui ont été placardés sur les murs de Paris à la demande du Conseil municipal. Ces conseils se résument à recommander, pour les enfants qui ne peuvent être nourris au sein, l'usage du lait stérilisé, et la méticuleuse propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté. Sur les 50 décès, par diarrhée infantile, 42 ont eu lieu dans les arrondissements périphériques.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 109 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 117 pendant la semaine précédente. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 18 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 26 (au lieu de la moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (chiffre identique à la moyenne dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 193 décès; la méningite tuberculeuse, 12 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 7 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 40 décès; les maladies organiques du cœur, 59; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès ; la cirrhose du foie, 6; la néphrite, 20; enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

N° 85. — JEUDI 25 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 25 JUILLET 1901. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — RHUMATISME TUBERCULEUX OU PSEUDO-RHUMATISME D'ORIGINE BACILLAIRE, par M. Antonin PONCET. — APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE; ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, d'après M. le docteur BAYET. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

RHUMATISME TUBERCULEUX OU PSEUDO-RHUMATISME D'ORIGINE BACILLAIRE

Par M. Antonin PONCET [de Lyon] (1).

La tuberculose peut donner lieu à des manifestations articulaires très différentes les unes des autres et très variables, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique. Elle peut revêtir, ainsi que nous l'avons montré déjà, une allure telle, que la confusion persiste, avec les lésions dites rhumatismales, si l'on ne songe pas à la relation de cause à effet entre elles et l'infection bacillaire. Cette relation s'est imposée à notre observation et nous avons cherché à établir qu'il existe un rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire (2), au même titre que d'autres pseudo-rhumatismes infectieux devenus depuis longtemps déjà classiques : rhumatisme de la blennorragie, de l'état puerpéral, de la scarlatine, etc., etc.

Il nous a été donné, en effet, maintes fois, de rencontrer chez des tuberculeux des accidents articulaires allant depuis la simple arthralgie, fugace, intermittente, bien décrite par Weil (3), jusqu'à l'arthrite noueuse déformante, en passant par toutes les étapes intermédiaires : arthrite aiguë, subaiguë, arthrite sèche, séreuse, riziforme, etc., et dans une intéressante étude sur le rhumatisme tuberculeux MM. Bérard et Mailland (4) ont apporté à l'appui de cette manière de voir des observations concluantes.

Nous sommes loin de l'époque, cependant encore rapprochée, où, avec Bonnet, Nélaton, etc., la granulation miliaire, mais surtout la fongosité, l'abcès froid avec son pus, parfois d'aspect assez particulier, étaient considérés comme les éléments indispensables, caractéristiques de lésions spéciales : carie osseuse, tumeur blanche, qui devaient plus tard être reconnues comme appartenant à une seule cause et à une seule maladie : la tuberculose.

On sait l'évolution profonde des idées depuis les grandes découvertes de ces trente dernières années sur la nature des altérations tuberculeuses, sur leur bacille pathogène et sur les caractères des lésions qu'il engendre. Il n'en est pas moins vrai que, tout en reconnaissant la nature éminemment infectieuse de cette maladie, on a continué généralement, malgré les belles recherches de König, d'Ollier, de Lannelongue, de Socin, de M. Pollosson, etc., à ne l'envisager dans les articulations que dans ses formes graves.

Par un défaut d'assimilation avec d'autres maladies infectieuses, on l'a tenue en dehors de cette loi de pathologie générale, formulée par le professeur Bouchard, dès 1883, dans la thèse de Bourcy : *Rhumatisme infectieux* (Thèse de Paris, 1883), à savoir *que toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme avec lequel elles se confondent cliniquement et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette infection soit la maladie première ou une infection surajoutée.*

Nulle part l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'avait été nettement formulée, et peut-être faut-il chercher la cause de cet ostracisme vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, présentant, encore une fois, la symptomatologie des manifestations rhumatismales, dans cette opinion régnante encore, et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme.

Cette question de mots : « incompatibilité de la diathèse rhumatismale et de la diathèse tuberculeuse, » pour me servir d'un langage déjà lointain, a dû nuire à la conception du rhumatisme tuberculeux.

J'ai, dans ces derniers mois, observé à ma clinique divers malades chez lesquels le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne laissait pas de doute. L'histoire de trois d'entre eux est topique, et je suis persuadé que l'attention étant appelée sur le pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, il sera facile de rencontrer des faits de même ordre.

Voici une première observation, dans laquelle un homme de quarante-quatre ans, exerçant la profession pénible de

(1) Communication à l'Académie de médecine.

(2) A. PONCET, BÉRARD et DESTOT. De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux, *Congrès français de chirurgie*, 1897. — A. PONCET. Du rhumatisme tuberculeux, Soc. de méd. de Lyon, 1900.

(3) E. WEILL. Des troubles nerveux chez les tuberculeux, *Revue de médecine*, juin 1883.

(4) MAILLAND. Rhumatisme tuberculeux, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 nov. 1900.

manœuvre, sans antécédents héréditaires ni personnels, présente, à l'âge de quarante ans, une épididymite chronique suppurée, dont témoigne une cicatrice en cul de poule adhérente au testicule.

Un ans après, il y a trois ans, bronchite et pleurésie gauche. L'année dernière, au mois d'août, apparition, du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement diagnostiquées : rhumatisme articulaire aigu. Ces accidents inflammatoires disparaissent huit à dix jours après, pour se localiser à la région lombaire et à la hanche droite. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril dernier, on constate une coxo-tuberculose à forme plastique et un mal de Pott lombaire avec un gros abcès ossifluent dans la fosse iliaque du même côté.

Cette observation I, que nous avons résumée dans ses grandes lignes, établit la filiation de ces accidents pathologiques et leur pathogénie univoque.

Observation I (recueillie par M. Hau, interne du service). — *Bronchite. — Pleurésie gauche et tuberculose testiculairre suppurée du même côté, datant de trois ans. — Lésions guéries. — Rhumatisme articulaire aigu il y a un an. — Disparition des douleurs qui se localisent à la hanche droite et à la colonne vertébrale. — Actuellement coxalgie plastique (coxo-tuberculose sans abcès, sans fongosités apparentes), mal de Pott, avec abcès du volume des deux poings, occupant la fosse iliaque correspondante.* — I. J..., quarante-quatre ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu le 1er avril 1901.

Pas d'antécédents héréditaires. Marié, le malad a eu six enfants. Deux seuls sont vivants; deux sont morts dans l'enfance de convulsions, un autre de méningite, un quatrième est né avant terme.

Pas de maladie avant l'âge de quarante ans. A cette époque épididymite suppurée, survenue sans cause appréciable, dont témoigne une cicatrice en cul de poule, adhérente au testicule.

Un an après, il y a trois ans, bronchite et pleurésie gauche ayant nécessité un séjour de trois mois au lit.

L'année dernière, au mois d'août, apparition brusque, du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement qui l'obligèrent à garder le lit (genou gauche, pied droit, etc.). Un médecin appelé fit le diagnostic de : rhumatisme articulaire aigu.

Disparition après huit à dix jours de ces phénomènes douloureux, qui se localisèrent à la région lombaire et à la hanche droite.

L'examen révèle un mal de Pott avec un point très douloureux à la pression, au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, et on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'un abcès du volume des deux poings, allongé, peu douloureux, ne se prolongeant pas du côté de la cuisse. Signes de coxalgie plastique à droite. Coxo-tuberculose, sans abcès, sans fongosités apparentes.

Au poumon gauche, du côté de l'ancienne pleurésie, abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire. Etat général relativement bon.

Le second malade est une femme de quarante-cinq ans, atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne. Subitement, sans cause connue, elle présente des arthrites aiguës multiples, qui disparaissent bientôt pour donner lieu et place à une ostéo-arthrite fongueuse suppurante de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius droit. La désarticulation du doigt est pratiquée et les inoculations faites aux cobayes avec les produits pathologiques de cette articulation sont positives. Il existe, en outre, chez cette malade, des craquements dans les articulations autrefois frappées, une arthrite subaiguë de l'articulation tibio-tarsienne droite, et comme si elle devait présenter, en quelque sorte à plaisir, toute la gamme de lésions que l'on peut volontiers qualifier de rhumatismales, on constate une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt correspondant.

Ici encore, il ne nous paraît point hypothétique de croire à un seul et même agent pathogène, donnant naissance, comme on le voit fréquemment dans d'autres maladies infectieuses, à des réactions différentes des tissus, qu'il est du reste facile d'expliquer.

On verra, dans l'observation II résumée, un exposé complet de ces différents états pathologiques.

Obs. II (recueillie par M. Patel, interne des hôpitaux). — *Tuberculose pulmonaire ancienne. — Premières manifestations articulaires, d'apparence rhumatismale, remontant à deux ans. — Il y a deux mois, rhumatisme articulaire aigu avec localisation ultérieure au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius droit (ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée de cette articulation). — Désarticulation du doigt. — Inoculations positives au cobaye.* — Femme de quarante-cinq ans, tisseuse, mariée, est entrée à l'Hôtel-Dieu au mois de février dernier.

Dans l'enfance, polyadénite cervicale, qui disparut au moment de la puberté. La malade a une fille de treize ans qui a eu des adénites cervicales et une otite moyenne. Elle dit tousser depuis longtemps, avoir souvent craché du sang.

Depuis trois ans, chaque hiver, les phénomènes pulmonaires ont augmenté, la toux est devenue plus fréquente, avec des crachats purulents striés de sang.

Les premiers phénomènes articulaires : douleur dans la hanche gauche, malaise général, etc., datent de deux ans. Disparition des accidents au bout de quinze jours.

Il y a deux mois, subitement, sans cause connue, arthrite aiguë du cou-de-pied droit. L'arthrite avait à peu près disparu, vers le quinzième jour, lorsque les deux épaules, le coude et les diverses articulations de la main droite furent atteintes.

Ces diverses manifestations articulaires s'amendèrent rapidement; mais du côté de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius il n'en fut pas de même. Cette articulation devint rouge, tendue, un abcès se forma, et la malade entre à l'Hôtel-Dieu pour cette ostéo-arthrite suppurée, qui a tous les caractères cliniques d'une tuberculose articulaire ouverte.

L'examen des diverses articulations frappées révèle, pour la plupart, leur intégrité en dehors de quelques craquements; on constate toutefois de la gêne, de la raideur des mouvements des doigts, avec une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt correspondant.

L'articulation tibio-tarsienne est en outre le siège d'une arthrite subaiguë ; gonflement marqué, points douloureux diffus.

Il existe des signes très nets de tuberculose pulmonaire ancienne : matité aux deux sommets, à droite craquements passagers après la toux, etc.

Cette malade a quitté l'Hôtel-Dieu quelques semaines après son entrée. La désarticulation du médius atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée a été pratiquée. Des inoculations faites au cobaye par mon chef de laboratoire, le docteur L. Dor, avec des fongosités articulaires, ont été positives.

L'observation III mérite de nous arrêter plus longtemps. Elle offre cette particularité importante, que le sujet atteint

de rhumatisme tuberculeux est mort à l'hôpital, que son autopsie a permis d'en étudier les diverses lésions, et qu'elle a fourni également matière à des inoculations aux cobayes, inoculations qui ont été positives.

Cette dernière malade est une femme de soixante-trois ans, qui, entrée dans mon service le 9 mars dernier, y mourait neuf jours après. Elle présentait aux deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire avancée. Elle était atteinte d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit, et dans la plupart des autres articulations des membres, on constatait un reliquat d'accidents inflammatoires anciens. C'est en octobre 1899 que, dans un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, pour une toux constante, s'étant accompagnée d'hémoptysies, elle fut prise de douleurs articulaires multiples sans gonflement, puis au mois de juin 1900, elle eut des douleurs, de la tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui devait devenir fongueuse et suppurée. En même temps signes d'arthrite dans les articulations des doigts, celles du pouce restant depuis lors déformées, avec subluxation métacarpo-phalangienne.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on note des craquements, de l'empâtement, de la douleur du côté des diverses articulations primitivement atteintes. L'état général est des plus mauvais et la malade meurt emportée par sa bacillose viscérale.

L'autopsie révèle toute une série de lésions articulaires plus ou moins atténuées, et d'autres plus graves, en particulier du côté de l'articulation tibio-tarsienne, qui est suppurée. Des inoculations faites au cobaye avec des produits recueillis dans l'intérieur de ces articulations furent positives.

Avec l'observation III nous donnons l'histoire si démonstrative de ce dernier rhumatisme tuberculeux.

Obs. III (recueillie par M. Patel, interne des hôpitaux). — *Tuberculose pulmonaire au troisième degré. — Ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite, fongueuse, suppurée. — Craquements diffus dans le coude droit, l'épaule droite et presque toutes les autres articulations, qui ont été, à diverses reprises, le siège d'accidents inflammatoires plus ou moins aigus, d'apparence rhumatismale. — Mort. — Autopsie. — Poumons : broncho-pneumonie tuberculeuse. Cœur : insuffisance aortique, végétations valvulaires. Articulation tibio-tarsienne : pyarthrose, synovite fongueuse, ulcérations des cartilages. — Dans les autres articulations : infiltration œdémateuse de la synoviale, usure par places des cartilages. — Lésions d'ostéo-arthrite non suppurée. — Inoculations positives au cobaye. — Reproduction expérimentale des lésions valvulaires.* — G. F..., soixante-trois ans, lingère, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 mars dernier.

Pas d'antécédents héréditaires. Parents morts de vieillesse. Pas d'enfants. Santé excellente jusqu'à ces deux dernières années. Rhumes fréquents, soit en été, soit en hiver.

Premier séjour à l'Hôtel-Dieu, du mois d'août 1899 au mois d'août 1900. Le malade était entrée à l'hôpital pour des phénomènes gastriques, et pour une toux constante assez pénible, s'accompagnant, parfois, de petites hémoptysies. Un mois et demi après son entrée (octobre 1899) elle ressentit des douleurs au niveau de l'articulation du coude, de la gêne dans les mouvements de cette articulation. Pas de gonflement. Peu après les deux genoux devinrent douloureux, sans changement extérieur. Presque toutes les articulations furent ainsi successivement envahies. Cet état dura pendant plusieurs mois : repos, applications de salicylate de méthyle sur les régions douloureuses.

Au mois de juin 1900, douleurs, puis tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite. Sur ces entrefaites, G. F... quitte l'hôpital et reprend son travail. Les articulations des doigts deviennent à leur tour douloureuses, surtout celle du pouce droit, qui reste, depuis lors, déformée. Subluxation spontanée de son articulation métacarpo-phalangienne.

En même temps, durant l'hiver qui suivit : toux continue, hémoptysies fréquentes, amaigrissement considérable.

Lors de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1901, l'examen clinique révèle les particularités suivantes :

1° Ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit.

2° Arthrite déformante métacarpo-phalangienne droite. Subluxation en arrière de la tête métacarpienne.

Arthrite chronique du coude droit, caractérisée par des douleurs en arrière, et dans l'extension maximum. La synoviale est distendue et forme deux bourrelets de chaque côté du tendon tricipital.

Dans presque toutes les autres articulations, craquements pendant le mouvement. Douleurs dans l'extension et la flexion forcée de la colonne vertébrale.

Examen des poumons : submatité aux deux sommets, au sommet droit, râles sous-crépitants, souffle cavitaire après la toux, gargouillement, etc. Au sommet gauche : expiration rude, craquements étendus, etc.

Crachats purulents, hémoptoïques, très abondants, survenant dans des efforts de vomissements.

État général mauvais. Température : 39°8 le matin, 39 degrés le soir.

La malade est morte le 18 mai avec des signes de tuberculose pulmonaire avancée. Cinq jours auparavant, elle avait eu des douleurs très vives dans toutes les articulations antérieurement malades. Le pouce droit s'était tuméfié, sa face dorsale était devenue un peu rouge, puis le lendemain tout avait disparu.

Autopsie pratiquée le 18 mars.

1° *Poumons* : Lésions bilatérales de broncho-pneumonie tuberculeuse si confluentes, que les lobes supérieurs ont presque l'apparence d'une pneumonie caséeuse. Dans le lobe inférieur, noyaux disséminés de broncho-pneumonie.

2° *Cœur* : Insuffisance aortique et mitrale produite par des végétations papillomateuses, siégeant sur le bord libre des valvules. La base des valvules est épaissie, indurée.

3° *Articulations* : *a*. L'articulation tibio-tarsienne présente les signes classiques d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée.

Les autres articulations du pied (astragalo-calcanéenne, astragalo-scaphoïdienne, calcanéo-cuboïdienne, etc.), sont le siège d'altérations du même ordre, mais moins avancées.

b. Les articulations du coude, du pouce, de l'épaule droite sont atteintes d'arthrite chronique : amincissement, ulcération des cartilages, épaississement, vascularisation de la synoviale, etc.

Des inoculations faites au cobaye (L. Dor), avec les produits recueillis dans l'intérieur de ces diverses articulations, ont été positives.

Il me paraît inutile de commenter plus longuement de telles observations. Elles établissent les différentes modalités des accidents articulaires d'origine tuberculeuse, que j'ai proposé de grouper sous le nom de : *rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire* (1).

(1) Je rappellerai, à ce propos, les intéressantes expériences de MM. L. Dor et J. Courmont, qui avaient vu des injections intra-veineuses de tuberculose atténuée, pratiquées chez des lapins, donner naissance à des arthrites fongueuses, séreuses et autres, d'inégale gravité. (Soc. de biol., nov. 1890, fév. 1891 ; *Ann. de l'Œuvre de la tuberc.*, 1891, et L. Dor, Soc. de méd. de Lyon, 5 mars 1900.)

APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOIDE

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

D'après M. le docteur Bayet (1).

Si une fièvre typhoïde à évolution régulière, de moyenne intensité, sans complications, ne peut qu'être difficilement confondue avec une appendicite, il existe de nombreuses formes anormales de dothiénentérie, pour lesquelles toutes les hésitations sont possibles.

Ce sont d'abord les formes légères de la typhoïde. Dans certaines d'entre elles, la fièvre est modérée, l'éruption de taches rosées des plus discrètes, le catarrhe bronchique peut être nul, la céphalée du début peu intense. Il existe simplement un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, une légère hypertrophie splénique, une faible élévation thermique. Parfois même, il n'existe ni fièvre ni diarrhée, et le séro-diagnostic permet seul d'affirmer la nature de la maladie. Tous ces cas peuvent simuler un début d'appendicite, d'autant qu'il existe incontestablement quelques appendicites se manifestant au début par des signes d'entéro-colite avec diarrhée persistante. Inversement, certaines formes graves de la typhoïde peuvent prêter à la confusion. Ce sont celles où le retentissement des lésions intestinales sur le péritoine est précoce et intense, où les signes abdominaux dominent.

En somme, un certain nombre de signes cliniques sont communs aux deux maladies : ce sont surtout la douleur à la fosse iliaque droite, avec ou sans gargouillement, le météorisme, la température élevée dès les premiers jours, l'entéro-colite et la diarrhée.

Les éléments qui permettent, dans ces cas difficiles, d'arriver au diagnostic peuvent se grouper sous quatre chefs : l'analyse des signes cliniques, l'examen des urines, l'examen du sang, le séro-diagnostic.

1° Les *signes cliniques* qui peuvent conduire au diagnostic différentiel sont essentiellement variables suivant les cas, et aucun d'eux n'est en lui-même pathognomonique. Aussi devra-t-on tenir compte bien plus de l'ensemble de ces signes que de chacun d'eux en particulier.

La *douleur dans la fosse iliaque droite* est un des symptômes les plus difficiles à interpréter. En cas d'appendicite, elle a un début brusque; la douleur de la typhoïde, au contraire, est plutôt insidieuse dans son évolution, lancinante et non pongitive, comme dans l'appendicite. La douleur spontanée est moins fréquente et moins vive dans la typhoïde; la palpation de l'abdomen dénote, au contraire, dans l'appendicite, une douleur subite et exquise. Enfin, la localisation de cette douleur est différente dans l'un et l'autre cas. Diffuse dans toute la fosse iliaque en cas de typhoïde, elle est exclusivement limitée, ou particulièrement intense au point de Mac Burney dans l'appendicite.

Mais il faut savoir que la douleur iliaque droite peut manquer totalement dans certaines typhoïdes, comme dans certaines appendicites. Dans cette dernière affection, la douleur peut avoir ce siège normal, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du point de Mac Burney, ou même dans la fosse iliaque gauche. La douleur iliaque droite peut enfin tenir non à une appendicite, mais à toute autre cause telle qu'une névralgie lombo-iliaque, une salpingite, etc.

Le *gargouillement iliaque* ne possède aucune valeur diagnostique. La *défense musculaire* a été, au contraire, considérée longtemps comme un signe de premier ordre, et tout à fait en faveur d'une appendicite suppurée. Malheureusement, il n'est plus possible de conserver à ce signe toute son importance. Il peut s'observer dans la fièvre typhoïde, il peut manquer dans certaines appendicites. L'*hyperesthésie cutanée* n'a pas une valeur plus grande.

(1) Th. de Paris, 1901.

Quelle est la valeur séméiologique de la *courbe thermique?* Elle est peu considérable, parce que dans certaines appendicites subaiguës, cette courbe se rapproche de la typhoïde, et aussi parce que, au début de la maladie, la courbe thermique n'est pas encore assez longue pour présenter des caractères importants.

Les signes d'*entéro-colite*, lorsqu'ils se manifestent dès le début, ne sont pas un meilleur guide. L'appendicite peut commencer par une diarrhée aussi persistante et aussi abondante que dans la typhoïde. Inversement, il n'est pas rare d'observer des cas de fièvre typhoïde dans lesquels la diarrhée fait défaut et est remplacée par la constipation pendant la plus grande partie, sinon la durée entière, de la maladie. Quant aux *vomissements*, on les observe aussi bien au début de la typhoïde que de l'appendicite, et rien dans leur allure ne permet la distinction.

En somme, dans certains cas, le diagnostic peut être très difficile entre l'appendicite et la fièvre typhoïde. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Dans la dothiénentérie, la céphalalgie est vive, intolérable dès le début; elle est absente ou peu accentuée dans l'appendicite. L'épistaxis et l'insomnie du début plaident en faveur de la typhoïde. L'apparition de taches rosées a la valeur d'un signe de certitude : elle est malheureusement assez tardive. L'hypertrophie splénique est plus accentuée dans la typhoïde : elle peut exister dans certaines formes hypertoxiques d'appendicite. Les symptômes généraux sont peut-être plus accusés dès le début dans l'appendicite, et, sans poser cette remarque comme une règle absolue, on peut dire que dans la majorité des cas, les symptômes abdominaux prédominent dans la typhoïde, et qu'au contraire la gravité de l'état général l'emporte souvent, dès le début, sur les signes tirés de l'examen local, lorsqu'il s'agit d'une appendicite. De plus, l'évolution des accidents est ordinairement régulière, cyclique dans la typhoïde, capricieuse, irrégulière dans l'appendicite. L'ensemble de ces signes différentiels permettra, le plus souvent, de dire si l'on a affaire à l'une ou l'autre de ces maladies.

2° L'*examen des urines* doit être pratiqué systématiquement dans tous les cas (1).

3° L'*examen du sang* pourra, dans beaucoup de cas, donner des éléments d'appréciation de grande valeur. Le caillot, dans l'appendicite, est très fibrineux : il l'est peu, au contraire, dans la fièvre typhoïde. Ce signe se trouve en défaut lorsque l'appendicite se comporte, dès le début, comme une septicémie ou lorsque la typhoïde se complique d'accidents inflammatoires (pneumo ou pleuro-typhoïde). L'examen du sérum ne donne que peu de résultats. L'énumération des éléments figurés du sang est au contraire très utile. Dans les maladies inflammatoires, dans l'appendicite suppurée surtout, le nombre de leucocytes augmente dans de grandes proportions. Au contraire, dans la fièvre typhoïde, le nombre des leucocytes est normal. Il existe même parfois de l'hypoleucocytose (Muchleck). Ce signe, rapproché de l'absence d'exsudat fibrineux, prend une grande valeur diagnostique, sur laquelle a justement insisté M. Hayem.

4° Le *séro-diagnostic* est assurément, de tous les moyens d'investigation, en dehors de la clinique, celui qui donne les résultats les plus certains. Dans tous les cas douteux, il s'impose. Cependant, l'extrême valeur diagnostique de cette méthode se trouve en défaut dans quelques cas : *a.* le sérum de certains sujets n'agglutine pas la culture des bacilles d'Éberth, alors même que ces sujets sont manifestement atteints de fièvre typhoïde ; *b.* la séro-réaction ne se montre pas avant le septième ou huitième jour de la maladie ; *c.* elle peut même être beaucoup plus tardive ; *d.* elle est souvent

(1) Voir Masbrenier. *Valeur des différents procédés de laboratoire dans le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants*, Th. de Paris, 1901, analysée in *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 53, p. 511.

peu marquée dans les typhoïdes très graves. Ces réserves faites — et elles sont d'importance, puisqu'il faut poser un diagnostic précoce — il sera toujours utile de procéder au séro-diagnostic.

Quelle est la conduite à tenir en présence de cas analogues?

Le médecin devra d'abord étudier avec soin l'évolution clinique et s'entourer de tous les éléments d'appréciation fournis accessoirement par le sang, l'état des urines, le séro-diagnostic. Si le diagnostic incline franchement en faveur de la typhoïde, l'intervention opératoire sera naturellement différée, à moins que de nouveaux symptômes ne viennent modifier le diagnostic primitif. Si, au contraire, il s'agit d'une appendicite, on ne devra jamais hésiter à proposer l'intervention pour éviter la possibilité toujours menaçante d'accidents irrémédiables.

Qu'adviendrait-il si, l'erreur de diagnostic étant impossible à éviter, on laparotomise le malade? Évidemment le shock opératoire, l'imprégnation chloroformique, la douleur, etc., ne peuvent guère influencer favorablement la marche de l'infection éberthienne. Mais la mort n'est pas fatale, et plusieurs observations permettent de ne pas envisager le pronostic sous un jour trop sombre. Quant aux faits où, dans le cours d'une typhoïde avérée, se manifestent des symptômes appendiculaires, ils peuvent donner lieu à de nombreuses discussions. Pour M. Bayet, il faut opérer, sauf dans les cas de symptômes appendiculaires trop légers pour appartenir à une appendicite véritable.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(23 JUILLET 1901)

On sent l'approche des vacances; on se dépêche de liquider le plus de rapports et de communications possible; on prie même les orateurs d'abréger et d'arriver à leurs conclusions. Nous avons aujourd'hui plusieurs communications à enregistrer et, bien qu'écourtées, elles ont présenté un certan intérêt.

C'est d'abord une communication de M. Poncet (de Lyon) sur le **rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire**, que nous publions plus haut.

A propos de cette communication, M. Laveran a fait observer que les faits signalés par M. Poncet sont connus depuis longtemps. Il en a lui-même publié plusieurs exemples, celui, entre autres, d'un jeune soldat, entré dans son service avec une fièvre vive et tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu; ces accidents aboutirent à une méningite tuberculeuse qui emporta le malade. A l'autopsie, M. Laveran trouva la synoviale d'un genou farcie de granulations tuberculeuses; c'était une véritable granulie tuberculeuse héréditaire. Ce fait et d'autres analogues ont été publiés. M. Poncet va plus loin et rattache à la tuberculose toute la gamme des lésions articulaires que l'on peut observer, depuis la simple arthralgie jusqu'à la tumeur blanche.

M. Peyrot pense également que ces faits ne sont pas aussi rares que semble le croire M. Poncet. Il a lui-même récemment observé un jeune homme atteint de rhumatisme du genou et de la hanche qu'il n'a pas hésité à rattacher à la tuberculose.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, MM. Cornil et Petit ont signalé des **lésions du foie déterminées par la présence de la douve dans les voies biliaires.** Ces faits ne sont pas nouveaux et, dans une fort intéressante communication, M. Blanchard a fait connaître en détails ces lésions graves du foie déterminées par la présence de la douve dans les voies biliaires.

Il relève tout d'abord une erreur commise par MM. Cornil et Petit; ces auteurs ont rencontré dans les voies biliaires du mouton la douve, à tous les âges et sous toutes les formes de son évolution; ils en concluent que toutes ces transformations s'opèrent dans les voies biliaires de l'animal; c'est inexact; on n'y rencontre que des adultes avec leurs œufs. Quelle est la cause de l'importation de la douve dans l'économie humaine? C'est ce qu'explique M. Blanchard, il présente des préparations de foie humain infecté par des douves; il s'agit d'un foie d'Annamite qui lui a été adressé d'Hanoï, et dans lequel existent des lésions du même ordre que celles décrites par MM. Cornil et Petit.

Les Annamites et les Chinois sont très souvent atteints de distomatose hépatique; on sait que les larves des douves ou « cercaires » vivent dans le corps de certains mollusques, et que les Annamites et les Chinois vivant au bord des cours d'eau sont grands mangeurs de mollusques. De là la fréquence de la maladie dans ces races. Les auteurs japonais avaient, du reste, déjà bien décrit ces lésions.

Suit une note de M. de Brun (de Beyrouth) sur les **vibrations abdominales et leur valeur séméiologique.**

Si l'on applique la main sur les parois abdominales d'un sujet pendant qu'on le fait parler, on perçoit, dans certains cas, des vibrations en tous points semblables aux vibrations thoraciques; mais tandis que les vibrations thoraciques sont perçues chez les individus sains, les vibrations abdominales au contraire ne s'observent que dans certains cas pathologiques et se rencontrent assez rarement.

Il résulte des recherches de M. de Brun que ce symptôme indique l'apparition d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale; et il se trouve ainsi que les vibrations abdominales doivent leur existence à des conditions physiques qui, par un effet inverse, provoquent, lorsqu'elles sont réalisées au niveau des cavités pleurales, la disparition des vibrations thoraciques.

Tous les épanchements péritonéaux ne provoquent pas à toutes les périodes l'apparition du signe qui nous occupe. C'est surtout au début des ascites, alors que les feuillets du péritoine commencent à se mouiller, et avant que le liquide se soit collecté dans les parties déclives, qu'on le perçoit dans toute sa pureté.

En réalité les vibrations abdominales constituent un des modes particuliers de la sensation de flot qui caractérise d'ordinaire les épanchements abdominaux, avec cette différence qu'au lieu de provenir du choc unique d'un doigt contre la paroi latérale, elles sont provoquées par de fines secousses vibratoires agitant sur toute sa surface le centre aponévrotique du diaphragme et propagées par une mince lamelle liquide mouillant les replis péritonéaux.

On comprend combien dans ces conditions ce symptôme peut être éphémère et fragile, et l'on conçoit qu'après avoir été constaté au début des épanchements abdominaux avant que la sensation de flot ait été perçue, il puisse disparaître souvent dès que cette sensation est nettement perceptible. Voilà pourquoi on ne le trouve en général ni dans les épanchements abondants ni même au début des récidives d'un épanchement récemment ponctionné.

Mais sa précocité n'en fait pas moins un symptôme d'une réelle valeur qui a permis dans plusieurs circonstances d'affirmer l'apparition d'un épanchement dont rien encore ne laissait soupçonner l'existence; sa valeur est d'autant plus grande que si, dans la plupart des cas, il coïncide avec la sensation du flot lombo-abdominal obtenu par le procédé si délicat et si sensible de Bard, M. de Brun a pu, dans plusieurs circonstances, le percevoir un ou deux jours avant que le signe de Bard, malgré sa précocité, fût perceptible.

Au reste, les vibrations ne sont pas toujours sensibles sur la totalité des parois abdominales; et dans beaucoup de cas, c'est soit au niveau de la région sus-ombilicale, soit plus fréquemment encore dans l'un ou dans les deux flancs qu'on peut les trouver.

Enfin ce signe peut aider au diagnostic des collections liquides enkystées dans les régions supérieures de l'abdomen. C'est ainsi qu'il lui a permis tout récemment de reconnaître un kyste hydatique du foie chez un malade qui lui avait été adressé pour un cancer de cet organe.

M. Galippe communique une note sur l'**hérédité des stigmates dystrophiques, maxillo-dentaires (hérédité similaire, hérédité dissemblable)**.

On n'a pas prêté, jusqu'à ce jour, une attention suffisante à l'hérédité des anomalies des maxillaires et des dents, si étroitement unies.

Cette hérédité est presque fatale. Tantôt elle est similaire, tantôt elle est dissemblable.

Quand elle est similaire, et c'est seulement lorsqu'elle présentait cette forme qu'elle a frappé nos devanciers, elle peut revêtir un caractère d'aggravation ou d'atténuation. L'aggravation est le cas le plus fréquent. Ce fait s'observe avec un caractère progressif, dans certaines familles, où l'on compte de nombreux enfants, du premier né au dernier, en raison sans doute de la déchéance maternelle, provoquée par des grossesses successives et trop rapprochées. Quand elle est dissemblable, l'hérédité peut prendre toutes les formes que nous sommes accoutumés de rencontrer dans la bouche. Un générateur atteint d'une anomalie maxillo-dentaire, peut les reproduire toutes dans sa descendance. Comme le dit J. Geoffroy-Saint-Hilaire, les anormaux sont anormaux dans leur organisation tout entière.

Il est probable qu'un être engendré dans de telles conditions, s'il ne présente pas d'anomalies du côté de la bouche, en portera sur d'autres organes.

Cette dissemblance des manifestations héréditaires explique pourquoi, dans une même famille, les enfants peuvent présenter du côté des dents ou des maxillaires, des stigmates très différents les uns des autres.

Toutefois, cette hérédité morbide, après avoir subi des variations dans le sens de l'aggravation ou de l'atténuation, peut disparaître après s'être modifiée.

Si l'on considère la production de ces monstruosités comme la conséquence de troubles de l'évolution et de la nutrition, on voit qu'elle suit les lois de l'hérédité morbide ou dégénérative.

On ne s'étonnera pas non plus que ces stigmates soient si fréquents dans la famille névropathique, et s'observent de préférence à gauche chez les droitiers, et à droite chez les gauchers. Une même cause venant entraver le développement de l'embryon peut donc se révéler par des manifestations de sièges, de formes différentes.

Inversement, des influences héréditaires diverses (morbidité, intoxications, infections, etc.) peuvent se montrer sous des aspects comparables. Elles n'ont jamais de caractère spécifique pouvant les rattacher exclusivement à la cause qui les a produites.

Les anomalies de siège, de nombre, de forme sont toujours accompagnées d'anomalies de structure.

L'hérédité morbide ayant pour caractère la dissemblance, ces diverses anomalies peuvent en quelque sorte se substituer l'une à l'autre : à une anomalie de forme ou de siège, peut succéder une anomalie de structure et réciproquement.

Les diverses anomalies peuvent également se combiner entre elles. Ces combinaisons sont extrêmement variées, on les rencontre depuis le degré le plus léger de striation transversale ou longitudinale de l'émail jusqu'à l'érosion la plus grave, avec ou sans déformation de la dent. La tératogénie expérimentale n'a fait que confirmer les enseignements de la clinique, savoir : qu'une même cause capable de troubler le développement d'embryons placés dans les mêmes conditions et agissant dans le même temps, produit des monstruosités affectant des organes différents ou frappant les mêmes organes sous des modes variés. C'est pourquoi nous observons les mêmes stigmates héréditaires chez les issus de tuberculeux, d'alcooliques et de neuro-arthritiques, de névropathes, de syphilitiques, de saturnins, sans qu'aucun de ces stigmates soit pathognomonique et puisse permettre de remonter sûrement à sa cause.

Ces diverses hérédités morbides peuvent du reste se combiner, aggraver les stigmates héréditaires, sans en modifier les caractères. Ajoutons que l'hérédité tératogénique ne cesse de s'exercer parallèlement à l'hérédité morbide quelle qu'elle soit, un dégénéré porteur de stigmates dystrophiques, aurait transmis ces stigmates, modifiés ou non, même s'il n'avait pas contracté la syphilis ou n'était point devenu alcoolique ou tuberculeux.

Dans de telles conditions, l'hérédité tératogénique peut s'exercer à l'exclusion de l'intoxication ou de l'infection acquises. Le plus souvent, l'intoxication ou l'infection surajoutées donnent un caractère aggravant au pouvoir tératogénique du générateur.

Les dégénérescences et les stigmates tératologiques ne peuvent se transmettre indéfiniment parce que les familles qui les présentent s'épuisent et finissent par disparaître, ou bien encore parce qu'elles reçoivent des apports nouveaux, dont l'influence peut s'exercer dans un sens favorable. Toutefois, et on connaît des exemples célèbres, il est des familles où une même malformation tend à se perpétuer, tantôt chez les individus du même sexe que celui du générateur qui l'a transmise, tantôt sans exception de sexe.

Nous avons à mentionner une série de rapports : M. Hervieux communique à l'Académie son rapport officiel sur les **vaccinations et revaccinations** pratiquées en France et dans les colonies françaises. Il appelle l'attention sur ce fait qu'un grand nombre de candidats ont été frappés de la persistance de l'épidémie variolique qui, après avoir sommeillé pendant l'exposition, s'est réveillée aussitôt après, et n'a pas cessé de sévir jusqu'à ce jour. Pour en finir avec ce fléau qui règne aussi dans un certain nombre de départements, ils demandent la vaccine obligatoire.

M. Hervieux cite dans son rapport les travaux d'un certain nombre de candidats qui ont abordé cette question et qui ont démontré la nécessité d'avoir recours à ce moyen énergique pour en finir avec une maladie, qui, faisant chaque année un nombre plus ou moins considérable de victimes, contribue à la dépopulation de la France, sans préjudice des ravages qu'elle exerce dans toutes nos colonies, très secondée qu'elle est par un autre fléau qu'on appelle la variolisation.

M. Laveran fait sur les **eaux minérales** un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Chauvel analyse une observation de **kyste dermoïde à contenu huileux de l'orbite** communiquée par M. Chavasse (du Val-de-Grâce). Il fait remarquer la rareté du fait, puisque, dans sa longue pratique ophtalmologique, il n'en a rencontré qu'un seul exemple. Il insiste sur l'intérêt que donnent à l'observation de M. Chavasse l'étude de la constitution histologique de la poche et l'analyse chimique de son contenu.

M. Raymond fait un rapport sur un travail de M. Boinet (de Marseille) relatif à l'**hémichorée préparalytique**.

L'hémiplégie cérébrale organique, ajoute M. Raymond, traduit une interruption de la voie motrice dans son trajet encéphalique cortico-pédonculaire. Elle peut se compliquer de phénomènes morbides qui traduisent une irritation de la même voie et, en particulier, d'hémichorée, c'est-à-dire de chorée limitée au côté qui est, ou qui va être le siège de l'hémiplégie. M. Raymond a été le premier à faire, dans sa thèse inaugurale, une étude de l'hémichorée pré ou post-paralytique.

Dans le plus grand nombre des cas l'hémichorée est causée par une lésion du pied de la couronne rayonnante (capsule interne) sur le faisceau qui est en rapport avec la partie postérieure de la couche optique. Cependant, certains faits, qui excluent l'hypothèse d'une compression et d'une irritation directe du faisceau pyramidal plaident, en faveur de l'hypothèse de Rolher et Pick qui pensent qu'un foyer hémorragique ou autre extra-moteur, mais voisin des voies motrices, peut exercer sur les centres moteurs corticaux une irritation centripète qui, réfléchie sur le faisceau pyramidal, provoque l'hémichorée.

Cette hypothèse explique la possibilité d'hémichorée sans hémiplégie; elle est plus simple que celle de Bonhœffer, reprise par M. Touche (de Brévannes), qui attribue l'hémichorée à l'interruption des conducteurs qui relient les ganglions centraux au cervelet, et qui empruntent la voie du pédoncule cérébelleux supérieur, de la couche optique, du genou de la capsule interne, du segment antérieur de celle-ci, et de la partie antérieure du noyau lenticulaire ; l'existence de cette voie coordinatrice est encore à démontrer. Une seule chose est certaine : c'est qu'une lésion circonscrite, limitée à l'un quelconque des organes énumérés à l'instant, peut donner lieu au phénomène de l'hémichorée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Chevrier et Piquand.

Hôpitaux de province. — *Nîmes.* — Il sera ouvert le mercredi 6 novembre prochain, devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un concours pour des places d'élèves internes (trois places seront disponibles le 1er janvier 1902).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 11, rue Ruffi.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur ;

Au grade d'officier : M. le médecin principal Mercié.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de première classe Lafaurie, Forgeot et Bouras.

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Grasset (de Riom), Billet (de Lons-le-Saunier).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Moreaux (de Donchery), Séjournet (de Revin), Bordas (de La Flèche), Guignard (de Mayet), Mme Bouët (de Paris), MM. Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Soyer (de Châtenois), Jabot (de Maringues), Roulet (de Marsat), Collardot (du Perreux), Dide (de Rennes), Texier (de Nantes), Héry (de Paris), Hélary (d'Enghien), Descosse, médecin-major de première classe au 1er régiment du génie, à Versailles.

Association française d'urologie. — La cinquième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 24 au 26 octobre 1901, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Rein mobile : pathogénie et indications opératoires. »

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre snjet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La dixième séance annuelle a eu lieu le 16 juillet, sous la présidence de M. Jules Voisin.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (deuxième année) commenceront le mardi 5 novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

Il peut donner lieu à un certificat. Pour les conditions, s'adresser, 26, rue Dutot (service d'analyse).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Roussel (de Genève).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Le Phosphore tel que le présente la Nature

OVO-LÉCITHINE BILLON

DRAGÉES D'OVO-LÉCITHINE BILLON à 0 gr. 05 centigr
DOSE : De 3 à 5 par jour, aux repas.

GRANULÉ D'OVO-LÉCITHINE BILLON à 0 gr. 05 c. par cuill. à café.
DOSE : De 3 à 5 cuillerées à café par jour, aux repas. — Pour les Enfants : de 1 à 2 cuil. à café.

INJECTION HYPODERMIQUE D'OVO-LÉCITHINE BILLON
à 0 gr. 05 par centimètre cube (intra-musculaire). — DOSE : Une injection tous les 2 jours.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

NEURASTHÉNIE	TUBERCULOSE	CHLORO-ANÉMIE
SURMENAGE	RACHITISME — SCROFULE	PHOSPHATURIE
CONVALESCENCE	ARRÊTS de CROISSANCE	DIABÈTE

DÉPÔT GÉNÉRAL : MICHELAT & LESUEUR, 2 et 4, Rue du Marché-des-Blancs-Manteaux, PARIS.
DÉTAIL : 46, Rue Pierre Charron *et toutes Pharmacies.*

SÉRUM selon la méthode du Dr MARMOREK **ANTISTREPTOCOCCIQUE**
Société chimique des Usines du Rhône
8, quai de Retz, 8
— LYON —

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

CHLOROSE ANÉMIE *ÉPUISEMENT*

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, rue de Saintonge, PARIS, ET PHies

BROMIDIA

HYPNOTIQUE
ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage des spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,
Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*
Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

HÉMORRHAGIES

SIROP DE PENEAU

au SUC d'ORTIE

« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus* « *certain contre l'Hémoptysie et toutes* « *les Hémorrhagies.*
« Dr CHOMEL »

DOSES : 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

PURGATIF A LA MAGNÉSIE
CHOCOLAT DESBRIÈRE

Souverain contre la **CONSTIPATION**. Goût agréable. C'est le purgatif par excellence des **enfants**. *9, rue Le Peletier, Paris et Pharmacies.*

EXPOSITION UNIVERSELLE PARIS 1900 — **MÉDAILLE D'OR**

LEVURO-MALTINE DÉJARDIN

OU LEVURE DE BIÈRE FRAICHE

Recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT DE MALT FRANCAIS**

DEUX FORMES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES

LEVURO-MALTINE	**MYCODERMINE**
en consistance de pâte molle (pour usages interne et externe).	en Pilules enrobées *inaltérables* ou en Comprimés également *inaltérables* (usages interne et externe).

E. DÉJARDIN, Phien-Chimiste de 1re cl., Ex-interne et Fournisseur des Hôpitaux de Paris, **109, Bd Haussmann**, PARIS

N° 86. — SAMEDI 27 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1901. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique, par M. P. PUECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique.

Par M. le docteur P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

L'emploi en obstétrique des injections de cocaïne dans le canal rachidien est de date toute récente.

En 1885, Léonard Corning (de New-York), après avoir expérimenté sur des animaux et essayé sur des malades, proposait d'injecter dans le canal rachidien une solution de cocaïne pour obtenir l'anesthésie du segment inférieur du corps, au cas d'opérations chirurgicales. Il ne trouva pas d'imitateurs et son procédé tomba rapidemeut dans l'oubli.

S'inspirant des travaux de Quincke sur la facilité et l'innocuité de la ponction lombaire, des recherches physiologiques et thérapeutiques de Mosso, de Franck, de Sicard, Bier, en avril 1899, reprend la proposition de Corning et montre qu'avec de faibles doses de cocaïne injectées sous l'arachnoïde lombaire, on peut obtenir une anesthésie si profonde, qu'il devient possible de pratiquer des opérations importantes sur les os et sur les parties molles, sans que les malades souffrent.

Le 11 novembre de cette même année 1899, M. Tuffier faisait à la Société de biologie sa première communication, et depuis, par une série de recherches et de publications, contribuait plus qu'aucun autre à vulgariser cette méthode d'anesthésie chirurgicale, en même temps qu'il en fixait la technique opératoire.

Du domaine de la chirurgie, l'analgésie cocaïnique par injection intra-rachidienne n'allait pas tarder à passer dans le domaine de l'obstétrique.

En même temps O. Kreiss, en Allemagne, et Doléris, en France, y avaient recours pour supprimer les douleurs de l'accouchement normal et faciliter les opérations obstétricales : le lendemain du jour où Kreiss publiait dans le *Centralblatt fur Gynækologie*, 6 observations de cocaïnisation intra-rachidienne chez des parturientes provenant de la clinique du professeur E. Bumm (de Bâle), Doléris et Malartic présentaient à l'Académie de médecine (17 juillet 1900) cinq cas de même ordre.

Comme Tuffier pour la chirurgie, Doléris s'est constitué en France le champion de l'analgésie par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire appliquée aux accouchements : à sa première communication à l'Académie de médecine succèdent bientôt deux autres communications à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, l'une du 9 novembre 1900, basée sur 25 cas, l'autre du 7 décembre, à l'occasion de 20 cas nouveaux; puis un travail publié par le *Bulletin médical* du 13 février 1901, dans lequel il expose une nouvelle propriété de la cocaïne utilisable en obstétrique : à savoir, son action ocytocique.

En France comme à l'étranger, Doléris et O. Kreiss ont eu des imitateurs.

Dupaigne donne à l'Académie de médecine, le 28 août 1900, le résultat de ses recherches, exécutées à l'instigation de son maître Tuffier, sur l'application de l'analgésie médullaire à l'obstétrique.

Marx, dans le *Medical Record* d'octobre 1900 et dans le *Philadelphia medical Journal* du 10 novembre de la même année, relate deux séries, l'une de 21 cas, l'autre de 19 cas, d'accouchements à la cocaïne.

Porak, à l'Académie de médecine (séance du 29 janvier 1901), lit un travail basé sur 10 observations personnelles.

A la Société obstétricale de France (avril 1900), Puech et de Rouville communiquent 3 observations recueillies dans le service de la clinique obstétricale de Montpellier.

Mentionnons encore les études consacrées à la question des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique par H. Ehrenfest dans le *Medical Record* (1), par Labusquière, dans les *Annales de gynécologie* (2), par Demelin dans l'*Obstétrique* (3), et par Malartic dans sa thèse de doctorat (4).

(1) H. EHRENFEST. *Med. Record*, 22 déc. 1900, p. 967.
(2) LABUSQUIÈRE. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv. 1901, p. 57.
(3) DEMELIN. *L'Obstét.*, 15 mars 1901, p. 122.
(4) MALARTIC. Th. de Paris, 1901.

II

La technique de l'injection lombaire de cocaïne en obstétrique est absolument la même que celle usitée en chirurgie. Les détails, ainsi que nous l'avons déjà dit, en ont été rigoureusement fixés par M Tuffier, dont le mode de faire, avec quelques modifications insignifiantes, a été adopté par tous les opérateurs. Aussi nous bornons-nous à les reproduire ici.

Instrumentation. — Elle comprend une seringue de Pravaz stérilisable, à laquelle on adapte une aiguille que Tuffier a fait construire tout spécialement.

L'aiguille de Tuffier est en platine iridiée et mesure 8 centimètres de long; son diamètre externe est de 10 dixièmes de millimètre, son diamètre interne de 6 dixièmes de millimètre. Elle est ainsi suffisamment longue pour traverser aisément les plans qui séparent la peau de l'espace sous-arachnoïdien et dont l'épaisseur est variable suivant que les sujets sont plus ou moins gras ou musclés. Elle est, d'autre part, assez solide pour ne pas se tordre quand le chirurgien inexpérimenté heurte les lames vertébrales avant de pénétrer dans le canal rachiedin. Enfin, détail important, sa portion piquante est taillée en biseau très court : les aiguilles à long biseau très oblique présentent, en effet, un grave inconvénient, leur orifice pouvant se trouver dans le fourreau rachidien à cheval sur la membrane, si bien qu'une portion plonge dans le liquide sous-arachnoïdien, tandis que l'autre portion reste en dehors du fourreau; dans ces conditions, l'injection faite par l'aiguille s'écoulera en partie dans l'espace sous-arachnoïdien et en partie en dehors de cet espace.

Préparation de la solution. — La solution employée est au titre de 2 p. 100. Elle doit être stérile et préparée depuis peu de temps. Toute solution trouble doit être absolument écartée.

Le liquide à injecter doit être rigoureusement stérilisé. Pour cela, et afin de ne point altérer en même temps les propriétés chimiques de la cocaïne, on procédera de la façon suivante : la solution est portée à 60 degrés dans un bain-marie pendant une heure, puis laissée à 38 ou 36 degrés pendant vingt-quatre heures; on la reporte de nouveau à 60 degrés dans le bain-marie; puis on la laisse refroidir à 38 degrés. Cette opération est répétée trois ou quatre fois de suite. Le liquide ainsi stérilisé est conservé dans des ampoules stérilisées également.

Manuel opératoire. — C'est entre la lame vertébrale appartenant à la quatrième vertèbre lombaire et celle de la vertèbre sous-jacente que l'aiguille de la seringue doit pénétrer dans le canal rachidien. A ce niveau, en effet, on ne risque point de blesser la moelle, dont le cône terminal dépasse exceptionnellement la deuxième vertèbre lombaire.

Pour déterminer le point où il faut piquer, on fait asseoir le sujet, les deux bras portés en avant. Le tronc étant dans la rectitude, les deux crêtes iliaques sont repérées : la ligne transversale qui les réunit passe au niveau de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire.

Après avoir soigneusement aseptisé la région lombaire, l'index gauche marque l'apophyse épineuse trouvée. On recommande alors au malade d'incliner fortement le tronc en avant, de *faire gros dos*, ce qui produit entre les lames vertébrales de la vertèbre repérée et de la vertèbre sous-jacente un écartement de 1 centimètre et demi environ.

Placé à droite du sujet, le chirurgien saisit, entre le pouce et l'index de la main droite, l'aiguille seule préalablement stérilisée, et pique à droite de la colonne vertébrale à 1 centimètre environ de la ligne épineuse, tout contre le bord de l'index qui repère l'apophyse.

L'aiguille est dirigée légèrement en dedans et chemine ainsi à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutaué, l'aponévrose lombaire, les muscles de la masse sacro-lombaire; elle pénètre dans l'espace inter-lamellaire, puis, après avoir traversé le ligament jaune, entre dans le canal rachidien. La quantité, dont s'enfonce l'aiguille, varie suivant l'épaisseur musculo-cutanée de la région lombaire, 4 à 6 centimètres environ chez l'adulte. Mais elle donne exactement la sensation des plans anatomiques traversés et quand elle pénètre dans l'espace sous-dural, on sent la résistance faire défaut.

Dès que l'aiguille est dans l'espace sous arachnoïdien, on voit sourdre à son extrémité libre le liquide céphalo-rachidien, sous forme d'un liquide clair, jaunâtre, qui sort goutte à goutte, quelquefois par saccades rythmiques.

Au lieu d'un liquide clair, il peut s'écouler quelques gouttes de sang, bientôt suivies de la sortie du liquide céphalo-rachidien. Si celui-ci ne sort pas, cela peut tenir ou bien à l'oblitération de la canule par un caillot, ce qui se reconnaîtra à ce que déjà quelques gouttes de sang se sont écoulées; ou bien à l'obstruction de l'ouverture profonde de l'aiguille embarrassée dans des membranes ou des filets nerveux. Dans le premier cas, une légère aspiration suffira pour rendre à la canule sa perméabilité, dans le second, on fera exécuter à l'aiguille un petit mouvement de retrait ou de rotation, ou l'on recommande à la femme de fléchir davantage la tête.

Quoi qu'il en soit, on ne devra procéder à l'injection de la solution cocaïnée, qu'après avoir constaté l'issue du liquide céphalo-rachidien.

Ce résultat obtenu, la seringue, bien purgée d'air et chargée d'un demi-centimètre cube de la solution cocaïnique (soit un centigramme de cocaïne), est adaptée à l'aiguille et on pousse l'injection lentement (en moyenne soixante à quatre-vingts secondes); quand l'injection est terminée, on retire brusquement l'aiguille et on obture l'orifice avec du collodion stérilisé.

L'exécution de ce petit acte opératoire exige l'immobilité du sujet. Celle-ci est à l'ordinaire très facile à obtenir lorsqu'il s'agit de malades qui doivent subir une opération chirurgicale. Lorsqu'il s'agit de femmes en proie aux douleurs de l'accouchement on éprouve plus de difficultés. Comme le remarque Dupaigne (1), la femme énervée qui souffre des reins peut, quand viendra s'ajouter la douleur de la piqûre, faire des mouvements de défense dangereux : c'est là une cause d'échecs. Porak (2) déclare, de son côté, que les injections intra-rachidiennes lui ont paru assez difficiles à pratiquer chez les parturientes, et que quatre fois il a complètement échoué. D'autre part, la position assise, avec incurvation du dos, devient malaisée à garder, lorsque le travail est avancé et que les contractions utérines se rapprochent.

Pour parer au premier de ces inconvénients, pour arriver à obtenir de la parturiente la tranquillité nécessaire, Dupaigne conseille l'anesthésie préalable de la région à l'aide d'une injection intradermique de cocaïne, selon la méthode

(1) Dupaigne. *Ann. de gynécol.*, janv. 1901, p. 48.
(2) Porak. Acad. de méd., séance du 29 janv. 1901.

de Reclus. Mais si cette injection préliminaire supprime la douleur occasionnée par la piqûre, elle laisse subsister celle dépendant de la contraction utérine. Il ne faut donc point trop compter sur elle pour empêcher les mouvements intempestifs qui peuvent se produire au moment d'une contraction douloureuse de l'utérus. — Est-il besoin d'ajouter qu'on choisira pour faire la piqûre le moment où la contraction cesse, de manière à avoir le temps de terminer l'injection de cocaïne avant le début de la contraction suivante?

Dans les cas où la position assise serait par trop difficile à garder, il faudrait se contenter du décubitus latéral. C'est là toutefois une attitude moins favorable à l'exécution de la piqûre; la colonne vertébrale peut s'incurver latéralement; les points de repère sont moins aisés à percevoir; enfin le liquide injecté peut diffuser rapidement vers les parties supérieures de la moelle et du bulbe. — Ce dernier inconvénient se rencontre aussi dans la position genu-pectorale, à laquelle on a eu quelquefois recours.

III

Injectée sous l'arachnoïde lombaire, la cocaïne produit une analgésie qui porte sur les membres inférieurs, le bassin, l'abdomen et remonte même dans quelques cas jusqu'à la partie supérieure du thorax. Cette analgésie, à la faveur de laquelle on peut pratiquer sur les régions qui en sont le siège les opérations chirurgicales les plus délicates et les plus douloureuses, s'accompagne de phénomènes d'ordres divers.

Pour l'accoucheur, il est tout particulièrement intéressant de savoir : si la cocaïnisation médullaire amène la suppression des douleurs propres à la contraction utérine; si elle n'influe pas sur cette contraction; si elle n'exerce pas une action nuisible sur le fœtus; si elle ne modifie pas l'état puerpéral physiologique.

A l'examen de ces différents points nous allons tout d'abord nous attacher. Nous rappellerons ensuite les divers phénomènes observés à la suite des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne.

1° Action analgésique. — L'action analgésique de l'injection intra-rachidienne de cocaïne est, à l'heure actuelle, nettement établie par un nombre suffisant d'observations. Elle se fait sentir sur toutes les espèces de douleurs de l'accouchement. Par là, il faut entendre que non seulement les irradiations lombaires, les douleurs pelviennes et périnéales liées à la compression, les distensions vulvaires, les déchirures ne sont plus péniblement senties par la femme, ainsi qu'il était facile de le prévoir d'après les observations de la chirurgie, mais encore que les douleurs dues à la contraction du muscle utérin sont, elles aussi, abolies. Sous la main appliquée sur la paroi abdominale, l'utérus durcit par instant, sans que la contraction, dont témoigne ce changement de consistance, réveille de sensation douloureuse.

A Kreiss nous empruntons le récit d'un de ces accouchements indolores : une primipare reçoit une injection de cocaïne quarante minutes après la dilatation complète; cinq minutes après, les contractions perçues par la main appliquée sur l'abdomen ne sont plus douloureuses; elles se montrent toutes les cinq minutes et sont senties par la femme comme des distensions dans le ventre. De plus en plus, la tête fœtale descend et commence à se dégager; elle stationne cinq minutes, le périnée bombant fortement et la vulve étant largement distendue, sans que la parturiente éprouve la moindre douleur. Cinquante minutes après l'injection, avait lieu l'expulsion spontanée d'un enfant vivant du poids de 4090 grammes : le passage de la tête n'est aucunement senti; l'expulsion de l'enfant laisse la sensation « de quelque chose qui a glissé du ventre ». A la sortie du délivre, hâtée par les manœuvres d'expression, la femme remarque que « quelque chose vient qui est plus mince que l'enfant ».

Cette analgésie est complète, absolue. Grâce à elle, des interventions obstétricales, grandes ou petites, ont pu être exécutées, la femme restant aussi insensible que si elle avait été plongée dans le sommeil chloroformique le plus profond.

Doléris (1) rapporte un cas d'opération césarienne entreprise avec la cocaïne; l'opération a duré vingt-trois minutes; pendant toute la durée de l'intervention, la malade n'a cessé de causer avec les assistants; l'hémorragie a été très modérée; il y a eu absence totale de choc et le lendemain de l'opération la malade était dans un état parfait.

Porak a de la même façon pratiqué trois symphyséotomies.

Chez une femme de la Clinique obstétricale de Montpellier, au bassin et aux parties molles mal étoffées, j'ai dû, pour dégager la tête fœtale se présentant mal-fléchie, faire de longues et pénibles tractions. Au cours de ces manœuvres, la femme éleva la voix pour dire « qu'elle sentait qu'elle allait glisser ».

Dans la première des six observations rapportées par O. Kreiss, on lit que, « au moment de l'application du forceps, la femme a conscience de l'introduction d'un corps étranger dans le vagin. Elle perçoit la traction du forceps seulement comme traction, l'expulsion du fœtus comme la simple évacuation du ventre. » Une déchirure périnéo-vaginale s'étant produite, elle fut réparée aussitôt après la sortie du fœtus : la suture ne causa aucune douleur. — Il en fut de même dans le cas personnel auquel nous venons de faire allusion.

Pris au milieu d'autres, ces quelques exemples témoignent de l'action exercée par l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne sur les douleurs de l'accouchement, que celui-ci s'opère spontanément ou que sa terminaison nécessite l'intervention de l'art.

Mais de ces effets analgésiques indéniables, quelle est la durée?

C'est au bout de quelques minutes après l'injection de cocaïne dans le canal rachidien, cinq ou six en moyenne, ainsi qu'il ressort de la lecture des observations, que se produit l'analgésie utérine. Une fois constituée, « cette anesthésie utérine, écrivent Doléris et Malartic, reste complète pendant une heure et quart; les contractions utérines ne sont plus perçues par la parturiente. Pendant la demi-heure qui suit, la sensibilité se rétablit progressivement, les contractions deviennent conscientes. Si ce moment correspond à la période d'expulsion, il existe alors un vague besoin de pousser. Enfin, les contractions s'accompagnent bientôt de légères douleurs qui s'accentuent dans le dernier quart de la deuxième heure. »

Dupaigne assigne à la période d'anesthésie une durée moyenne de deux heures et maxima de quatre heures. Cette dernière, du reste, ainsi qu'il le fait remarquer, est très rarement atteinte.

La durée de la période d'anesthésie n'a jamais dépassé

(1) Doléris. Soc. d'obstét., de gynécol. et de pédiat. de Paris, 7 déc. 1900. — Voir aussi : Th. de Malartic, Obs. LXII, p. 77.

une heure et demie dans aucune des observations de Kreiss.

Dans les trois cas qui nous sont personnels, nous avons vu les contractions utérines redevenir douloureuses au bout de : une heure quarante minutes, une heure trente-cinq minutes et une heure vingt-cinq minutes.

A une heure et demie, en moyenne, il faut donc fixer le temps pendant lequel la contraction utérine cesse d'être douloureusement sentie.

2° Action de la cocaïne sur la contraction utérine. — L'anesthésie peut-elle exister sans que soit modifiée l'action expulsive du muscle utérin? La cocaïnisation médullaire a-t-elle une influence sur la contractilité de l'utérus?

Pour répondre à cette question, Dupaigne (1) s'est adressé à l'expérimentation : à une lapine pleine, proche du terme, il injecte dans le canal rachidien une dose quelconque, même exagérée, de cocaïne (1 à 2 centigrammes, par exemple), produisant une intoxication grave. En introduisant par force l'index dans l'utérus aussi loin que possible jusqu'au confluent des deux cornes qui contiennent les fœtus, on sent à maintes reprises des contractions assez énergiques, régulières, péristaltiques, donnant la sensation d'un anneau qui se déplace le long du doigt.

J'avoue que ces expériences n'entraînent guère la conviction : l'introduction forcée d'un corps aussi volumineux que l'index dans la matrice d'une lapine suffit pour expliquer la production des contractions utérines, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la cocaïne.

Mieux que ces expériences, les faits cliniques ont montré que la contractilité utérine était entièrement respectée.

Il y a plus : loin d'entraver la marche du travail, loin de diminuer l'énergie du muscle utérin, la cocaïne en injection sous-arachnoïdienne augmenterait l'intensité, la durée, la fréquence des contractions. En un mot, à côté de son action analgésique, la cocaïne posséderait une action ocytocique.

Doléris (2) a particulièrement insisté sur cette propriété de la cocaïne : l'examen de plus de cinquante observations d'accouchements indolores qu'il a recueillies jusqu'à ce jour (13 février 1901) lui a montré que, sous l'influence de l'injection intra-rachidienne, les contractions augmentent d'énergie, le travail s'accélère, la dilatation du col se complète très vite, la période d'expulsion se trouve abrégée, et qu'enfin la rétractilité utérine est plus forte après l'expulsion du fœtus, ce qui rend nulle ou minime la perte de sang au moment de la délivrance.

Cette action ocytocique de la cocaïne, qui marche parallèlement à l'action analgésique, se manifesterait de façon très évidente dans les cas d'inertie utérine : « Nous sommes en mesure d'affirmer — c'est M. Doléris qui parle — que, toutes les fois que les contractions utérines deviennent paresseuses, brèves, espacées, il suffit de l'injection de 1 centigramme de cocaïne pour voir l'utérus reprendre une vigueur remarquable. »

L'injection cocaïnique serait même susceptible de provoquer la contractilité utérine avant tout début de travail. Deux fois, en ces conditions, M. Doléris y a eu recours, et ce avec un excellent résultat : une première fois pour déterminer l'expulsion d'un fœtus mort retenu dans l'utérus; une seconde fois chez une multipare tuberculeuse arrivée à la dernière extrémité. Aussi M. Doléris n'hésite-t-il pas à inscrire les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne parmi les méthodes d'accouchement provoqué, à côté de la sonde et des divers ballons introduits dans l'utérus pour en amener les contractions.

Ne faudrait-il pas encore leur faire place parmi les méthodes de traitement du placenta prævia? Une des cinq premières observations rapportées par MM. Doléris et Malartic à l'Académie de médecine (juillet 1900) a trait à une femme présentant une hémorragie grave due à une insertion basse du placenta : après l'injection de cocaïne, la perte de sang s'arrêta spontanément, avant la rupture des membranes.

Comme M. Doléris, Dupaigne, dont nous avons rapporté plus haut les expériences, a noté l'action excitante de la cocaïne sur le muscle utérin. Comme lui, il a vu la durée et l'intensité des contractions devenir plus grandes et plus régulières, les intervalles plus courts et plus égaux, le travail se terminer plus rapidement qu'on ne pouvait le prévoir. Pour être moins catégorique, sa conclusion est qu'on peut « dans l'avenir espérer, en général, la diminution de la durée de l'accouchement, quand il n'existera aucune cause de dystocie ».

A tous ceux qui, chez des parturientes, ont employé les injections intra-rachidiennes, le pouvoir utéro-moteur de la cocaïne n'a point paru avec la même netteté.

Dans trois des six cas rapportés par O. Kreiss, il fallut appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Les détails de quelques-unes de ces observations méritent d'être relevés : dans l'observation III, la femme, en pleine action de la cocaïne, accuse de la faiblesse générale, un manque de force et ne peut aider aux contractions, *dont la force et la durée sont diminuées;* quand on eut recours au forceps, quatre heures plus tard, elle était épuisée et les contractions complètement affaiblies. Dans l'observation IV, ce fut l'état de l'enfant en danger d'asphyxie qui nécessita l'emploi de l'instrument; mais les contractions, énergiques et très douloureuses avant l'injection, avaient, au moment de l'intervention, soit une demi-heure après l'injection, *perdu un peu de leur énergie.* Enfin, dans l'observation V, il y eut, dix minutes après l'expulsion spontanée de l'enfant, *une hémorragie assez abondante*, qui obligea à hâter la délivrance.

Marx (1) publie deux séries d'accouchements à la cocaïne, l'une comprenant 21 cas, l'autre 19 cas. Sur ce total de 40 observations, nous comptons 16 applications de forceps.

Porak (2), dans un cas d'accouchement normal donnant lieu à des douleurs extrêmement violentes, observe que, si ces douleurs ont été supprimées pendant quelque temps, « les contractions n'ont pas paru augmenter d'intensité : le travail n'a pas été accéléré et l'accouchement ne s'est terminé que cinq heures après l'injection. »

Chez les trois femmes, dont M. de Rouville et moi avons communiqué les observations à la Société obstétricale de France, il a fallu finalement s'adresser au forceps. Or, dans deux de ces cas, la faiblesse des contractions utérines était seule la cause de la non-terminaison spontanée de l'accouchement.

Commentant les statistiques de O. Kreiss et de Marx, Hugo Ehrenfest (3), frappé de la fréquence des interventions, en

(1) Dupaigne. *Ann. de gynécol.*, janv. 1901, p. 44.
(2) Doléris. *Bull. méd.*, 13 fév. 1901, n° 12.

(1) Marx. *Med. Record*, oct. 1900, et *Philad. med. Journ.*, 10 nov. 1900.
(2) Porak. Acad. de méd., séance du 29 janv. 1901.
(3) H. Ehrenfest. *Med. Record.*, 22 déc. 1900.

arrive à se demander si l'injection intra-rachidienne de cocaïne n'entrave pas le travail; si elle n'enlève pas au muscle utérin une partie de son énergie; si elle ne prive pas l'utérus du concours, précieux à la fin de l'accouchement, de la contraction des parois abdominales. En ce qui concerne l'action de la cocaïne sur ces dernières, Dupaigne observe par ailleurs que, si l'anesthésie rachidienne respecte complètement la contractilité de l'utérus, elle altère dans une proportion variable la contraction volontaire des muscles, ce dont rend compte l'indépendance des ganglions nerveux.

Parmi les observations de M. Doléris lui-même, consignées en détail dans la thèse de Malartic, nous en relevons qui ne témoignent pas d'éclatante façon en faveur de l'action ocytocique des injections intra-rachidiennes de cocaïne. Une tertipare (Obs. XXXVII) reçoit une piqûre de cocaïne à trois heures vingt-cinq; à ce moment les douleurs étaient très fortes, la dilatation comme une grande paume de main, le sommet bien engagé en gauche antérieure; la terminaison de l'accouchement n'eut lieu néanmoins qu'à cinq heures, après une période d'expulsion ayant duré une heure dix minutes. — Dans l'observation XXXVIII, après une injection faite à neuf heures trente-cinq du soir, on constate que, si les contractions (très énergiques d'ailleurs et revenant toutes les deux ou trois minutes avant l'injection) ne sont plus perçues par la femme, « leur énergie et leur fréquence ne sont pas sensiblement modifiées, » Une seconde injection est faite à onze heures quarante-cinq, dont l'action anesthésique se montre très courte et dont l'action ocytocique n'est pas plus marquée que la première, puisqu'on est obligé d'appliquer sous chloroforme le forceps sur la tête ayant tourné en occipito-sacrée. — Chez la femme de l'observation XLVI, primipare piquée à la cocaïne, alors que la dilatation est déjà complète et les douleurs énergiques, on note que « ces dernières ne semblent pas plus fortes qu'avant l'injection ». — A la dilatation comme une grande paume de main, la parturiente de l'observation XLIV, primipare ayant une présentation du sommet engagé en gauche antérieure, reçoit 1 centigramme de cocaïne; quatre heures plus tard, il n'en faut pas moins recourir au forceps pour terminer l'accouchement. — Malgré deux injections de cocaïne, la dilatation du col ne s'opère chez la femme de l'observation L qu'avec une extrême lenteur : à trois heures cinquante-cinq du soir, elle est comme une pièce de 2 francs lorsque est pratiquée la première injection, arrive à être comme 5 francs à cinq heures, et reste la même à dix heures trente malgré une deuxième piqûre faite à neuf heures vingt; à six heures du matin seulement, la femme accouche spontanément et douloureusement d'un enfant qui pesait 2670 grammes. — Dans l'observation LIV, après, comme avant l'injection, les douleurs reviennent toutes les quatre minutes; la période d'expulsion dure deux heures.

Que conclure de tous ces faits?

Sans nier l'action ocytocique de la cocaïne injectée sous l'arachnoïde lombaire, il semble bien, en tout cas, que cette action est loin d'être aussi nette et aussi constante que certains veulent le dire. Que la cocaïne possède la propriété d'augmenter l'intensité des contractions utérines; que son pouvoir excito-moteur se manifeste souvent, soit. Mais de là à toujours compter sur une diminution dans la durée du travail; de là à affirmer que « toutes les fois » qu'elle sera employée, l'injection cocaïnique rendra à l'utérus affaibli « une vigueur remarquable », il y a loin encore.

Action sur le fœtus. — La lecture des observations semble démontrer, jusqu'ici du moins, que la cocaïnisation médullaire reste sans action fâcheuse sur le fœtus lorsque l'alcaloïde est employé à dose convenable.

Sans que cette dose (1 centigramme de cocaïne) ait été dépassée, nous avons vu cependant, dans un de nos cas, les bruits du cœur fœtal notablement modifiés dans leur nombre, au cours des dix premières minutes qui suivirent l'injection : à l'auscultation pratiquée de deux en deux minutes, nous avons, en effet, successivement compté les chiffres de 104, 96, 92 et même 88 battements cardiaques. Le ralentissement des bruits du cœur fœtal coïncidait avec un réveil de l'intensité des contractions utérines, devenues presque subintrantes au cours de cette période.

Sans aller jusqu'à déterminer la tétanisation de l'utérus, comme cela a lieu si souvent avec l'ergot de seigle, la cocaïne injectée à la dose de 1 centigramme produit, en effet, un certain état de tension des parois utérines. N'est-ce pas en raison de cette tension que les partisans de la cocaïnisation médullaire inscrivent au nombre de ses contre-indications en obstétrique les opérations obstétricales qui nécessitent l'introduction de la main dans la cavité utérine, telles la version par manœuvres internes ou la délivrance artificielle?

Pour être moins grave que la contracture causée par le seigle ergoté, la tension du muscle utérin consécutive à l'injection de cocaïne n'en est donc pas moins réelle. On conçoit qu'elle puisse, dans certains cas, ne pas être sans inconvénients, sans dangers même pour le fœtus.

Ces craintes relatives au fœtus, encore purement hypothétiques, paraissent néanmoins légitimes. Chaque matrice réagit à sa façon; et, lorsque nous injectons la cocaïne dans le canal rachidien, nous ne savons point à l'avance la manière dont l'utérus se comportera : la même dose de cocaïne, qui dans un cas exercera une action nulle ou insignifiante, provoquera dans un autre des contractions seulement renforcées, et dans un troisième des contractions vives et tellement rapprochées, que les intervalles qui les séparent sont réduits à rien. Ainsi peut se trouver un jour franchie la limite entre la simple tension de l'utérus et la tétanisation, cette cause de troubles de la circulation utéro-placentaire et, partant, de dangers pour la vie du fœtus.

Action sur les suites de couches. — Deux phénomènes principaux caractérisent les suites de couches : d'une part, la régression de l'utérus; de l'autre, l'établissement de la sécrétion lactée.

L'injection intra-rachidienne de cocaïne, à s'en référer aux faits publiés, n'apporterait aucun trouble dans l'accomplissement de ces deux actes importants.

Une primipare de dix-huit ans, chez laquelle nous avions pratiqué au cours du travail une piqûre de cocaïne, a fait dans le service d'accouchements un séjour de plus d'un mois, en raison d'une brûlure au pied. L'observation prolongée de cette femme et de son enfant nous a montré qu'en ce qui concerne la sécrétion lactée et le développement ultérieur du nouveau-né, la cocaïne n'était passible d'aucun reproche : l'enfant qui, à la naissance, pesait 2240 grammes, pesait le septième jour 2380 grammes, le neuvième 2500, le onzième 2610, le treizième 2670, le quinzième 2780, le dix-septième 2850, le dix-neuvième 2900, soit une augmentation moyenne de 35 grammes par jour. Malartic, qui a pu suivre dans le service de Doléris un nombre déjà grand

d'enfants, nés de mères ayant subi une injection intra-rachidienne de cocaïne, n'a constaté, en vérifiant les courbes de poids, rien de spécial.

Dans les trois cas que nous avons rapportés à la Société obstétricale de France, nous avons observé le deuxième jour dans l'un, le troisième jour dans les deux autres, l'expulsion d'un caillot plus ou moins volumineux. Or, il s'agissait les trois fois de primipares, c'est-à-dire de femmes chez lesquelles on est habitué à voir l'utérus revenir sur lui-même vite et bien, et partant, moins prédisposées aux accumulations sanguines aboutissant à la formation d'un caillot. Aussi pensons-nous que l'injection de cocaïne n'a point été étrangère à la production de ce petit incident.

Nous le signalons, sans toutefois lui donner plus d'importance qu'il n'en mérite.

Comme chez tous les sujets ayant subi des injections intra-rachidiennes de cocaïne, on peut observer chez la femme en travail un certain nombre de phénomènes qui, bien que ne lui étant pas particuliers, doivent être rappelés ici.

Ce sont : des fourmillements, des pesanteurs, des tremblements dans les jambes qui apparaissent peu après que la cocaïne a été introduite dans le canal rachidien; des nausées et des vomissements, d'ordinaire passagers, mais pouvant aussi durer deux, trois, quatre et six jours même, comme Reclus (1) l'a observé dans un cas; de la parésie du sphincter anal, se traduisant par des émissions de gaz et des matières fécales qui peuvent, au moment de la sortie spontanée ou de l'extraction artificielle du fœtus, souiller le champ opératoire; une impotence des membres inférieurs, ne disparaissant qu'au bout de quelques jours; une céphalalgie frontale ou occipitale, comparable à la migraine, et qui, bien que cessant d'ordinaire le lendemain, persiste encore quelquefois trois et quatre jours après; enfin, quelques heures après la piqûre, une ascension thermique qui atteint 38 degrés, 38°5, plus rarement 39 degrés et 39°5, et qui, dès le lendemain, fait place à la température normale.

Dans tout cela rien de bien grave : ce ne sont que des inconvénients, et rien de plus.

Mais à côté de ces accidents de médiocre importance, n'en est-il pas de plus sérieux? L'injection intra-rachidienne de cocaïne n'expose-t-elle pas à de véritables dangers?

La moindre faute d'asepsie au cours de la ponction lombaire peut avoir pour conséquence une infection des méninges rachidiennes avec ses redoutables complications. A vrai dire, il s'agit là d'un accident imputable à l'opérateur, et dont l'injection de cocaïne ne doit pas être rendue directement responsable. Sans donc l'inscrire au passif de cette dernière, retenons-le toutefois pour nous convaincre de la nécessité des précautions minutieuses qui doivent présider à l'introduction de la cocaïne dans le canal médullaire.

Malheureusement, à en croire certains, en dehors de l'infection des méninges rachidiennes, dont une technique impeccable peut mettre à l'abri, l'injection lombaire de cocaïne menacerait la vie des opérées. Examinant la valeur de ce mode d'anesthésie, M. Reclus, dans un rapport à l'Académie de médecine (2), déclare avoir relevé sur moins de 2000 injections de cocaine de 6 à 8 cas de mort, alors que les statistiques classiques donnent 1 mort sur 2300 chloroformisations et 1 mort sur 7000 éthérisations. De son côté, M. Laborde (1), au sujet de la communication de M. Reclus, rappelle qu'il a démontré expérimentalement, il y a déjà plusieurs années, tous les dangers auxquels expose l'injection, si minime soit-elle, de cocaïne, et n'hésite pas à conclure qu'on doit proscrire comme dangereux le procédé qui consiste à introduire une certaine quantité de cocaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire pour obtenir l'analgésie chirurgicale, et qu'on doit lui préférer la méthode des injections sous-cutanées ou intra-musculaires lorsque l'anesthésie locale suffit, et la chloroformisation ou l'éthérisation quand l'anesthésie générale est nécessaire.

Il est juste de dire que, contre ces conclusions si défavorables à la cocaïnisation médullaire, M. Tuffier (2) s'est énergiquement élevé. Notamment, en ce qui concerne les observations rapportées par M. Reclus pour montrer que les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne étaient loin d'être inoffensives, il s'est attaché à démontrer que les accidents mortels ne devaient point, dans ces cas, être rapportés à l'anesthésie rachidienne : pour lui, on ne pourrait encore citer un seul cas de mort qui lui soit réellement imputable.

(1) Reclus. *Bull. méd.*, 20 mars 1901, p. 254.
(2) Reclus. Acad. de méd., séance du 19 mars 1901.

(1) Laborde. Acad. de méd., séance du 26 mars 1901.
(2) Tuffier. *Presse méd.*, 24 av. 1901.

IV

En obstétrique, les propriétés de la cocaïne injectée dans le canal médullaire ont été utilisées en de multiples circonstances.

Comme analgésique, les accoucheurs y ont eu recours pour supprimer les douleurs de l'accouchement; pour modifier ces douleurs dans le cas où elles sont exagérées et offrent un caractère en quelque sorte pathologique (Doléris); pour faciliter certaines opérations obstétricales, telles les applications de forceps; pour en permettre d'autres nécessitant l'emploi de l'anesthésie, telles l'opération césarienne (Doléris) et la symphyséotomie (Porak). Au cas d'interventions, son grand avantage sur les autres méthodes d'anesthésie serait de dispenser l'accoucheur du concours d'un aide et de lui permettre, la piqûre faite, de s'occuper exclusivement de la parturiente : « Seul, sans perdre de temps à chercher un confrère, ce qui aurait lieu pour le chloroforme à dose chirurgicale, le médecin peut faire d'urgence les opérations obstétricales les plus douloureuses. » (Dupaigne.)

Comme ocytociques, les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne ont été employées pour provoquer le travail de l'accouchement (Doléris); pour en abréger la durée; pour combattre l'inertie utérine; pour faciliter l'expulsion du placenta retenu après un accouchement à terme ou après un avortement. Grâce encore à son action ocytocique, la cocaïne, au cours d'une opération césarienne, assurerait, en dehors de l'anesthésie, la rétraction de l'utérus après la section et mettrait ainsi à l'abri de l'hémorragie, cette redoutable complication de la gastro-hystérotomie.

Cette action ocytocique fournit, d'autre part, des contre-indications à l'emploi de la cocaïne en obstétrique : la tension des parois de la matrice pouvant rendre difficiles les interventions nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus, on sera conduit à se priver du concours de l'anesthésie cocaïnique lorsqu'on aura à pratiquer une version par manœuvres internes ou une délivrance artificielle.

Outre cette contre-indication spéciale, la cocaïne a aussi

des contre-indications générales. Le tableau ci-dessous, que j'emprunte au rapport de M. Guéniot (1) à l'Académie de médecine, résume les indications et les contre-indications des injections cocaïniques en obstétrique :

Au nombre des contre-indications, M. Guéniot inscrit :

1° L'existence d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux ;

2° Les affections chroniques de l'appareil respiratoire ;

3° Les maladies des centres nerveux, particulièrement les tumeurs cérébrales ;

4° L'impossibilité de réaliser pour l'injection une asepsie parfaite.

Comme indications des injections de cocaïne, M. Guéniot admet :

1° Les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui pourraient nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine ;

2° La douleur excessive que détermine parfois le travail ;

3° La lenteur exagérée de ce dernier par suite de la faiblesse ou de l'irrégularité des contractions ;

4° Enfin, la tendance aux hémorragies, sous quelque forme que ce soit (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta, etc.).

V

Voici le moment venu de nous demander si les injections intra-rachidiennes de cocaïne ont droit à la place que lui donnent dès maintenant certains accoucheurs ; de nous demander notamment si elles doivent passer dans le domaine de la pratique courante.

L'étude, à laquelle nous nous sommes livré, des propriétés utéro-motrices des injections rachidiennes, nous a montré que si la cocaïne a une action ocytocique, celle-ci est loin d'être aussi constante que l'action analgésique. Compter sur elle dans tous les cas où il faut faire appel à la contractilité et à la rétractilité de l'utérus, c'est s'exposer à de nombreux échecs. On peut inscrire les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne parmi les moyens susceptibles d'arrêter une hémorragie survenant au cours de la délivrance, ou parmi les méthodes d'accouchement prématuré ; je doute fort cependant qu'à titre d'hémostatique ou à titre d'agent provocateur du travail elles occupent jamais une place importante dans la pratique obstétricale.

En s'adressant aux injections de cocaïne, les accoucheurs ont recherché et rechercheront encore, avant tout, l'action analgésique.

Comme analgésique, la cocaïne a été utilisée dans deux buts : 1° supprimer les douleurs de l'accouchement normal ; 2° permettre ou rendre plus faciles certains actes obstétricaux. — Pour répondre à la question que nous venons de nous poser, nous nous placerons successivement à chacun de ces points de vue.

I. Nous ne pensons plus comme Gream « que les femmes ayant toujours souffert doivent toujours souffrir ». Diminuer, mieux encore supprimer les douleurs de l'accouchement, tandis que s'en déroulent normalement les différentes phases, c'est là, au contraire, un idéal vers lequel doivent tendre tous nos efforts. A cet effet, chloroforme, éther, chloral, antipyrine, bromure d'éthyle, protoxyde d'azote, cocaïne appliquée sur le col de l'utérus ou même injectée dans le tissu cervical (Doléris), hypnotisme, ont été mis à contribution. Mieux que ces divers agents, la cocaïnisation médullaire va-t-elle enfin fournir la solution de cet intéressant problème de « l'accouchement sans douleur » ?

Sans doute la cocaïne injectée sous l'arachnoïde lombaire détermine, ainsi que nous l'avons vu, la suppression de toutes les douleurs de l'accouchement.

Malheureusement cette action analgésique est de courte durée : au bout d'une heure et quart, d'une heure et demie, de deux heures au grand maximum, ses effets cessent de se faire sentir.

Qu'on compare cette durée de l'analgésie produite par la cocaïne à celle exigée par la grande majorité des accouchements s'opérant dans les conditions les plus régulières. Combien grande apparaît la différence ! Pour la combler, il serait téméraire de compter sur les propriétés ocytociques de la cocaïne : celles-ci ne se manifestent pas à tout coup ; d'autre part, quelle que soit l'énergie que la cocaïne imprime dans certains cas au muscle utérin, elle sera toujours, ou presque toujours, insuffisante pour permettre à l'accouchement de parcourir du commencement à la fin ses différentes périodes, avant que se soit épuisée l'action analgésique.

Il faut donc renoncer à supprimer la douleur pendant toute la durée du travail et se contenter de rendre l'accouchement non plus totalement mais partiellement indolore : à la dilatation comme une grande paume de main chez les primipares, à la dilatation comme une petite paume chez les multipares (Doléris), on pratiquera une piqûre de cocaïne, si l'on veut assurer la terminaison sans douleur de l'accouchement.

C'est là, je le veux bien, un avantage. Mais vraiment est-il assez grand pour nous autoriser à compter pour rien les désagréments, j'allais dire les dangers (1), que l'injection intra-rachidienne entraîne à sa suite ? Bien que plus aiguës et plus longues, les douleurs de la période d'expulsion sont loin d'être les plus mal supportées : des sensations pénibles qui accompagnent la dilatation d'un col un peu lent à s'ouvrir, l'accouchée garde un plus mauvais souvenir que de ces douleurs de la période terminale. Aussi bien, s'il devenait nécessaire en raison de leur intensité de les modérer, quelques bouffées de chloroforme ou d'éther pourraient, sans exposer à plus de risques que l'injection de cocaïne, rendre les mêmes services.

Que nous voilà loin, en tous cas, de l'accouchement sans douleur !

Pour le réaliser tel qu'on le souhaiterait, deux moyens s'offrent à nous : *a*. répéter l'injection de cocaïne dès que ses effets sont épuisés, de manière à prolonger l'analgésie pendant tout le temps nécessaire à l'accouchement ; *b*. abréger la durée de ce dernier à la faveur de l'analgésie, en hâtant la sortie du fœtus par des moyens artificiels, c'est-à-dire transformer l'acte normal de l'accouchement en un acte chirurgical dont la durée ne dépasserait pas le temps pendant lequel une injection de cocaïne procure l'insensibilité.

a. L'expérience manque encore pour juger de façon définitive le premier de ces deux modes de faire. Mais cette nécessité de recourir à des injections répétées de cocaïne me paraît *à priori* constituer une éventualité redoutable.

(1) Guéniot. Acad. de méd., séance du 22 janv. 1901.

(1) M. Broca a rapporté tout récemment, à la Société de chirurgie (séance du 3 juillet), une observation relative à une jeune femme qui a succombé dix-sept heures après une rachicocaïnisation, après avoir présenté des accidents étranges qui ne sauraient être attribués à aucune autre cause qu'à la cocaïne.

O. Goldan (1), qui déclare n'avoir jamais injecté que xx gouttes d'une solution à 2 p. 100, l'injection ayant été répétée en plusieurs cas une seule fois au plus, a observé chez une parturiente des symptômes d'empoisonnement : « La respiration, écrit-il, devint anxieuse, superficielle avec une fréquence de 60 à la minute ; pouls à 140, petit et irrégulier ; sueurs profuses, tremblements musculaires, face absolument décolorée, pupilles contractées ; pendant deux jours après l'injection, la femme souffrit d'une céphalée intense. » Exceptionnels et peu graves, il faut le reconnaître, quand l'injection est faite à doses prudentes, ces phénomènes d'intoxication sont naturellement plus à craindre quand, à la suite de piqûres répétées, des doses relativement considérables de cocaïne auront été introduites dans le canal rachidien. Un accouchement demande en moyenne de douze à quinze heures chez une primipare, de six à huit heures chez une multipare. Au bout d'une heure et demie environ, l'analgésie déterminée par la cocaïne a disparu. C'est donc de quatre à huit et même dix injections que l'on peut être conduit à pratiquer, si l'on veut obtenir un accouchement absolument indolore. N'est-ce point s'exposer à avoir à inscrire sur les tables mortuaires de la rachicocaïnisation, vierges encore au dire de ses partisans, de nombreuses victimes?

L'intoxication n'est pas le seul danger à prévoir avec les injections répétées de cocaïne. Opération inoffensive, à condition qu'elle soit exécutée sous le couvert d'une asepsie rigoureuse, la piqûre sous-arachnoïdienne peut devenir le point de départ d'accidents redoutables au cas où cette condition essentielle serait insuffisamment observée. On ne devra point l'oublier, lorsque pour obtenir un accouchement complètement indolore on se décidera à recourir aux injections multiples. Il en est, en effet, de la piqûre intra-rachidienne comme de tous les actes susceptibles d'entraîner des inoculations septiques : à les répéter, on augmente les chances d'infection. Théoriquement ces craintes peuvent être taxées d'imaginaires ; en fait, elles sont parfaitement légitimes. Peu importe sans doute le nombre des touchers vaginaux, si chaque fois sont prises les précautions qui les rendent inoffensifs, et cependant les accoucheurs enseignent qu'il faut être très sobre d'explorations internes chez la femme en travail.

Dangers d'intoxication augmentés, chances d'infection méningée plus grandes, tels sont les deux reproches que l'on peut adresser aux injections répétées de cocaïne.

b. Le second mode de faire, réduire la durée du travail à celle de l'anesthésie obtenue à l'aide d'une seule piqûre en substituant l'accouchement artificiel à l'accouchement naturel, ne doit pas inspirer moins de réserves.

En dépit des propositions que nous voyons surgir de temps en temps, l'accouchement chirurgical n'est point jusqu'ici entré dans les mœurs obstétricales. Et cet ostracisme s'explique fort bien sans que l'agent anesthésique soit pour quelque chose dans l'affaire. Manuelles ou instrumentales, les manœuvres qui ont pour but de mettre les voies génitales rapidement en état de fournir passage au fœtus peuvent, en effet, être suivies de complications et d'accidents. Ce n'est pas sans quelques risques que s'opère l'extraction du fœtus à la façon d'un fibrome intra-utérin. De là la répugnance manifestée par les accoucheurs à brusquer par l'intervention de l'art un travail, dont la marche s'annonce comme devant être absolument physiologique.

(1) Goldan. *The Med. News*, 1900, n° 19.

Il va de soi que nous n'entendons pas prononcer la condamnation de la terminaison artificielle rapide de l'accouchement. L'accouchement accéléré rend, en de certaines circonstances, de trop réels services pour que nous songions à nous en priver. Mais alors il s'agit de cas tout à fait spéciaux, de véritables cas pathologiques. Quand de l'évacuation à bref délai de l'utérus dépend la vie de la mère ou de l'enfant, on serait mal fondé à invoquer les inconvénients et les dangers auxquels exposent les manœuvres permettant la terminaison rapide de l'accouchement. De deux maux, il faut savoir choisir le moindre. Ici l'accélération du travail répond à des indications bien précises.

La mise en jeu des moyens dont l'art dispose doit être commandée par cette grande loi thérapeutique, que Pajot se plaisait à répéter : proportionner la nature, l'énergie et les dangers du remède à la forme, l'ancienneté et la gravité de la maladie. C'est transgresser cette loi que vouloir transformer en une opération qui est loin d'être inoffensive un acte absolument normal ; quelque louable qu'il soit, le seul désir de supprimer les douleurs de l'enfantement ne suffit pas à légitimer cet appel aux méthodes d'intervention rapide de l'utérus.

Comme le chloroforme, comme l'éther, l'injection intra-rachidienne de cocaïne rend possible leur exécution. Elle ne met pas davantage à l'abri des risques auxquels elles exposent.

II. Il semble donc que le domaine où la rachicocaïnisation est appelée à rendre surtout des services est celui des accouchements pathologiques. « C'est seulement, écrit M. Porak (1), dans les cas de manœuvres ou d'opérations obstétricales que les injections intra-rachidiennes de cocaïne sont indiquées, l'action de ces injections était trop temporaire pour qu'on puisse les employer dans les accouchements normaux. » Ici, en effet, on se trouve dans les mêmes conditions que pour les opérations chirurgicales.

Certes, je ne songe point à nier les services que la cocaïnisation médullaire peut fournir à l'accoucheur conduit à pratiquer une intervention que l'anesthésie rend plus facile ou pour laquelle elle est indispensable. Nous devons toutefois faire remarquer que la supériorité de la méthode de Bier-Tuffier sur les méthodes usuelles d'anesthésie ne se dégage pas pour nous aussi nettement que pour les chirurgiens, auprès desquels elle a trouvé une fortune aussi rapide.

Les inconvénients des anesthésiques généraux, les dangers de la chloroformisation et de l'éthérisation constituent, en somme, les principales raisons de ce succès. Avec la cocaïne injectée dans le canal rachidien, les chirurgiens ont cherché à se débarrasser du cauchemar de la syncope mortelle, à laquelle expose le chloroforme, resté l'anesthésique de choix pour la plupart des accoucheurs.

Or c'est là chose bien admise aujourd'hui, que les parturientes présentent à l'endroit de cet agent anesthésique une tolérance remarquable. Qu'on l'attribue avec Campbell à ce que l'action anémiante du chloroforme sur le cerveau est à chaque instant combattue par la congestion provoquée par les efforts utérins auxquels viennent se joindre à la fin ceux des muscles de l'abdomen, qu'on l'explique par ce fait que le chloroforme est ici administré à des sujets jeunes et d'ordinaire exempts de grosses tares, la syncope chloroformique mortelle semble être inconnue chez la femme en tra-

(1) Porak. Acad. de méd., séance du 29 janv. 1901.

vail. « Chaque fois, dit Budin (1), que je donne du chloroforme pour une opération chirurgicale j'éprouve involontairement un certain sentiment d'inquiétude, tandis que je ne suis jamais anxieux quand il s'agit d'en faire respirer aux femmes en travail. »

Le gros danger de la chloroformisation étant écarté, il n'est donc point surprenant que les accoucheurs soient moins sollicités que les chirurgiens à s'adresser aux injections intra-rachidiennes de cocaïne pour obtenir l'anesthésie nécessitée par une intervention obstétricale.

On a accusé le chloroforme administré pendant l'accouchement de déterminer de l'inertie utérine et, partant, de favoriser la production des hémorragies de la délivrance, que préviendrait, au contraire, la cocaïne, en raison de ses propriétés ocytociques. Ce serait là un argument précieux en faveur de l'anesthésie cocaïnique, si la légitimité de ces craintes était bien établie. Simpson, Schrœder, Lucas-Championnière ont montré que les hémorragies ne sont pas plus fréquentes avec le chloroforme que lorsqu'on ne l'emploie pas. Budin (2) a donné à des parturientes le chloroforme pendant six et huit heures, sans avoir à noter la moindre hémorragie.

A vrai dire, je ne vois guère qu'une circonstance où la rachicocaïnisation puisse se poser en rivale heureuse de l'anesthésie par le chloroforme. Ainsi que Maygrier (3) y a insisté, chez des femmes dont l'organisme est affaibli par des pertes sanguines graves, le chloroforme peut déterminer des accidents redoutables. Que chez ces femmes s'impose une intervention pour laquelle l'anesthésie paraîtrait nécessaire, alors l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne offrira de réels avantages.

Mais combien rare cette circonstance à côté de celles où, sans plus de dangers, le chloroforme peut être administré à la femme en travail !

Aussi, tout en reconnaissant les services que la rachicocaïnisation peut rendre dans les cas de manœuvres ou d'opérations obstétricales, je doute cependant qu'elle s'impose aux accoucheurs « comme la méthode anesthésique de choix pour l'application de forceps, la basiotripsie, l'embryotomie, la symphyséotomie et l'opération césarienne, pour toutes les interventions obstétricales, en un mot, la version par manœuvres internes exceptée » (Malartic).

Quelque simple qu'elle soit, la technique de l'injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire est déjà plus délicate que celle de la chloroformisation. Elle le devient davantage en raison des conditions où se trouve l'accoucheur. Docile, le futur opéré du chirurgien conservera pendant tout le temps désirable l'attitude qu'on lui a imposée pour mettre bien à découvert la région lombaire, la désinfecter avec soin, pénétrer dans le canal rachidien sans courir le risque d'aller avec l'aiguille heurter une lame vertébrale. En proie depuis de longues heures aux douleurs d'un accouchement qui n'aboutit pas, la femme qu'une intervention va enfin délivrer est plus difficilement maîtresse de ses mouvements : à tous moments, peut survenir une contraction qui la fera involontairement se rejeter sur le lit, au contact duquel se souillera le champ opératoire à peine fini de préparer, ou qui déterminera un changement d'attitude nuisible à la pénétration de l'aiguille jusque dans le canal rachidien.

(1) Budin. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris 1889, p. 82.
(2) Budin. *Traité des accouchements* de Tarnier, t. IV, 1901, p. 182.
(3) Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris 1893, p. 159.

Cet inconvénient, la nécessité d'un outillage un peu spécial, telle l'aiguille de Tuffier, la difficulté de se procurer une bonne cocaïne et des solutions parfaitement aseptiques empêcheront, je le crains bien, la vulgarisation de ce mode d'anesthésie dans les opérations obstétricales.

VI

Conclusions. — Il serait certainement téméraire d'engager l'avenir. Et nul, d'ailleurs, n'en a le droit. La rachicocaïnisation est de date trop récente pour qu'on puisse se permettre de porter à son égard un jugement définitif.

A ne s'en tenir qu'aux résultats de l'heure présente, la cocaïne en injection intra-rachidienne ne semble pas appelé à rendre à l'accoucheur des services supérieurs à ceux des anesthésiques usuels.

Après, comme avant la rachicocaïnisation, la question de l'accouchement sans douleurs se pose toujours. Dans les accouchements nécessitant une intervention, ses avantages sur le chloroforme sont loin d'être suffisamment établis.

D'autre part, la technique des injections intra-rachidiennes en obstétrique est assez délicate.

Leur emploi, à mon avis, ne doit pas être conseillé dans la pratique obstétricale courante.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(24 juillet 1901)

On poursuit la discussion sur les **tumeurs thyroïdiennes.** M. Poncet, qui, comme on le sait, a l'occasion d'observer un grand nombre de goitreux et qui croit avoir rencontré toutes les variétés possibles de tumeurs de la thyroïde, n'hésite pas à considérer les faits observés par M. Ricard comme une variété de cancers.

Pour M. Poncet, le cancer de la thyroïde est essentiellement primitif; mais il y a toujours une hypertrophie thyroïdienne préparatoire. La question d'âge a une grande importance, et chaque fois qu'une tumeur se développe avec quelque rapidité dans la thyroïde, chez des sujets de quarante à soixante ans, il y a bien des chances pour que ce soit du cancer. La proportion de ces cancers est plus grande chez les femmes que chez les hommes. C'est incontestablement dans les pays goitreux qu'on les rencontre le plus souvent. Le cancer thyroïdien est très malin; il y a une forme suraiguë, une forme aiguë et une forme à allure plus lente. Au point de vue histologique, c'est le cancer épithélial qui est le plus fréquent. Les Allemands ont décrit une inflammation chronique de la thyroïde; Tailhefer a décrit, de son côté, une tumeur cancériforme. Ces variétés ne sont, d'après M. Poncet, que des cancers. Il a lui-même rencontré des faits de ce genre et il en relate plusieurs exemples. Il s'agissait, dans ces cas, de masses dures s'infiltrant dans les muscles, dans tous les tissus voisins, fusionnant avec eux. L'examen histologique de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait de cancers squirrheux de la thyroïde. C'est donc une forme de cancer spéciale, sujette à récidive et à récidive prochaine, ce qui fait que M. Poncet est peu disposé à conseiller une intervention aussi grave que celle à laquelle a dû recourir M. Ricard.

C'est, suivant nous, cette question de la récidive qui a le plus d'importance pour juger de la vraie nature de ces tumeurs thyroïdiennes, que certains histologistes considèrent comme cancéreuses, que d'autres déclarent essentiellement bénignes. Les faits observés par M. Ricard seront,

à ce point de vue, très instructifs. Il faut donc attendre avant de se prononcer.

En terminant sa communication, M. Poncet a rappelé qu'il fallait aussi, dans les cas douteux, songer à l'actinomycose. D'accord, mais il est bien entendu que l'actinomycose n'a rien à faire avec les cas de M. Ricard.

M. Tuffier rappelle avec raison que, dans cette discussion, on a parlé de deux choses bien différentes ; d'une variété d'inflammation chronique développée autour d'un corps étranger et, d'autre part, de tumeurs thyroïdiennes sur la nature histologique desquelles on n'est pas encore bien fixé, mais qui pourraient être analogues à ces fibromes de la paroi abdominale, spécialement observés chez la femme.

M. Routier présente un malade qui a eu une **rupture du rein** à la suite d'un coup de pied de cheval. Laparotomie, néphrectomie, guérison.

M. Chaput a pratiqué la **désarticulation de l'épaule** par un procédé particulier, pour un sarcome de cette région.

M. Bazy a extrait un rein atteint d'**hydronéphrose avec calculs**, sans cathétérisme préalable de l'uretère.

M. Potherat a pratiqué une **cholécystotomie idéale** pour une lithiase biliaire, guérison. Il a fait aussi une **splénectomie** chez une femme atteinte de paludisme. Cette rate pesait 2 kilogs 300 grammes. La tumeur avait été prise pour une tumeur de l'ovaire. Il serait intéressant de savoir l'influence de la splénectomie sur les accidents du paludisme.

Au début de la séance, M. Chauvel a fait deux rapports, l'un sur une observation de M. Dupuchet et relative à une **rupture de la vessie**. Le blessé a refusé toute intervention et il a cependant très bien guéri, ce qui, d'après M. Routier et d'après M. Chauvel, semble indiquer que la rupture vésicale a été non pas intra-péritonéale, comme le croit l'auteur, mais bien extra-péritonéale. L'absence de tout symptôme péritonitique confirme cette manière de voir.

Le second rapport de M. Chauvel a trait à une observation de M. Dubujadoux relative à deux cas d'**amputation sous-astragalienne**. A ce propos, M. Delorme cite un excellent résultat qu'il a obtenu, par cette amputation, sur un officier de cavalerie qui continue à monter à cheval.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Ainsi que nous l'avons annoncé, le XIe Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Limoges du 1er au 7 août prochain.

Nous rappelons les questions mises à l'ordre du jour :

1° Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les affections du névraxe ;

2° Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique ;

3° Le personnel secondaire des asiles.

I. Les membres du Congrès sont priés de faire connaître immédiatement s'ils sont dans l'intention de prendre part au punch du corps médical de Limoges, à l'excursion de Saint-Priest-Taurion, au banquet du Congrès, à l'excursion de Saint-Goussaud, à la réception de l'asile et à l'excursion d'Uzerche.

II. MM. les adhérents au Congrès, qui désireront profiter de la réduction de demi-place que consentent habituellement les Compagnies de chemins de fer, sont invités à joindre à leur adhésion, ou à adresser directement à M. Gilbert Ballet, président du Congrès (39, rue du Général-Foy, à Paris), l'indication :

1° De leur gare de départ, et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux, de la gare de départ sur chaque réseau ;

2° De la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage ;

3° Des membres de leur famille qui les accompagnent, pour le cas où les Compagnies consentiraient à étendre la réduction de demi-place aux membres de la famille.

III. Nous rappelons également la nécessité d'envoyer avant le 10 juillet les titres de communications ou lectures que les congressistes se proposent de faire.

IV. Les rapports vont être distribués prochainement en fascicules séparés.

V. Nous prions MM. les congressistes qui ne nous ont pas encore envoyé les cotisations de vouloir bien le faire, le recouvrement par la poste nous obligeant à faire une majoration d'un franc pour frais.

Concours pour l'admission de médecins au service sanitaire international à Constantinople. — Le service sanitaire international qui fonctionne à Constantinople recrute chaque année, par la voie du concours, cinq ou six médecins pour assurer, pendant la durée du pèlerinage de la Mecque, c'est-à-dire pendant six mois environ, le service du lazaret de Camaran. Ces médecins touchent 3000 par mois (660 francs). Ces appointements leur sont payés régulièrement par la caisse du service international. Ils reçoivent, en outre, une large indemnité de voyage. Ils sont logés au lazaret. Ces médecins peuvent ensuite, s'ils le désirent et s'ils ont effectué à Camaran leur service de façon satisfaisante, obtenir un poste fixe dans l'administration sanitaire. Ils sont envoyés alors comme médecins sanitaires dans une ville maritime de l'empire ottoman. Leurs appointements varient entre 350 et 700 francs par mois suivant l'ancienneté de leur service. Ils ont la liberté de faire de la clientèle. Les appointements sont régulièrement payés par la caisse internationale.

Le concours aura lieu cette année à Constantinople le 9 septembre. Sont admis à y prendre part tous les médecins diplômés d'une Faculté connue et qui n'ont pas dépassé l'âge de trente-cinq ans. Les épreuves écrites seront rédigées en langue française et les examens oraux seront subis dans la même langue. Les épreuves comportent :

1° Un examen écrit sur une question d'hygiène, de bactériologie ou d'épidémiologie (deux heures sont accordées pour la préparation).

2° Une épreuve orale sur un sujet d'hygiène ou d'épidémiologie (un quart d'heure après cinq minutes de réflexion).

3° Une épreuve pratique de bactériologie élémentaire.

4° Une analyse extemporanée d'un liquide de l'organisme (sang, lait, urine, salive ou sperme). Le coefficient de cette épreuve est moitié moindre que celui des autres.

Ci-joint le programme des épreuves d'hygiène et d'épidémiologié. Nous devons ajouter qu'à Marseille les compagnies de navigation accorderont, à n'en pas douter, une réduction de prix aux médecins français qui désireront se présenter à ce concours.

HYGIÈNE. — *Première question.* — Conditions d'habitabilité d'un navire ; encombrement ; cubage.

Deuxième question. — Chargement (passagers, animaux vivants, marchandises, transport des corps). Indiquer les règles à observer : méphytisme des cales, des soutes, des cabinets, des postes de couchage ; comment y remédier ?

Troisième question. — Aération, ventilation (naturelle et artificielle) ; thermomètre, hygromètre, éclairage.

Quatrième question. — Aliments (leur nature, aliments altérés, maladies dues à une mauvaise alimentation) ; boissons (approvisionnement d'eau), variétés d'eau (météoriques, du sol, distillées).

Cinquième question. — Qualités d'une eau potable. Moyens de la reconnaître, mode de conservation et de distribution de l'eau.

Sixième question. — Mesures phophylactiques générales en cas d'épidémie (agents de transmission ; désinfectants et désinfection).

Septième question. — Mesures à prendre en présence d'un cas suspect ou avéré de maladie épidémique à bord.

Huitième question. — Mesures à prendre en présence d'un cas d'affection épidémique ou contagieuse dans une localité.

Neuvième question. — Qu'est-ce qu'un lazaret? Description d'un lazaret complet (situation, installation, fonctionnement). Patente de santé, arraisonnement.

ÉPIDÉMIOLOGIE. — 1° Variole : description, prophylaxie. — 2° Typhus exanthématique. — 3° Choléra : géographie médi-

cale, étiologie, prophylaxie. — 4° Choléra : description, bactériologie (diagnostic différentiel). — 5° Fièvre jaune : géographie médicale, étiologie, prophylaxie. — 6° Fièvre jaune : description, durée, diagnostic, traitement, diagnostic différentiel). — 7° Peste : géographie médicale, étiologie, prophylaxie. — 8° Peste : description, bactériologie (diagnostic différentiel). — 9° Lèpre. — 10° Charbon. — 11° Morve et farcin. — 12° Actinomycose. — 13° Fièvre typhoïde : étiologie, bactériologie, prophylaxie. — 14° Grippe, influenza, dengue. — 15° Rage. — 16° Dysenterie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 28e semaine, 850 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (891), et à la moyenne ordinaire des semaines de juillet (926).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (la moyenne est 10).

La variole a causé 9 décès (au lieu de 5 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51 (dont 10 à Montmartre), chiffre inférieur à celui des semaines précédentes.

La rougeole, continuant à baisser, n'a causé que 12 décès (la moyenne est 21).

La scarlatine a causé 3 décès (la moyenne est 5); la coqueluche, 6 (chiffre identique à la moyenne).

La diphtérie a causé 16 décès (la moyenne est 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est 102.

La diarrhée infantile a causé 69 décès de 0 à 1 an (au lieu de 50 pendant la semaine précédente et de 46 pendant la semaine antérieure ; la moyenne est 99). Le chiffre actuel peut être regardé comme étant relativement modéré, étant donné la température. On peut espérer que les conseils aux familles, placardés sur les murs de Paris, ont contribué à ce résultat ; on ne saurait trop engager la population à les suivre, c'est-à-dire ne donner que du lait stérilisé aux enfants qui ne peuvent être nourris au sein, et à veiller à la parfaite propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté. Sur les 69 enfants morts cette semaine de diarrhée, il n'y en a que 9 qui fussent domiciliés dans les dix premiers arrondissements ; les 60 autres appartenaient aux quartiers pauvres de la périphérie.

En outre, 34 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 96 décès, au lieu de 109 pendant la semaine précédente et au lieu de 109, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 15 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 20 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 53 (au lieu de la moyenne 57), dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire et 26 à la bronchopneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 169 décès (au lieu de la moyenne 162) ; la méningite tuberculeuse, 13 décès ; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 32 décès (la moyenne est 52) : les maladies organiques du cœur, 54 ; le cancer a fait périr 53 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès ; la cirrhose du foie, 10 ; la néphrite, 23 ; enfin, 21 vieillards sont morts de débilité sénile.

Tribunaux. — La onzième chambre du tribunal correctionnel vient de juger Mlle X..., cette infirmière de l'hôpital Trousseau, qui trempa certain jour dans un bain quasi-bouillant, un jeune enfant de deux ans le petit B..., qui était atteint d'une pneumonie et qui est mort de ses brûlures.

L'infirmière n'avait pas pris la précaution élémentaire de s'assurer préalablement de la température du bain.

Le tribunal a condamné l'infirmière à quinze jours de prison avec sursis et 2 000 francs de dommages-intérêts.

Hôpital Saint-Louis. — M. H. Dominici commencera son cours privé d'hématologie à la date du 1er octobre 1901. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Dominici, hôpital Saint-Louis.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 87. — MARDI 30 JUILLET 1901. 74e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1901. — N° 87

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DES IMBÉCILES PROSTITUÉES ET VAGABONDES, par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, expert près les tribunaux, et WAHL, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — LES PLEURÉSIES TYPHOÏDES, d'après M. MICHEL. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DES IMBÉCILES PROSTITUÉES ET VAGABONDES

Par MM. Paul GARNIER,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, expert près les tribunaux,
et WAHL,
Médecin-adjoint des asiles d'aliénés.

Les imbéciles, les faibles d'esprit sont souvent laissés errants dans les campagnes et même dans les villes sous prétexte qu'ils sont inoffensifs. Et, cependant, les exemples abondent d'individus de cette catégorie se livrant à des actes délictueux ou criminels.

Tous les médecins légistes en ont observé de nombreux cas dans leur pratique. Ce sont parfois des attentats contre les personnes : coups, blessures, attentats à la pudeur, souvent aussi, ce sont des atteintes au droit de propriété : vol simple ou qualifié, incendie volontaire, soit que le faible d'esprit ait été le seul auteur ou l'auteur principal du méfait, soit qu'il ait simplement servi au délinquant d'indicateur ou de guetteur. Mais le délit le plus fréquemment reproché à ces infirmes, c'est le vagabondage. Incapables qu'ils sont de gagner leur vie par un travail régulier, fréquemment aussi débiles de corps que d'esprit, ils ne peuvent trouver nulle part à s'employer. D'ailleurs souvent lors même qu'on désirerait les garder en leur confiant quelque travail facile, ils abandonnent leur modeste situation simplement pour changer de place, pour voir du pays. Ces malheureux sont la proie de tous les aventuriers qui les exploitent comme c'était le cas pour X..., que nous avons examiné récemment; c'était un épileptique très débile qu'un saltimbanque avait dressé à manger des rats tout crus et qu'il présentait dans les foires comme un sauvage après l'avoir revêtu d'une peau de bête et l'avoir étrangement maquillé.

Il ne serait pas sans intérêt, au point de vue de l'hygiène sociale et de la médecine légale, de réunir dans un travail d'ensemble l'étude des méfaits que les déshérités de l'intelligence peuvent accomplir; mais dans les quelques considérations que nous présentons aujourd'hui nous nous bornerons à étudier une des faces de la question : nous nous contenterons de présenter trois observations médico-légales d'imbéciles vagabondes et prostituées et de les accompagner de quelques commentaires.

Ce vagabondage n'a rien d'*impulsif* et ne saurait être comparé à celui qui peut se présenter dans l'hystérie et dans l'épilepsie par exemple, il est seulement *instinctif*; c'est un besoin de changer de place, d'être libre, d'agir à sa guise qui dirige ces pauvres êtres à travers les plus étranges vicissitudes. Chez la femme, le vagabondage s'accompagne le plus souvent de prostitution. C'est un moyen commode qu'a la femme *amorale* de se procurer de l'argent sans se plier aux exigences d'un travail régulier, aussi les faibles d'esprit fournissent-elles, pour cette raison, un contingent considérable à la débauche.

La prostitution n'étant pas un délit, il n'en existe donc aucune définition juridique, les tribunaux n'ont point à en connaître. C'est pourquoi, lorsque l'autorité judiciaire poursuit, c'est qu'elle peut relever du même coup le délit de vagabondage. La prostitution est réprimée par mesure administrative et est régie par d'antiques règlements dont quelques-uns remontent jusqu'au lieutenant de police Lenoir, au commencement du XVIIIe siècle. Le but que l'on poursuit en cherchant à endiguer ce fléau est évidemment, d'une part, la protection de la santé publique par la prophylaxie des affections vénériennes, et, d'autre part, le moyen pour la police d'exercer une surveillance constante, sinon toujours efficace, sur le monde spécial des filles et des souteneurs. Il faut se rapporter d'ailleurs aux leçons des professeurs Fournier et Mauriac, ainsi qu'aux comptes rendus de l'Académie de médecine, et de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, pour l'étude complète de cette importante question d'hygiène publique et en particulier des divers désiderata qui ont été émis à ce sujet.

Mais pour enrayer la prostitution il faut d'abord bien en connaître toutes les causes : les moralistes et les médecins en ont mis un grand nombre en lumière; il en est d'économiques (dépréciation du travail de la femme, concurrence exagérée pour certains emplois, etc., etc.), il en est de sociales (contagion de l'exemple, etc.), il en est aussi de pathologiques : débilité mentale à tous ses degrés. Nous n'avons à

étudier ici que ces dernières et les exemples qui suivent sont typiques à ce point de vue : un de nos sujets a quatorze ans et demi; cette jeune fille est dans un tel état d'infériorité intellectuelle qu'il faut, pour qu'elle se tienne propre, que sa mère la lave de temps en temps des pieds à la tête comme une fillette; une autre est d'une telle exiguité de taille qu'elle paraît naine et d'une telle obtusion intellectuelle qu'elle réclame comme un honneur de recevoir une « carte » du service des mœurs; la troisième ne peut arriver à comprendre qu'elle est en prison pour vagabondage et qu'il n'est pas permis de se promener ainsi au milieu des rues sans avoir ni domicile ni moyens d'existence. Toutes trois n'ont pu acquérir aucune instruction, toutes trois se livrent au premier venu, la plus élémentaire notion de morale leur est étrangère, elles se prostituent avec la plus complète inconscience.

Les observations qui suivent sont des plus démonstratives; mais, ce ne sont pas les seules de cette espèce que nous possédions; loin de là. Le faible niveau intellectuel de beaucoup d'habituées de Saint-Lazare est un fait bien connu de tous ceux qui ont fréquenté cet établissement, et bien des fois il arrive que, par suite des excès continuels auxquels elles se livrent, les prostituées soient envoyées à l'infirmerie spéciale et on y reconnaît que les accès délirants aigus ou chroniques qu'elles présentent ont trouvé dans la débilité mentale du sujet un terrain éminemment favorable à leur développement.

Observation I. — Le 30 mai 1901 entre, à l'Infirmerie spéciale, la nommée B... (Marie), âgée de dix-sept ans. C'est une forte fille, nouvellement arrivée de Picardie, son pays natal. Elle présente une déformation cranienne remarquable : le front est bas, la face asymétrique, le regard niais et sournois, les cheveux d'un blond filasse, les dents mal implantées, les lobules de l'oreille adhérents, la voûte palatine ogivale, les membres supérieurs d'une longueur démesurée par rapport à sa taille.

Sur ses antécédents héréditaires, nous sommes bien mal renseignés : tout ce que nous avons pu apprendre, c'est que son père et sa mère ont vécu en mauvaise intelligence et sont divorcés. Elle semble dire que les torts venaient de son père, et que celui-ci se livrait à la boisson. Elle a été à l'école environ deux ans; elle sait à peine tenir la plume, lit fort mal et ignore d'une façon à peu près complète sa table de multiplication. Lorsqu'elle est conduite dans notre cabinet elle crie, paraît fort en colère, répond malhonnêtement aux questions qu'on lui pose. Elle réclame sans cesse les quelques objets sans valeur qu'on lui a retirés à son arrivée à l'infirmerie, et nous raconte avec des accès de larmes et des accès de colère sa lamentable histoire. Comme beaucoup d'imbéciles, elle a fort bonne opinion d'elle-même, elle est toute fière du peu d'instruction qu'elle a : « Je suis allée à l'école pendant deux ans, nous dit-elle. Quand vous saurez lire, écrire et compter comme moi, vous irez loin. » En réalité, elle sait à peine lire, presque pas écrire et pas du tout compter. Un peu plus tard, lorsqu'on cherche à la prendre par la douceur, elle répond d'un ton irrité : « Des caresses de chat, ça donne des puces. » Le séjour de la prison et de l'infirmerie lui est insupportable, elle demande toujours à s'en aller et si on l'interroge sur ce qu'elle fera lorsqu'elle sera dehors, puisqu'elle n'a ni argent ni travail, elle répond : « Je ne suis pas embarrassée, j'irai au patronage de Mme X... »

Voici son histoire, telle au moins qu'elle nous l'a racontée, nous ne garantissons en aucune façon la véracité de ce récit, étant donné les invraisemblances qu'il présente et la propension bien connue des imbéciles pour le mensonge.

Marie a travaillé quelque temps dans une fabrique (elle ne veut ou ne peut nous dire quel genre de travail elle y faisait), à X..., non loin de son pays natal. Là elle fit la connaissance d'un jeune homme de Reims, qui travaillait dans la localité comme garçon d'hôtel et qui lui persuada de l'accompagner à Paris; elle s'y décida, ils firent le voyage ensemble, mais Marie n'avait plus aucune ressource en arrivant à Paris; elle accompagne « son bon ami » dans un hôtel et passe la nuit avec lui. Le lendemain matin cet individu lui dit : « Je vais commander le café. » Il disparaît et ne reparaît plus; pour solder la dépense, Marie donne à la logeuse quelques objets de toilette et en particulier deux corsets; elle est ennuyée de sa mésaventure, mais non chagrine de son abandon : « Il est parti, tant pis. » Elle se mit à chercher une place de domestique et erra ainsi à l'aventure pendant quelques jours, vivant de prostitution. Un beau soir elle fit connaissance, dans les environs du faubourg du Temple, d'un jeune homme, Eugène P..., âgé de dix-huit ans. Elle en fait le portrait suivant qui n'a rien de flatteur : très petit, avec la figure pleine de boutons et des femmes tatouées sur les bras, il habite chez ses parents, son père est employé à l'éclairage électrique. Ce jeune homme la conduisit chez lui, dans une maison particulière, non dans un hôtel, et passa la nuit avec elle. Le lendemain, tandis que le jour commençait à paraître, cinq autres jeunes gens, amis d'Eugène, pénétrèrent dans la chambre, se jetèrent sur la malheureuse Marie et eurent successivement des rapports avec elle. Enfin, ses bourreaux lui tatouèrent sur le front ces mots : « Pas de chance ; » à l'avant-bras droit, ils lui ont également tatoué un cœur. Elle dit qu'elle n'a pas fait de résistance, que c'eût été inutile.

Voici le récit de la jeune B..., mais nous sommes en droit de nous demander si notre malade n'était pas plutôt sous l'empire de l'ivresse, ainsi que ses compagnons, au moment où ont été faits les tatouages : ceci expliquerait mieux la scène et le manque de résistance de la victime ; de plus, dans ces quartiers si populeux, où trouver une maison suffisamment discrète pour accomplir un tel acte sans éveiller l'attention des voisins? Ne serait-ce pas plutôt dans quelque cabaret borgne et non dans un domicile particulier que se serait passée la scène?

Quoi qu'il en soit, souffrante, toujours dénuée de ressources, l'infortunée « Pas de chance » fut arrêtée quelques jours après pour vagabondage. Mais elle ne peut concevoir l'idée que n'avoir ni domicile ni ressource constitue un délit. Elle répète à chaque instant : « Oui, moi, qui ai subi tous leurs outrages, on me traîne de prison en prison, tandis qu'eux on ne veut pas les prendre. Eugène est pourtant assez reconnaissable et il est bien connu dans le faubourg du Temple. » Puis elle dit : « Je n'ai jamais volé et je suis en prison. Quand je suis passée ici (au Dépôt), il y a huit jours, j'étais avec les autres, maintenant je suis seule, en cellule, comme une voleuse. » On a beau chercher à lui faire comprendre la prévention qui pèse sur elle, et que l'infirmerie n'est pas une prison, c'est peine perdue. Marie ne présente pas d'idées délirantes, ce n'est que parce qu'elle criait et se livrait à des voies de fait sur ses compagnes que le médecin de Saint-Lazare l'a évacuée d'urgence sur l'infirmerie spéciale où elle continue à insulter tout le monde et à menacer de frapper sa camarade de chambre dont on a été obligée de la séparer.

Le lendemain matin, B... est toute gaie et chante depuis que la religieuse lui a promis qu'elle quitterait notre service dans la journée. Elle est dirigée en effet, le jour même, sur Sainte-Anne comme imbécile à instincts pervers.

Obs. II. — G... (Jeanne), vingt et un ans, entre pour la première fois à l'infirmerie spéciale le 27 juillet 1900. Elle vient de bénéficier d'une ordonnance de non-lieu à la suite d'un

rapport médico-légal de M. Paul Garnier, dont voici les passages essentiels : « G... (Jeanne), domestique, est arrêtée le 20 mai 1900 paraissant être en état de vagabondage. Elle dit s'être enfuie de chez elle parce que sa mère la battait : elle avoue vivre de prostitution, elle est inconnue rue Dauphine, n° 6, où elle prétendait habiter. En décembre 1898, elle a subi une condamnation pour vagabondange.

C'est une naine par la taille et une enfant par l'esprit. Inconsciente, ne pensant qu'à rire et à s'amuser, elle répond à tort et à travers aux questions posées. Elle déclare que sa mère s'est noyée parce que son mari la battait. Adhérence du lobule de l'oreille ; microcéphalie.

Totalement illettrée : « Je n'en pinçais pas pour l'école, dit-elle ; pour l'amour, ajoute-t-elle en riant aux éclats, à la bonne heure, cela me va, et ces derniers temps, je me suis bien amusée. » A Saint-Lazare elle s'est montrée turbulente et indisciplinée. La coercition a été nécessaire. Instrument de rébellion et de désordre pour les autres prévenues, privée de tout sens moral, ayant déjà subi le contact des filles débauchées qui l'ont entraînée aux pires excès, elle ne comprend que le mal et ne songe qu'à l'exécuter. Nature irréductible par les moyens ordinaires, les sévérités seront inutiles. C'est une infirme de l'esprit inapte à se diriger. »

Et le rapport se termine par les conclusions suivantes :

« 1° La fille G... (Jeanne) est atteinte d'imbécillité ;

2° Incapable de comprendre la portée de ses actes et tout à fait inconsciente de sa conduite, elle ne saurait être rendue responsable ;

3° Jeanne G... ne saurait être livrée à elle-même, étant inapte à se diriger et à pourvoir à ses besoins. Il y a lieu de la placer dans un établissement où l'on admet par mesure d'assistance et de sécurité sociale les infirmes cérébraux ;

4° En conséquence elle doit être mise à la disposition de l'autorité administrative qui pourvoira d'office à cet internement. »

En conséquence elle fut dirigée le 28 juillet 1900 sur le service d'admission de Sainte-Anne, où M. Dagonet dressa le certificat suivant : « Débilité mentale, fugues, partie il y a deux mois de Verneuil pour venir à Paris. Arrêtée près de l'Exposition. »

De là elle passa à la date du 3 août dans le service de M. Febvré, à Ville-Evrard, qui fit sur elle le certificat immédiat suivant : « Imbécillité. Nulle instruction, pas d'initiative, discernement bien insuffisant. Incapacité de se diriger, de travailler régulièrement, de subvenir aux besoins de son existence. »

A la quinzaine, 18 août, on nous signale des crises convulsives avec perte de connaissance absolue. Le 25 août elle fut transférée à l'asile de Maison-Blanche où M. Taguet fait sur elle le certificat suivant :

« Imbécillité. Incapable de se diriger et de subvenir à ses besoins, aurait des accès d'agitation consécutifs à des crises nerveuses de nature indéterminée. »

A la quinzaine, M. Taguet qualifie les crises que présente Jeanne d'épileptiques.

Sa sœur la réclame à la date du 3 avril 1901, on exige d'elle l'engagement de veiller sur la malade avant de la lui rendre. La sœur signe la déclaration demandée et le 6 avril 1901, G... quitte l'asile de Maison-Blanche.

Le 8 mai 1901, à minuit quinze, G... est arrêtée sur le pont de Grenelle où elle rôdait comme vagabonde. En route, elle injurie les agents parce que, disait-elle, ils voulaient la mettre « au bloc ».

A cette époque, un rapport de police s'exprime ainsi sur elle : « On ignore si elle a eu un domicile fixe. Elle paraît avoir vécu plutôt en état de vagabondage et avoir tiré ses moyens d'existence de la prostitution. Condamnée à un mois de prison à Evreux le 29 décembre 1898 pour vagabondage, outrages et coups. Elle a été en outre arrêtée trois fois à Paris pour vagabondage : le 6 novembre 1899, le 24 avril 1900 et le 4 mai suivant. Entrée à Saint-Lazare à la suite de cette dernière arrestation elle a été acquittée le 25 juillet comme aliénée. »

Envoyée de nouveau à Saint-Lazare. Elle est de nouveau soumise à l'examen de M. Paul Garnier dont les conclusions sont identiques à celles de son précédent rapport. Devenue insupportable, pendant son séjour à la prison, elle est avant même la décision du juge dirigée sur l'infirmerie spéciale où nous la trouvons violente réclamant, à cor et à cris, sa « mise en carte » parce que « c'est son plaisir » de se livrer à la prostitution. Si on l'empêche de s'amuser elle « cognera ». Elle est le lendemain dirigée sur Sainte-Anne avec le certificat suivant de M. Garnier : « Imbécillité, perversions instinctives des plus caractérisées. Absence de tout sens moral. Excitation, menaces. Déjà traitée. »

Obs. III (communiquée par M. Legras). — Le 2 mai 1901 M. Legras a été chargé par M. Albanel, juge d'instruction, d'examiner l'état mental de la jeune M... (Jeanne), âgée de quatorze ans et demi, prévenue de vagabondage.

C'est une fillette dont le développement physique est suffisant, mais qui présente une physionomie sournoise et peu intelligente. Tout d'abord elle répond assez mal aux questions qu'on lui pose, puis, peu à peu elle s'enhardit et nous fait un récit plus ou moins exact de ce qui lui est arrivé, sans se rendre compte de l'étrangeté de sa conduite ni de la gravité des accusations qu'elle porte.

Le père de cette enfant est mort jeune de la poitrine, il ne buvait pas ; la mère était somnambule (?) depuis sa jeunesse jusqu'après son premier accouchement (c'est d'elle que nous tenons ce renseignement et tous ceux qui vont suivre). Le grand-père maternel était un coureur, le grand-père paternel est mort comme son fils de la poitrine. Les deux grand'mères vivent encore et sont bien portantes.

Mme M... a eu six grossesses, cinq enfants sont morts en bas âge de méningite, un seul survit, c'est Jeanne qui fait l'objet de cette observation.

Elle est née à terme, élevée au sein, elle n'a jamais paru intelligente, mais n'a jamais rien eu qui ressemble ni à une crise de nerfs ni à une convulsion. A neuf ans, elle a été soignée à l'hôpital Trousseau, puis à celui de Berck, pour des abcès tuberculeux du cou, dont elle porte aujourd'hui les cicatrices. Là elle a contracté l'habitude de la masturbation. En revenant de Berck, elle s'est sauvée pour la première fois de chez ses parents. Elle est restée environ cinq heures dehors ; sa mère a fini par la retrouver passage du Bouloi, blottie dans le coin d'une cour et endormie.

Pendant cinq ans elle est restée tranquille, allant à l'école, mais n'y apprenant rien : elle n'a en effet aucune instruction, elle ne sait même pas bien lire. Elle ne s'est jamais livrée à des actes de brutalité vis-à-vis de ses compagnes, mais elle est sournoise et médisante. Elle se répand en calomnies sur les personnes qui lui déplaisent : elle a été jusqu'à dire que sa mère avait empoisonné son mari et que c'était sa famille qui l'envoyait racoler. On a essayé de la placer en apprentissage ; elle a commencé à apprendre différents métiers et a changé bien des fois de patron. Les endroits où elle est restée le plus longtemps sont un atelier où l'on faisait des gilets et un autre où une dame X..., brunisseuse, l'employait, disait-elle, à noircir des cornes (?). D'après ses affirmations, cette dame X... aurait reçu chez elle « des tas d'amoureux » et l'aurait forcée à boire de l'absinthe et à fumer. Dans une autre place qu'elle a faite, la patronne a prévenu sa mère qu'elle riait avec des peintres.

Le mardi gras de l'année 1900, Jeanne s'est sauvée de chez sa mère. C'est cette fois-là, nous dit-elle, qu'elle a couché pour la première fois avec un « type » de vingt-quatre à vingt-cinq ans, qui est figurant au théâtre du Châtelet et

dont elle avait fait la connaissance quelque temps auparavant dans la rue, pendant qu'elle faisait des commissions pour sa patronne. Elle passa alors quelques jours avec lui dans un hôtel. Le vendredi matin, le mari d'une de ses camarades d'atelier l'a rencontrée dans la rue et l'a reconduite chez sa patronne qui a prévenu sa mère. Celle-ci, en faisant la toilette de sa fillette qui est incapable de se tenir propre elle-même, a remarqué que la chemise était tachée de sang : un médecin appelé a constaté la défloration.

Au mois de juin 1900, Mme M... était malade et envoyait Jeanne faire ses commissions, elle a de nouveau rencontré ce même figurant du Châtelet et a passé de nouveau quelques jours avec lui. La mère ayant fait annoncer la disparition de sa fille dans les journaux, des « voyous », âgés de vingt-deux à vingt-quatre ans, sont venus quatre jours après son départ la remettre à la concierge et se sont enfuis dès que l'enfant eut pénétré dans la maison. La mère croit sans en avoir de preuves que Jeanne a eu des relations avec ces hommes.

Le 29 avril 1901 elle s'est enfuie de chez sa patronne : elle avait été chargée de conduire promener un vieux chien qui a vingt-cinq ans (?) (*sic*), elle a de nouveau rencontré son amant, le figurant du Châtelet, qui l'a emmenée coucher avec lui dans un hôtel près du Jardin des plantes. Elle y a passé la nuit tout entière et le lendemain elle est allée avec son compagnon à la fête de Vincennes. Puis là, d'après ce qu'elle dit, cet individu l'aurait abandonnée à une bande composée de sept hommes et d'une femme qui l'auraient conduite dans le fossé des fortifications. Là, ils lui auraient caché ses affaires et l'auraient laissée simplement vêtue d'une chemise et d'un petit jupon; puis les sept hommes l'auraient « tous touchée quelque part » pendant que la femme les regardait faire. Enfin, c'est le soir qu'elle a été arrêtée par les agents comme vagabonde. Une de ses compagnes du poste lui a prêté un jupon pour qu'elle ne souffre pas du froid.

Tel est le récit que Jeanne a fait de sa mésaventure à sa mère, aux agents, au commissaire, au juge et à nous-même. Mais nous n'en garantissons nullement l'authenticité, loin de là. Cependant, lorsque l'enfant eut été rendue à sa mère, celle-ci alla avec Jeanne à la fête de Vincennes, et là la fillette désigna deux individus comme ayant été au nombre de ses agresseurs. Mme M... les fit arrêter, mais on ne trouva contre eux aucune charge sérieuse, et le juge les relâcha quelques jours après.

L'examen physique de la jeune M... révèle de nombreux stigmates physiques de dégénérescence. La voûte palatine est ogivale, les dents mal implantéees, la mâchoire inférieure présente un prognatisme des plus marqués. On constate aussi des signes d'hystérie : anesthésie cutanée surtout marquée à droite, absence du réflexe pharyngien. Réglée à onze ans. Jeanne a eu l'année dernière des flueurs blanches, aujourd'hui disparues : l'examen local démontre que la défloration n'est pas récente, sans qu'on puisse se prononcer sur l'époque.

Si l'on demande à Jeanne M... pourquoi elle suivait cet homme, elle répond que c'est simplement parce qu'il le lui demandait d'une façon gentille et qu'elle voulait lui faire plaisir.

Remarquons le faible niveau mental de cette enfant, uni, comme cela est si fréquent, à de nombreuses perversions instinctives : tendance au mensonge, au vagabondage et à l'inconduite, et concluons à l'internement longtemps prolongé de cette malade inconsciente de ses actes, incapable de se diriger raisonnablement et dont les mauvais instincts ont été plusieurs fois déjà une cause de trouble et de danger pour l'ordre public et surtout pour elle-même.

Conclusions. — 1° L'imbécillité est une cause fréquente du vagabondage et de la prostitution.

2° L'internement prolongé des imbéciles vagabondes et prostituées s'impose aussi bien dans l'intérêt de la société que dans celui de ces malheureuses, incapables de se diriger et de subvenir à leurs besoins.

LES PLEURÉSIES TYPHOIDES

D'après M. P. Michel (1).

La pleurésie typhoïde n'a été tout d'abord qu'une découverte d'autopsie. Chirac (1762), Rœderer et Wagner (1762) signalent la coexistence de sérosité dans les plèvres avec les ulcérations intestinales de la dothiénentérie. Prost (1804) Serres, Bouillaud et Louis décrivent des cas analogues. Puis, lorsque grâce aux recherches de Laënnec, le diagnostic clinique de pleurésie est devenu possible, Landel, Trousseau, Rilliet et Barthez, Piéchaut de Maunoury, Grisolle, Rollet tracent en France le tableau de la pleurésie typhoïde, tableau que viennent compléter les cliniques de M. Raynaud, les thèses de Robert, Guillermet et La Saigne. Les travaux de Peacok, Livindie, Gairdner, Murchison, en Angleterre et de Griesinger, d'Hoffmann et Liebermeister, en Allemagne contribuent à fixer l'histoire clinique de cette affection. Enfin, récemment, différents auteurs s'efforcent de déterminer le rôle du bacille d'Eberth dans la production des épanchements pleuraux [Rendu et de Gennes (1885)], Valentini (1889), Mye et Belfanti, etc., et de préciser les propriétés du liquide pleural. Toutefois, cette partie de la question reste encore à l'étude : la symptomatologie de la pleurésie typhoïde commence au contraire à être aujourd'hui bien connue.

La pleurésie typhoïde apparaît rarement à l'état de manifestation isolée de la dothiénentérie sur les voies respiratoires. Dans la plupart des observations, elle est précédée de lésions pulmonaires qui lui ont ouvert la porte. Quelle que soit la nature de ces dernières, elles jouent un rôle dans l'apparition de l'épanchement : on peut les classer sous trois chefs principaux :

1° Inflammation de la plèvre secondaire à une lésion pulmonaire comme infarctus, pneumonie, bronchite. Tantôt ces lésions pulmonaires restent latentes jusqu'au moment où éclate la pleurésie; tantôt, au contraire, elles se manifestent par des symptômes évidents : foyers congestifs aux bases, crachats hémoptoïques, etc., etc. Dans d'autres cas enfin, ces lésions sont celles d'une pneumonie franche retentissant secondairement sur la plèvre.

2° Le bacille d'Eberth peut exister dans le poumon des typhiques (Bruhl) : des lymphatiques profonds de cet organe il arrive au réseau superficiel et peut ainsi ensemencer le liquide pleural.

3° Dans une dernière catégorie de faits, la pleurésie n'est pas, à franchement parler, une pleurésie typhoïde, mais une pleurésie chez un typhique. Une infection précédente peut avoir fait de la plèvre un milieu de moindre résistance et provoquer le développement, chez un typhique, d'une pleurésie tuberculeuse, streptococcique, etc.

Les pleurésies typhoïdes sont presque constamment des pleurésies à épanchement. L'épanchement est d'habitude peu abondant, ne dépassant pas l'angle de l'omoplate dans la majorité des cas, ne montant qu'exceptionnellement jusqu'au tiers supérieur de l'omoplate. De plus, il a une ten-

1) Th. de Paris, 1900.

dance à rester localisé, soit dans la partie postérieure de la grande cavité, soit au niveau d'une scissure interlobaire ou encore dans le cul-de-sac diaphragmatique de la plèvre. Ces pleurésies se rapprochent des pleurésies rhumatismales par tous leurs caractères, et surtout par leur tendance à la guérison. Ces pleurésies finissent presque toujours, en effet, par disparaître; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles deviennent purulentes. Comme autre caractère saillant, il faut noter la mobilité des symptômes, leurs variations rapides.

Les signes fonctionnels ne mettent pas le médecin en éveil les malades ne se plaignent pas, le point de côté est souvent absent. Cette latence des symptômes fonctionnels explique que les pleurésies typhiques aient souvent été méconnues, d'autant qu'elles n'ont pas d'époque fixe dans leur apparition.

On peut, à ce point de vue diviser cette affection en plusieurs classes distinctes. Tout d'abord, il faut signaler une variété toute spéciale, le pleuro-typhus. C'est la pleurésie qui ouvre la série, la fièvre typhoïde ne vient qu'ensuite. Le pleuro-typhus est d'ailleurs une rareté. Les deux autres formes sont au contraire beaucoup plus fréquentes; la première apparaît dans le cours même de la dothiénentérie, la seconde au moment de la convalescence : on pourrait donc les désigner sous le nom de *para* et de *métatyphoïde*. Les pleurésies paratyphoïdes sont les plus rares des deux. Quant à la dernière variété, elle s'observe au moment de la défervescence à partir de la fin du troisième septénaire. La température est à la période de lysis ou même a déjà atteint la normale. Dans ces conditions, si on ne constatait pas l'existence, dans le liquide pleural, du bacille d'Eberth, on ne serait pas autorisé à porter le diagnostic ferme de pleurésie thyphoïde.

Quels sont les *caractères cliniques* de ces différentes variétés? Le pleuro-typhus étant partout bien décrit, nous ne l'étudierons pas ici. Il n'en est pas de même des pleurésies para et métatyphoïdes, qui sont encore assez peu connues. Le début des premières est insidieux; à peine note-t-on un peu de submatité à la base du côté atteint et quelques râles sont difficilement perceptibles. Cependant, dès ce moment, la ponction exploratrice permet souvent de reconnaître l'existence d'un léger exsudat. Les signes fonctionnels sont muets, la courbe thermique ne donne que peu de renseignements. En somme, si on n'ausculte pas attentivement tout le thorax, on peut très bien laisser échapper une pleurésie paratyphoïde.

Dans les pleurésies métatyphoïdes, le début est beaucoup plus net. Le malade accuse un point de côté très vif, augmenté par les mouvements respiratoires est par la pression, irradiant le long des côtés avec une intensité parfois remarquable. Il tousse un peu, crache, est essoufflé il se couche du côté malade, évitant tout mouvement par la crainte de la douleur que le moindre mouvement réveille. La température remonte à 38 ou 39 degrés, avec exacerbations nocturnes. L'appétit est diminué, il existe quelquefois de la céphalalgie et des vomissements.

A la période d'état, les symptômes sont identiques, qu'il s'agisse de pleurésie méta ou paratyphoïde à l'infection; un côté du thorax est plus ou moins complètement immobilisé, la respiration a pris le type costal supérieur, les espaces intercostaux sont légèrement saillants. A la palpation il y a diminution ou abolition des vibrations thoraciques. A la percussion, dans les cas types, il y a une matité très nette, dure, hydrique, remontant jusqu'à la limite supérieure de l'épanchement, cessant brusquement avec elle. En avant, et au sommet, il existe un peu de skodisme. L'espace de Traube présente sa sonorité normale, les pleurésies typhiques étant ordinairement des pleurésies à petit épanchement. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli ou même aboli au niveau de l'épanchement; au niveau de la partie supérieure du liquide, il existe un souffle qui présente les caractères habituels des souffles pleurétiques. L'égophonie la pectoriloquie, le signe du sou (Pitres) s'observent d'habitude : il n'en est pas de même du déplacement des organes qui manque presque toujours.

Les signes fonctionnels, réduits au minimum dans les pleurésies paratyphoïdes, sont très accentués dans l'autre variétés. La dyspnée et le point de côté sont constants. La toux est quinteuse, nocturne avec exacerbations matinales; l'expectoration est ordinairement peu abondante.

La *durée* de ces pleurésies est variable. Les unes sont terminées au bout d'une quinzaine; d'autres traînent jusqu'à six semaines. Mais, d'une façon générale, elles ont une évolution rapide et tendent naturellement à la guérison. Le passage à l'état chronique, la suppuration sont exceptionnels.

Multiples peuvent être les *formes cliniques* de la maladie. Les formes suivant les localisations sont d'autant plus importantes que dans la pleurésie typhoïde il existe une tendance marquée au cloisonnement et à l'enkystement. Le diagnostic de ces pleurésies localisées, toujours délicat quand il s'agit d'un kyste pseudo-pleural ou d'une pleurésie interlobaire, est assez facile dans les pleurésies diaphragmatiques, que caractérisent les signes habituels, dus à l'irritation du voisinage du diaphragme et du nerf phrénique.

Au point de vue de la nature du liquide, les pleurésies typhoïdes peuvent être séreuses, hémorragiques ou purulentes; mais ce qui les caractérise, c'est surtout leur tendance à devenir hémorragiques. Le liquide pleural hémorragique est plus fréquent que dans les pleurésies de n'importe quelle nature. Les pleurésies purulentes, les plus graves de toutes, peuvent être difficiles à diagnostiquer des pleurésies séreuses : l'œdème de la paroi est peu marqué, la fièvre manque le plus souvent; en réalité, il n'y a que deux signes de certitude : la ponction exploratrice et la vomique.

Le *diagnostic* des pleurésies typhoïdes est presque toujours délicat : il est possible, si l'on a soin de tenir compte des lésions pulmonaires précédentes, d'ausculter attentivement le malade, de pratiquer une ou plusieurs ponctions aspiratrices. Le *pronostic* de la dothiénentérie n'est pas sensiblement aggravé par l'apparition des différentes variétés de pleurésies typhoïdes. Quant au *traitement*, il n'offre rien de spécial, et l'on aura recours, suivant les cas, à la thoracentèse ou à la pleurotomie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(26 juillet 1901)

MM. Gilbert et Caussade rapportent un cas d'anurie survenu chez un malade atteint de pneumonie. La durée de cette anurie pneumonique fut de sept jours. L'urémie n'a apparu que dans les dernières heures; sous la forme d'un accès épileptique qui fut unique. L'autopsie et le microscope ont montré qu'il s'agissait d'une néphrite aiguë épithéliale et hémorragique généralisée, ayant déterminé une oblitération complète de tout le labyrinthe et de la plupart des voies d'excrétion. Les deux lobes inférieurs du poumon droit étaient atteints d'hépatisation en voie de résolution lé-

gitime ; ni dans les intestins, ni dans l'estomac, il n'y avait pas la moindre altération urémique, le foie était sain. Cette longue durée de l'anurie, l'apparition tardive des accidents urémiques, lorsqu'il n'y a eu aucune rémission ni aucune suppléance organique à l'émonctoire rénal, méritent d'être notées, d'autant que dans les observations d'anurie pneumonique recueillies dans la science, ces mêmes particularités ont été relevées. D'après les cas de M. Rendu, de Mommsen et de Kees l'anurie pneumonique a, en général, une durée relativement prolongée, variant entre quatre et sept jours, et les manifestations urémiques sont lentes à apparaître et le plus souvent sont atténuées et peu intenses.

Cette évolution est, en effet, bien différente de celle que nous observons dans les anuries calculeuse et scarlatineuse. Dans l'anurie calculeuse, la durée moyenne est de onze jours d'après Merklen et les accidents urémiques n'apparaissent qu'après environ un septenaire de tolérance absolue. L'anurie scarlatineuse, au contraire, ne se prolonge jamais au delà de quatre jours et peut même, comme dans les cas de Burkels et d'Hénoch, entraîner la mort en neuf heures et onze heures : de plus, les accidents urémiques sont précoces, ils sont intenses et marqués dès leur apparition. Quelle est donc la cause de ces différences cliniques?

Or, dans ces trois variétés d'anurie, il y a rétention des poisons organiques qui, normalement, doivent être éliminés par les urines ; dans l'anurie calculeuse cette intoxication intervient seule, mais il y a en plus, dans les anuries scarlatineuse et pneumonique, une toxi-infection produite par les poisons de la scarlatine ou par les toxines pneumococciques.

Les différences signalées entre ces deux dernières anuries résultent de la toxicité plus ou moins grande entre ces deux produits toxiques. Aussi pouvons-nous dire que, toutes choses égales d'ailleurs, dans l'anurie calculeuse aseptique, l'intoxication par rétention des produits organiques normaux existe seule ; dans l'anurie scarlatineuse, cette intoxication est renforcée par le ou les poisons scarlatineux très actifs ; dans l'anurie pneumonique, cette intoxication organique est augmentée à un degré moins intense par les toxines du pneumocoque.

Dans ce cas, les toxines étaient douées d'une faible toxicité, la survie, en effet, a été de sept jours et les accidents n'ont apparu que dans les dernières heures.

On sait que la paralysie faciale des nouveau-nés est, le plus souvent, le fait d'un traumatisme obstétrical, opératoire ou spontané ; cependant, il est aujourd'hui démontré qu'il existe des paralysies de la septième paire, qui se développent pendant la vie intra-utérine, sous l'influence d'un vice de développement de l'appareil nerveux et qui méritent seules le nom de paralysies congénitales.

MM. Marfan et Armand Delille, puis M. Comby en rapportent de très curieuses observations.

Dans le cas de MM. Marfan et Armand Delille, la paralysie faciale droite était complète, les sillons effacés, la bouche attirée de l'autre côté, l'œil grand ouvert et la cornée ulcérée. Ces signes coexistaient avec une agénésie de l'oreille, qui ne formait plus qu'une sorte de bourrelet en demi-cercle, sous lequel un petit orifice admettait un stylet sur une étendue de 1 centimètre et demi, sans qu'il y ait rien qui puisse faire supposer l'existence d'une caisse du tympan. L'enfant mourut par athrepsie, et à l'autopsie on a constaté l'absence du tronc du facial.

Les trois cas présentés par M. Comby semblent d'origine centrale, alors que le précédent paraît être d'origine pétreuse. Ces trois cas ont trait à des paralysies faciales congénitales, unilatérales et complètes, intéressant les deux branches du nerf.

MM. Widal et L. Le Sourd rapportent un cas de **zona métamérique du membre inférieur**, dans lequel l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a permis de déceler l'existence de lymphocytes, ce qui est un argument en faveur d'une altération médullaire, et dans lequel les injections épidurales de cocaïne, par la méthode de Sicard, ont amené chaque fois pendant un temps variable une sédation remarquable des douleurs.

MM. Achard, Lœper et Laubry communiquent le résumé clinique et bactériologique de dix-sept cas de zona. Huit fois seulement les cultures du liquide céphalo-rachidien ont été positives. L'examen des globules blancs, pratiqué seize fois, a été huit fois négatif.

On peut conclure de cette importante série de faits que ni la réaction leucocytaire, ni la présence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien ne sont constantes au cours du zona dit essentiel.

MM. Méry et Courcoux présentent une malade qui a eu, à deux reprises, des **crises de méningisme hystérique**. La ponction lombaire, faite pour assurer le diagnostic, a montré l'absence de toute réaction inflammatoire des méninges, mais en outre, elle a amené, d'une façon pour ainsi dire instantanée, la cessation des accidents de méningisme; et cela lors des deux crises.

MM. Hirtz et Salmon rapportent une observation de **dégénérescence amyloïde du rein chez un tuberculeux**.

M. E. de Massary présente un malade de trente-neuf ans, souffrant depuis un an d'une affection dont les principaux symptômes sont : d'une part, des douleurs pseudo-névralgiques dans les deux membres inférieurs, une atrophie considérable des muscles de ces régions, une diminution des réflexes du tendon rotulien, du tendon d'Achille, une suppression du réflexe cutané plantaire; d'autre part, une incontinence des urines et des matières fécales, une anesthésie des muqueuses de l'urètre et du rectum, une hypoesthésie du scrotum, du pénis et du périnée, une abolition des fonctions génitales.

De ces deux ordres de symptômes, les premiers éveillent l'hypothèse d'une **lésion intéressant les troisième, quatrième et cinquième racines lombaires et les première et deuxième racines sacrées**, les secondes affirment l'existence d'une **lésion, purement médullaire, siégeant sur le cône terminal**.

Or une lésion devant intéresser à la fois les racines énumérées et le cône terminal ne peut être qu'à la hauteur du corps de la deuxième vertèbre lombaire ; c'est donc à ce niveau que doit se trouver, selon toute vraisemblance, la lésion tenant sous sa dépendance la symptomatologie observée.

Quant à la nature de cette lésion elle est impossible à préciser; le malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux; il fit une chute sur le sacrum un mois avant le début des premiers symptômes, cet accident a dû jouer un rôle important.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, pratiqué par M. Carton interne du service de M. Troisier, ne donna que des résultats négatifs.

Un simple traitement médical, électricité, administration

de strychnine, pourra peut-être procurer une amélioration, sinon la question d'une intervention chirurgicale devra se poser.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1902 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 21 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, nº 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre 1901 jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Louis Rocher, aide d'anatomie, a obtenu, après concours, la médaille d'or de l'internat.

— Un concours pour une place de prosecteur sera ouvert le 24 août 1901, à dix heures du matin. Les inscriptions seront reçues jusqu'au lundi 19 août, à midi.

Lille. — La Faculté a désigné M. le professeur Baudry pour succéder à M. le professeur Combemale, à la chaire de clinique ophtalmologique.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — M. le docteur Georges Labeyrie est nommé chef de clinique chirurgicale.

Distinctions honorifiques. — Sont promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Clavier, médecin de la marine en retraite.

Au grade de chevalier : M. Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Bédart (de Lille), Paul Berger (de Paris), Du Cazal (de Clermont), Chrétien (de Poitiers), Colleville (de Reims), Curtis (de Lille), Dubreuilh (de Bordeaux), Estor (de Montpellier), Hervouët (de Nantes), Lamic (de Toulouse), Mandereau (de Besançon), Maurel (de Toulouse), Meunier (de Tours), Moreau (d'Alger), Nicolas (de Grenoble), Sigalas (de Bordeaux), Soulié (d'Alger), Topsent (de Rennes), Vautrin (de Nancy), Verne (de Grenoble), Vialleton (de Montpellier), Sockeel (de Douai), Vignes (de Tarbes).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Albarran (de Paris), Audry (de Toulouse), Benoît (de Paris), Billard (de Clermont), Bué (de Lille), Buffet-Delmas (de Poitiers), Bureau (de Nantes), Decamps (d'Amiens), Delbet (de Paris), Durand (de Lyon), Du Rozelle (d'Amiens), Emeri (de Limoges), Follet (de Rennes) Gagnière (de Montpellier), Gaudier (de Lille), Gervais de Rouville (de Montpellier), Guibert (de Lille), Guilhem (de Toulouse), Hébert (de Paris), Hobbs (de Bordeaux), Imbert (de Montpellier), Lambert (de Nancy), Le Dantec (de Bordeaux), Marfan, Ménétrier (de Paris), Morlot (de Dijon), Nicolle (de Rouen), Paviot (de Lyon), Poirier, Roger, Sébileau (de Paris), Suis (de Toulouse), Varnier (de Paris), Verdun (de Lille), Vigot (de Caen), Bergis (de Montauban), Gallerand (de Marseille).

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Poret, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le transport de troisième classe *Loiret*.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. — Le voyage d'études médicales de 1901 aura lieu du 1er au 12 septembre inclus. Il comprendra les stations du Dauphiné et de la Savoie, visitées dans l'ordre suivant : Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Evian.

Le V. E. M. de 1901 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, et celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest — est placé sous la direction scientifique de M. le docteur Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Uriage.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Évian, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

D'Uriage à Évian, prix à forfait : 300 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, bateau, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 88. — JEUDI 1er AOUT 1901. 74e ANNÉE JEUDI 1er AOUT 1901. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XIe session, tenue à Limoges, du 1er au 7 août 1901). Discours de M. G. Ballet, président; — Résumé des rapports par M. R. Cestan, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière : I. *Le délire aigu* (M. Carrier, rapporteur); II. *Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture* (M. Crocq, rapporteur); III. *Le personnel secondaire des asiles d'aliénés* (M. Taguet, rapporteur). — Intoxication grave par l'emploi d'une teinture servant a noircir les souliers, par M. Lop. — Séance de l'Académie de médecine. — Thèses. — Nouvelles.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(XIe SESSION, TENUE A LIMOGES, DU 1er AU 7 AOUT 1901)

SÉANCE D'OUVERTURE

Discours de M. Gilbert BALLET, président.

Monsieur le maire,

Je vous remercie, au nom du Congrès, de vos souhaits gracieux de bienvenue ; je remercie la ville de Limoges et sa municipalité du cordial accueil qui nous est fait ; je remercie le comité local d'organisation qui a préparé cet accueil et le Conseil général de la Haute-Vienne qui s'y est généreusement associé. Vous avez tenu à nous donner asile dans cet hôtel de ville somptueux dont vous avez de bonnes raisons d'être fiers : votre réception nous touche et votre hospitalité nous apparaît plus intime dans le cadre de votre « maison commune ».

Lorsqu'il y a deux ans, dans sa session de Marseille, le Congrès s'est empressé d'accepter l'invitation qu'on voulait bien lui adresser au nom de Limoges, il savait qu'il serait bien ici. Limoges est accueillante à tous ceux qui, hommes ou collectivités, se présentent à elle sous la bannière du progrès. Qu'il s'agisse du progrès économique, artistique ou scientifique, peu importe! Tous les progrès ne sont-ils pas solidaires les uns des autres?

Le président du Congrès se trouve cette année, pour dire ce qu'il pense de la ville qui nous reçoit, dans une situation un peu délicate. On ne manquerait pas de sourire s'il disait de Limoges trop de bien et personne ne lui tiendrait rigueur s'il se risquait à en dire un peu de mal : ce ne serait pas de la médisance, ce serait de la modestie.

Pourtant je n'en dirai point de mal. Et à ceux de nous qui, parcourant ce qui reste de vos vieilles rues, en remarqueraient plutôt l'aspect misérable que le cachet pittoresque, je serais tenté de rappeler qu'elles sont les derniers témoins de votre ancienneté et que cette ancienneté est peut-être pour quelque chose dans l'accueil empressé que vous faites aujourd'hui à un congrès scientifique.

Si vous êtes ville neuve avec le merveilleux essor industriel d'une cité très moderne, vous êtes aussi ville antique avec une histoire et des traditions qui vous ont fait une longue habitude de jeter parfois les regards au-dessus des contingences immédiates de la vie quotidienne : tradition d'art qui remonte, dit-on, jusqu'à saint Éloi, au temps de Dagobert, et qui, agrandie et transmise par les illustres émailleurs du XVIe siècle, s'est perpétuée jusqu'à notre époque ; tradition littéraire, dans ce pays où l'on garde le souvenir des premiers troubadours et où le parler régional est encore imprégné des vestiges de la poétique langue d'oc... J'en pourrais citer d'autres. Vous les avez symbolisées dans les quatre figures que des artistes de talent ont peintes sur la céramique au fronton de cette maison : Jourdan, la tradition du patriotisme; d'Aguesseau et Vergniaud, celles de l'éloquence et du civisme; Léonard Limosin, dont le nom évoque le souvenir de la plus brillante époque artistique en ce pays.

Et ce ne sont pas vos seuls grands hommes.

Monsieur le directeur de l'École de médecine,

Au nom de l'École de Limoges vous nous avez, vous aussi, souhaité la bienvenue. A vous aussi et aux maîtres au nom desquels vous avez parlé, merci! Nous voici en famille au milieu du corps médical d'élite qu'est celui de Limoges et dont vous avez été le porte-parole autorisé. Mon remerciement ne va pas sans une certaine émotion, dont vous m'excuserez de ne pas souligner les motifs qui m'imposent quelque discrétion. On ne m'en voudra pas, du moins, de rappeler que vous aussi vous êtes les continuateurs d'une tradition et qu'autour de vous plane le souvenir de Dupuytren, de Gay-Lussac et de Cruveilhier.

Mes chers collègues,

Le travail n'exclut ni la curiosité ni les distractions. A ce point de vue, le Limousin n'aura à vous offrir aucune des splendeurs auxquelles nos sessions précédentes vous ont accoutumés : vous ne trouverez ici, ni les séductions de la mer comme à La Rochelle et à Marseille, ni le spectacle attrayant d'un grand port ou d'un grand fleuve comme à Rouen, à Lyon et à Bordeaux, ni la montagne majestueuse et grandiose que Toulouse, à qui tout est possible, a trouvé moyen de vous montrer, bien qu'elle soit ville de plaine; vous n'aurez ici ni ce bijou qui s'appelle la place Stanislas, ni le voisinage, comme à Clermont, d'une délicieuse ville d'eaux, ni les châteaux enchanteurs que Blois et Angers ont étalés à nos regards émerveillés, mais vous trouverez à Limoges assez pour charmer vos yeux si vous n'êtes pas insensibles aux séductions des arts décoratifs et de la céramique et, si un soleil trop ardent vous porte à regretter qu'il n'y ait pas sur les boulevards plus d'ombrage, vous serez dédommagés, je l'espère, dans nos excursions, par les charmes d'une nature douce et reposante. Vous trouverez dans ce coin du plateau central qu'est le haut Limousin, des collines d'où le regard s'étend agréablement au loin, des vallées fraîches et vertes où vous serez à l'aise et dont la prétention sera moins de provoquer chez vous l'admiration que le désir en les quittant de venir les revoir.

Notre Congrès inaugure aujourd'hui sa XI[e] session. Son passé est assez ancien pour que nous soyons, dès maintenant, en droit de nous demander s'il a répondu aux espérances qu'avaient conçues ceux qui ont eu la pensée de l'instituer. Il ne me semble pas que la réponse puisse être douteuse. A ceux qu'un scepticisme facile porte à nier l'utilité des congrès il suffirait, pour montrer les avantages et le rôle du nôtre, de présenter les volumes de nos comptes rendus : je ne crois pas que parmi les réunions analogues, françaises ou étrangères, il s'en trouve de plus active ni de plus vivace. Il n'en pouvait être autrement. Ce Congrès répond, en effet, à un besoin très réel en donnant à ceux qui, dans les pays de langue française, s'intéressent à l'une des branches de la médecine qui ont le plus progressé à notre époque, le moyen de se réunir périodiquement pour échanger leurs idées sur les questions à l'ordre du jour; il donne en outre satisfaction à une très heureuse tendance de l'heure présente : la tendance à la décentralisation. S'il m'est permis d'émettre un regret c'est que quelques-uns de ceux pour qui il semble avoir été plus spécialement organisé, n'en soient pas toujours des membres assidus. A ces tirailleurs isolés on a voulu fournir le moyen de rallier de temps en temps le gros de la troupe ; s'il en est qui semblent ne pas se le rappeler assez, j'aime à croire qu'on ne sera pas en droit de leur appliquer les paroles du Koran : « Sourds, muets, aveugles, ils ne se convertiront pas. » Je préfère espérer, suivant la promesse de l'Évangile, que les aveugles verront, que les sourds entendront nos appels, que les muets se décideront à parler.

Parmi les avantages de ce Congrès, il en est un sur lequel, après plusieurs de mes prédécesseurs, il me semble bon de m'arrêter. Grâce à l'heureuse initiative prise à La Rochelle, notre réunion est la première où les aliénistes et les neurologistes français se soient habitués à fusionner. Elle a ainsi consacré dans la pratique une alliance qu'on était surpris de ne pas voir plus intime, que la logique commandait, et dont la section de neurologie du Congrès international de médecine de 1900 a proclamé la légitimité, par un vote qui marque une date, la date d'une évolution. Plusieurs fois vous avez tenu vous-mêmes à affirmer, par le choix de vos présidents, la nécessité de cette union, et ce souvenir me rend moins embarrassé pour démêler les motifs qui m'ont valu l'honneur, dont j'ai été profondément touché, d'être appelé aujourd'hui à diriger vos discussions.

On a médit, et non toujours sans raison, de la spécialisation ; que n'aurait-on pas le droit de dire de la spécialisation dans la spécialité? Elle est légitime, dans une certaine mesure, car elle facilite les études minutieuses qui rendent possible la récolte des faits, mais n'oublions pas, comme l'a dit justement Renan, que « les spécialités n'ont de sens qu'en vue des généralités ».

Messieurs, c'est avec une profonde satisfaction qu'au début de ce nouveau siècle, les aliénistes et les neurologistes réunis peuvent jeter un regard en arrière et mesurer l'étendue des progrès réalisés, au siècle dernier, par la pathologie du système nerveux. Le bilan de ces progrès à été dressé trop magistralement l'an passé, au Congrès international, par les présidents des sections de neurologie et de psychiatrie, pour que je me hasarde à vous le présenter de nouveau. Laissez-moi du moins vous rappeler que, parmi les causes du mouvement remarquable qui a si largement accru le champ de nos connaissances, et auquel notre pays a pris, avec les noms que vous savez, une part incontestablement prépondérante, il en est deux dont l'influence semble avoir été dominante : plus de rigueur dans la méthode, plus de précision et de délicatesse dans la technique. La technique c'est l'outil, la méthode c'est l'ensemble des règles qui nous guident dans le maniement de cet outil.

Plus que toute autre, la pathologie mentale a eu à pâtir, dans son développement, des vices de méthode, qui étaient à la fois des vices de doctrine. Est-il surprenant que l'étude des maladies de « l'esprit » se soit ressentie des idées qu'une métaphysique conventionnelle avait répandues sur la nature de « l'esprit »? Comme l'a dit Bacon, nous ne recevons pas avec sincérité la lumière des choses, nous nous faisons une science à notre goût, « car la vérité que l'homme reçoit le plus volontiers c'est celle qu'il désire. » Et longtemps, il faut bien le dire, l'homme semble avoir désiré ne pas voir clair. Considérer les fonctions intellectuelles comme aussi étroitement dépendantes de leur organe que le sont celles du cœur ou du foie, n'était-ce pas les ravaler? N'y voir que le résultat du perfectionnement continu et de l'évolution progressive d'aptitudes organiques qui existent déjà à l'état élémentaire chez l'actinie et le lombric, n'était-ce pas se laisser aveugler par une étroite conception matérialiste des plus nobles facultés? Or si l'intelligence était autre chose qu'une fonction organique vulgaire, ses maladies ne pouvaient être des maladies comme les autres. On sait à quelles pratiques conduisit ce parti pris à peu près général d'ennoblir l'esprit et ses affections : à sanctifier les aliénés d'abord, à les brûler ensuite, plus près de nous à les traiter comme de simples malfaiteurs.

Ces tristes temps ne sont plus. L'observation clinique, mieux disciplinée et plus complètement soustraite aux « préjugés chéris » dont parle l'auteur du *Novum organum*, plus tard la méthode anatomo-clinique ont ramené pour toujours, dans la voie qu'avaient entrevue quelques précurseurs de génie, la pathologie du cerveau. Proclamons comme une des grandes conquêtes réalisées pas à pas au dernier siècle, l'émancipation définitive des études qui concernent « l'esprit », ses fonctions et ses maladies. Elles n'ont plus rien de commun avec la métaphysique.

Ce travail graduel d'émancipation a été puissamment secondé par les progrès de la technique. Si nos prédécesseurs et nos contemporains ont vu plus de choses que nos aînés, ce n'est pas seulement parce qu'ils ont su mieux gouverner leur intelligence, c'est parce qu'ils ont été mieux outillés pour voir. Le jour où Hannover, il y a de cela soixante ans, eut l'idée de placer dans une solution d'acide chromique un fragment de tissu nerveux afin de le durcir et d'y pouvoir

pratiquer des coupes fines, il a fait plus pour la pathologie du cerveau et de la moelle que n'eussent pu faire le génie philosophique et les plus ingénieuses spéculations d'un Platon, d'un Descartes ou d'un Leibnitz. N'avons-nous pas vu dans ces derniers temps les résultats nouveaux et vraiment remarquables qu'ont donnés les études histologiques, grâce à la découverte d'apparence bien modeste qui nous a montré que les cellules d'un fragment de tissu nerveux, durci dans l'alcool à 96 degrés, se colorent d'une façon particulièrement délicate par les couleurs d'aniline? Reconnaissons tout ce que nous devons à ces perfectionnements de la technique, j'entends aussi bien la technique clinique et expérimentale que la technique histologique. Ils sont eux aussi l'une des caractéristiques de la seconde moitié du dernier siècle; ils ont contribué à démontrer la vérité de ce qu'avait dit Claude Bernard, que « dans les sciences expérimentales en évolution, et particulièrement dans celles qui sont aussi complexes que la biologie, la découverte d'un nouvel instrument d'observation ou d'expérimentation rend beaucoup plus de services que beaucoup de dissertations systématiques ou philosophiques ».

Mais laissons là le passé et permettez-moi, en ce premier Congrès du siècle, de jeter un coup d'œil, peut-être un peu téméraire, sur l'avenir. Certes, chercher à prédire la voie où s'engagera demain la science, est plutôt un passe-temps de chroniqueur qu'une préoccupation de savant : les événements et l'histoire qui les relate, se chargent de nous montrer la puérilité et l'impuissance de ces tentatives divinatoires. Au moins peut-on s'aventurer à prévoir les résultats des tendances et des efforts qui d'ores et déjà s'affirment.

Si je ne m'abuse, la tâche du siècle où nous entrons, sera l'utilisation pratique des notions que nos devanciers et nos contemporains ont receuillies depuis moins de cent ans, et dont beaucoup, il faut bien le dire, sont jusqu'à présent restées stériles en applications.

Certes, je ne veux point dire que le système nerveux nous ait déjà livré tous ses secrets. N'y a-t-il pas dans l'écorce du cerveau des territoires entiers dont nous ignorons encore les fonctions? Et sommes-nous complètement éclairés sur les connexions et le rôle des ganglions centraux et de toutes les parties du mésencéphale? Savons-nous seulement par quel mécanisme intime le courant centripète se transforme dans les neurônes en courant centrifuge, et n'est-ce pas là pourtant le phénomène le plus élémentaire, par conséquent le plus général, de la physiologie du système nerveux? Si nous connaissons, grâce aux efforts réunis de l'expérimentation et de la clinique, la part que prennent les intoxications et les infections dans la genèse de la plupart des myélites, de beaucoup de délires ou d'états de confusion mentale, n'ignorons-nous pas encore quelle est, par exemple, la cause de la sclérose en plaques? Et si nous sommes fixés sur le rôle capital que jouent en pathologie nerveuse l'hérédité et la prédisposition, avons-nous dégagé avec une suffisante précision les lois de la première, et sommes-nous arrivés à déterminer la nature de la seconde? Sur ce dernier point, il ne me semble pas que nous ayons le droit de nous tenir pour satisfaits du peu que nous savons. Se borner à opposer la prédisposition, cette explication complaisante, à l'infection et à l'intoxication, c'est-à-dire la cause originelle aux causes accidentelles des affections du névraxe, c'est, ce me semble, se laisser prendre au mirage d'un contraste plus apparent que réel. Cette prédisposition qui rend compte de tant de troubles, n'est-elle pas elle-même, le plus souvent, comme le montrent la clinique et l'expérimentation, le résultat d'une intoxication ou d'une infection, quelquefois chez le sujet qui la présente, plus fréquemment chez ses ascendants? En tous cas, à la notion empirique que nous en avons, ne se substituera une notion véritablement scientifique, que le jour où nous serons arrivés à préciser les conditions ou morphologiques ou histo-chimiques, et peut-être à la fois histo-chimiques et morphologiques qui la constituent.

Aux efforts des travailleurs le fonds n'est pas près de manquer, et le champ reste large pour ceux dont la principale préoccupation est la recherche de la vérité pour la vérité. Ce n'est pas ici qu'il est nécessaire de montrer qu'il n'y a pas de découverte inutile. Les esprits superficiels ont pu douter qu'il fit œuvre pratique l'observateur génial qu'on vit, il y a quelque cinquante ans, parcourant les hôpitaux, sa boîte électrique à la main, et fixant les caractères symptomatiques d'une affection, en présence de laquelle notre impuissance thérapeutique devait apparaître d'autant plus éclatante que sa phénoménologie allait devenir mieux connue. Et quelle utilité pouvait-il y avoir à ce que des anatomo-pathologistes de talent vinssent préciser avec minutie la nature et le siège de lésions que nous sommes restés incapables d'arrêter dans leur évolution progressive? N'avaient-ils pas fait œuvre vaine, eux aussi, ceux qui, à Charenton, s'étaient attachés à mettre en relief les symptômes d'une lésion nouvelle du cerveau, sur laquelle pendant cinquante ans, les histologistes, à l'horizon circonscrit et borné, allaient s'user les yeux et dépenser des trésors de patience et de labeur pour découvrir, plaisante préoccupation, si l'altération débute par la névroglie, par les cellules ou par les vaisseaux? A quoi bon tant d'efforts que devait couronner un échec thérapeutique si lamentable et si humiliant?

Mais voici que bientôt ces efforts de curieux, presque de dilettantes, vont avoir un résultat inattendu. La connaissance des symptômes et des lésions va conduire à celle des causes : ici encore une infection se révèle, comme l'élément étiologique, unique et spécifique, au dire des uns, prépondérant en tous cas, au dire de tous. Et dès lors, le tabes et la paralysie générale vont nous apparaître, sinon comme des affections curables, au moins comme des affections évitables. Évitable le tabes! qui encombre les consultations et les services spéciaux de nos hôpitaux! Évitable la paralysie générale! qui contribue si puissamment à peupler les asiles, surtout les asiles urbains! Évitables ces deux fléaux qui anéantissent tant de valeurs intellectuelles en pleine production! N'oublions pas que la ligue qui vient de se former, sous de puissants patronages, pour rechercher les moyens d'empêcher la propagation de l'infection, n'aurait pas eu l'occasion de se constituer si, dans une salle d'hôpital ou d'asile, ou au fond d'un laboratoire, des chercheurs désintéressés ne s'étaient appliqués à regarder avec le seul souci de voir ce que Chevreul appelait la vérité vraie.

Souhaitons à la ligue dont je viens de parler longue vie, et efficace activité. Elle s'inspire des tendances qui marquent l'aurore du nouveau siècle. Si l'on pouvait espérer qu'elle aboutît, la pathologie du système nerveux s'en trouverait du coup décapitée.

Une autre ligue est déjà à l'œuvre. Les aliénistes en ont été les promoteurs, au moins les promoteurs les plus actifs, et déjà ils voient s'associer à leurs efforts de nombreuses bonnes volontés. Des divers points de l'horizon accourent, pour prendre part à la campagne, de nouvelles recrues. Si les savants ont poussé les premiers le cri d'alarme, ceux que le danger menace le plus ne sont pas loin de l'entendre et de l'écouter. Parler dans un Congrès de médecine mentale du péril alcoolique, c'est s'exposer au reproche de rééditer un lieu commun. Lieu commun! soit. Mais notre devoir n'est-il pas, suivant un mot connu, de redire toujours la même chose tant que ce sera toujours la même chose? Jusqu'à ce que Carthage ait été détruite nous ferons entendre nos protestations et nos plaintes. Certes, les causes

de dégénérescence et d'abatardissement qui guettent notre pauvre espèce sont nombreuses; mais il en est qui, semblables aux lichens et aux mousses, s'attaquent aux éléments vieillis et à demi usés. La goutte, le diabète et toutes les affections de même famille, dont on a pu dire avec raison qu'elles étaient la rançon de la supériorité sociale, jouent leur rôle, j'allais dire ont leur utilité dans ce mouvement d'évolution continue, en vertu duquel les couches supérieures se renouvellent sans cesse, empruntant aux couches sous-jacentes les éléments de leur perpétuelle rénovation. Mais que dire de l'alcoolisme qui sévit aux sources de rajeunissement de notre espèce, qui mine et vicie nos réserves! Ce n'est pas ici qu'il serait utile de rappeler qu'il est un des plus redoutables parmi les fléaux dont l'Europe a eu à pâtir. De divers côtés, on paraît aujourd'hui le comprendre. Je ne crois pas que la ligue de ceux qui pensent avoir intérêt à maintenir et à propager le mal, soit longtemps la plus forte, et j'entrevois le moment où les pouvoirs de l'État pourront protéger l'intérêt public sans avoir besoin de déployer d'héroïsme contre ce qu'on appelle l'opinion publique. C'est le cas de rappeler le mot de Gœthe : « On ne meurt que quand on le veut bien. » Persévérons dans nos efforts pour ne pas mourir et continuons à faire contre l'alcoolisme la campagne que, d'autre part et par des moyens appropriés, on mène si ardemment contre la tuberculose.

Ne nous le dissimulons pas : contre les lésions constituées, qu'elles soient congénitales ou acquises, nous pouvons peu de chose; d'habitude en atténuer tout au plus les conséquences et en pallier les fâcheux effets. Si notre thérapeutique est défectueuse, orientons-nous le plus possible vers la prophylaxie. La prophylaxie d'une affection suppose la connaissance des conditions de sa genèse; n'a-t-on pas dit que « connaître véritablement, c'est connaître par les causes »? Mais les recherches dont nous avons été presque les témoins ne nous ont-elles pas révélé l'influence d'un grand nombre de ces dernières? Il en est ainsi du moins de celle qu'on a appelée la cause des causes.

Je ne pense pas que les nations modernes veuillent imiter Sparte; et ce n'est pas aux pouvoirs publics que nous avons à demander les moyens, au moins les moyens directs, de prévenir l'influence néfaste de l'hérédité défectueuse. Ne nous berçons pas, d'ailleurs, de l'illusion de la voir disparaître. Mais n'avons-nous pas le droit d'espérer que la vulgarisation du péril et les conseils privés puissent, en ce qui la concerne, avoir de sensibles résultats? Ne perdons pas de vue, en tout cas, que ces conseils ne peuvent avoir d'autorité qu'à la condition de s'inspirer des notions précises et bien établies. Pour avoir chance de prévenir le danger là où il est, sachons éviter avec résolution de le signaler là où il n'est pas. N'oublions pas qu'il y a des affections du système nerveux accidentelles et que rien ne prouve qu'elles entachent le produit de la conception quand elles succèdent à celle-ci. N'est-il pas à la fois périlleux et téméraire, par exemple, de jeter l'anathème en bloc, un anathème, que personnellement, je crois injustifié, sur les descendants d'ataxiques, de paralytiques généraux, d'hémiplégiques par lésions circonscrites?

Je n'ignore pas qu'en intervenant pour entraver les effets fâcheux de l'hérédité pathologique, nous semblons seconder les tendances de la nature qui sacrifie résolument les intérêts de l'individu à ceux de l'espèce, et que le rôle de la civilisation est, au contraire, de défendre l'individu contre les conséquences terribles pour le faible du *struggle for life*. Mais notre sollicitude pour l'infirmité ne peut pas aller jusqu'à l'aider à se reproduire et à se perpétuer.

Messieurs, si les réflexions que je me suis permis de vous soumettre sont exactes, on est en droit de dire que la tendance du siècle qui s'ouvre sera d'envisager, comme le conseille Maudsley, la pathologie du système nerveux, en particulier la pathologie mentale, du point de vue social. Pour ma part, je vois son rôle grandissant, je la vois achevant d'expliquer des phénomènes psychologiques qu'une éducation insuffisante, et dès longtemps viciée par les conceptions de l'ontologie, nous avait fait envisager d'un point de vue inexact; je vois à côté de la psychologie des foules qui est en train de se constituer, se dégager déjà une pathologie dont les gouvernants devront faire leur profit, de cet être complexe qui est autre chose qu'un agglomérat d'unités, qui a son individualité propre, ses émotions particulières, ses réactions spéciales, ses obsessions bien à lui et ses impulsions vraiment morbides; j'entrevois les résultats nouveaux de cette science mieux établie ou au moins d'une application mieux réglée, qui s'appelle la statistique, nous montrant avec plus de précision la transformation et les évolutions de la pathologie. Ces types que nous voyons aujourd'hui sont-ils ceux qui existaient aux siècles passés? Je n'en suis pas certain; sans doute si nous reconnaissons des scléroses spinales, des encéphalites diffuses que ne diagnostiquaient pas nos aînés, c'est parce que nous avons appris à les voir. Mais n'est-ce pas aussi parce qu'elles ont augmenté de fréquence et peut-être changé de physionomie et d'allures?

J'entrevois enfin (que les magistrats qui nous font l'honneur d'assister à cette séance excusent cette hardiesse), j'entrevois la pathologie mentale contribuant, de concert avec l'anthropologie criminelle, à modifier d'une façon radicale les assises de notre droit pénal; je vois la notion de nocuité se substituer à celle de culpabilité et la société, renonçant à punir, ne se préoccupant plus que de se défendre.

Notre pays prendra-t-il à cette œuvre la part prépondérante qui a été la sienne au siècle dernier? Souhaitons-le, sans oublier que le mouvement créé par les grands initiateurs qui s'appellent Pinel, Esquirol, Morel, Duchenne, Charcot, s'est propagé partout et que la neuro-pathologie ne peut pas plus rester une science française que la microbiologie de Pasteur. Ne nous en plaignons pas d'ailleurs : plus les efforts seront nombreux, plus riche sera la moisson, et la moisson aujourd'hui profite à tous, car le rêve de Leibnitz est réalisé : « Les savants sont unis à travers le monde. »

Tâchons en tous cas de contribuer avec honneur à la tâche commune. Apportons-y, si possible, les qualités et les dispositions d'esprit qui ont fait, sinon toujours notre force matérielle, au moins notre prestige. Sachons rester fidèles aux destinées que l'histoire nous a faites; que le légitime souci de notre prééminence ne nous porte jamais à négliger celui du progrès général. Ne perdons pas de vue que, si l'on peut être un peuple puissant quand on conquiert des territoires et quand on couvre le monde des produits de son industrie et de son négoce, on n'est vraiment un grand peuple qu'autant qu'on contribue à activer la marche du monde moral dans la voie de sa continuelle évolution.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Par M. R. Cestan, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

PREMIÈRE QUESTION

Le délire aigu.

M. Carrier (de Lyon), rapporteur.

Primitif ou secondaire, survenant chez les prédisposés héréditaires nerveux ou mentaux, occasionné par des excès intellectuels ou physiques ou par des commotions morales profondes, le délire aigu s'annonce par une période prodro-

mique plus ou moins longue avec anorexie, fièvre, céphalées, agitation nocturne, insomnie, hallucinations, irritation morale. Bientôt se déclare la période d'état. Dès lors, le délire offre le type du délire maniaque avec confusion mentale, défaut d'association des idées, perte de conscience plus ou moins absolue, délire d'action avec plaintes et gestes irraisonnés. Le malade a des hallucinations sensorielles surtout visuelles, le plus souvent terrifiantes, il est atteint d'une hyperesthésie sensorielle très prononcée, atteignant tous les sens ; ainsi le malade mélange à ces hallucinations les bruits réels. De là, un mélange incompréhensible, c'est le délire du rêve de Lasègue, le délire onirique de Régis. Avec ce syndrome mental de confusion mentale hallucinatoire, on observe des signes de toxi-infection. La fièvre est toujours très élevée, rémittente, à oscillations de 1 degré, pouvant atteindre le soir 40 degrés, présentant rarement le type inverse. Le pouls est petit, rapide, et cette tachycardie peut dépendre d'une part de l'état infectieux, d'autre part, de l'action de la toxi-infection soit sur les centres bulbaires, soit sur le pneumogastrique ; elle ne paraît pas relever d'une myocardite. La sitiophobie est un signe important expliqué par les troubles gastriques de l'état infectieux, peut-être aussi par l'hyperexcitabilité musculaire (Kraft-Ebing). La constipation est habituelle, le ventre est rétracté en bateau. Les urines sont rares, fortement colorées, parfois albumineuses. En somme, il existe un cortège de symptômes d'ordre infectieux qui dénotent souvent l'insuffisance hépato-rénale.

Si, au bout de huit à dix jours, les phénomènes morbides ne s'atténuent pas, le malade tombe dans le collapsus, la stupeur avec apparition de troubles trophiques et meurt dans un coma hyperthermique, soit au bout de quelques heures, soit au bout de deux ou trois jours.

Rarement, la terminaison est favorable, dans ce cas, le malade revient peu à peu à l'état normal par une série de rémissions de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues, en même temps que l'état infectieux s'améliore, avec, parfois même, une véritable crise urinaire.

Cependant après la guérison des troubles généraux, on peut voir soit persister quelques troubles mentaux légers, soit survenir une vésanie maniaque mélancolique, dont le délire aigu n'a été que le prélude.

Il existe donc, en somme, deux formes de délire : la plus fréquente, le délire aigu grave, rapidement mortel, la plus rare, le délire curable. Le même pronostic doit être appliqué au délire aigu survenant au cours d'une vésanie.

On ne saurait distinguer le délire du delirium tremens, car ce dernier est un délire aigu type de nature alcoolique. Dans les états maniaques, on note l'absence de fièvre, des troubles gastriques et des phénomènes de dénutrition rapide qui sont si saillants dans le délire aigu. On doit distinguer aussi de ce dernier les délires initiaux de la fièvre typhoïde, diagnostic souvent délicat qui reposera sur l'absence de la sitiophobie dans la fièvre typhoïde, sur la courbe thermique, sur le séro-diagnostic de Widal. On a cependant soutenu que toute maladie infectieuse comme la fièvre typhoïde, la grippe, pouvait donner naissance au délire aigu, mais cette affirmation est encore contestable, car le délire aigu n'est pas la forme psychopathique habituelle qu'offrent les troubles mentaux dans la dothiénentérie.

L'anatomie pathologique a bénéficié des méthodes modernes. Schüle distinguait les variétés suivant qu'il existait dans le cerveau de l'œdème, de la congestion, de l'anémie ; Calmeil avait noté une teinte hortensia de l'écorce cérébrale, mais le premier travail important est celui de Cristiani dont les recherches ont été depuis contrôlées par Ballet, Faure, etc. Par la méthode de Nissl, on constate une chromatolyse intense des cellules de la corticalité cérébrale avec gonflement du corps cellulaire, migration et hernie du noyau, décoloration de la cellule réduite ainsi à un bloc pigmentaire. Ces lésions sont au maximum dans les lobes frontaux. Les vaisseaux sont congestionnés, mais non rompus. Dans l'espace péri-cellulaire des cellules corticales, on voit un certain nombre de cellules rondes qui, parfois même, pénètrent dans la cellule nerveuse en voie de chromatolyse. Les fibres à myéline sont en voie de dégénérescence. Des lésions semblables existaient mais d'intensité moindre dans la moelle épinière, les nerfs périphériques et le bulbe. On peut croire qu'à l'excitation maniaque correspond une phase d'irritation de la cellule corticale, à la période de stupeur, la phase de destruction. Mais non seulement, on constate des altérations de tout l'axe cérébro-spinal, on peut observer aussi des lésions d'endocardite infectieuse, des dégénérescences du foie et du rein (Cappelletti), lésions qui nous prouvent que le délire aigu est une maladie générale, à altérations prédominantes du côté du système nerveux.

Dès 1881, Briand signale la présence de microorganismes dans l'urine extraite par la sonde de la vessie d'un malade. Apparaît, dès lors, une période où sont publiés des cas de délire aigu avec résultats bactériologiques positifs par ensemencement du sang avant ou après la mort, en 1884, par Rezzonico ; en 1887, par Spitzka ; enfin, en 1873, par Bianchi et Piccinino qui décrivent même un microorganisme spécial.

En 1894, dans un nouveau mémoire, ces auteurs admettent qu'on ne trouve pas, dans tous les cas de délire aigu, le bacille qu'ils ont décrit, car ils ont plusieurs fois constaté d'autres microbes (staphylocoque, streptocoque) ; mais leur microbe détermine une forme spéciale de délire aigu, le delirio acuto bacillare, caractérisé par une grande intensité des phénomènes morbides, par la phase adynamique qui succède promptement à la phase d'excitation, par la rapidité de son évolution et par l'issue fatale.

Mais bientôt des faits négatifs sont publiés ; d'autre part, si l'on rencontre par ensemencement du sang après la mort ou même avant la mort, des microbes tels que le staphylocoque, le bacterium coli, on sait très bien que ces microbes peuvent pénétrer dans la circulation sanguine après la mort ou se rencontrer chez des personnes qui n'ont jamais présenté un délire aigu, de telle sorte qu'on ne saurait attribuer à leur présence l'éclosion de ce trouble mental (Ceni, Cabitto, Cappelletti). Mais en 1889, Bianchi et Piccinino ont cependant maintenu leur première affirmation, à savoir qu'ils n'ont observé aucun cas de délire aigu mortel sans leur bacille, tandis qu'ils ont rencontré le streptocoque et le staphylocoque dans les cas moins graves, et que, par suite, il existe une forme coccique du délire aigu outre la forme bacillaire. On doit conclure de ces faits contradictoires que le délire aigu est d'ordre toxi-infectieux et peut-être ce pronostic est-il réglé par la variabilité des agents microbiens, car on ne doit pas accepter l'opinion de ceux qui, retrouvant ces microbes dans le délire aigu, les considèrent comme des hôtes introduits accidentellement dans le torrent de la circulation et ne leur donnent pas la signification pathogénique à laquelle ils peuvent avoir droit.

Le délire aigu est une toxi-infection. Le terrain devra être préparé par une prédisposition héréditaire ou acquise, nerveuse et mentale, par des fatigues physiques, le surmenage intellectuel, les émotions morales, les traumatismes et les maladies, les états fébriles infectieux. L'âge et le sexe ne donnent lieu à aucune considération spéciale. La cause déterminante sera dès lors une toxi-infection, mais le problème pathogénique devient complexe et encore très obscur, car il est difficile de démêler ce qui appartient à une infection primitive ou secondaire, à l'intoxication exogène et à l'auto-intoxication par l'insuffisance hépato-rénale. Cette notion de l'origine toxi-infectieuse du délire aigu indique la thérapeutique à suivre : on devra le traiter comme une ma-

ladie infectieuse par la désinfection intestinale, le régime lacté et les bains froids.

En résumé, le délire aigu est un syndrome, et non une entité morbide, il dépend de l'action de toxi-infection sur l'organisme entier mais avec prédominance des lésions sur le cerveau; des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

DEUXIÈME QUESTION

Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture.

M. Crocq (de Bruxelles), rapporteur.

1° Le tonus musculaire. — Le tonus musculaire est fonction, d'une part, du tissu musculaire lui-même, d'autre part, de l'excitation permanente provenant des centres nerveux. Cette action des centres nerveux a été différemment interprétée et, d'ailleurs, la même théorie a été généralement appliquée au tonus, aux réflexes et à la contracture.

Pour Vulpian, Charcot, Brissaud, etc., le tonus d'un segment de membre n'a besoin que de l'intégrité de l'étage médullaire correspondant (neurone ganglionnaire rachidien, neurone moteur de la corne antérieure du même étage). Cette théorie est admissible chez la grenouille, car chez elle la section de la moelle centrale n'abolit pas le tonus et les réflexes des membres inférieurs.

Pour Anton, Marie, le tonus est un phénomène purement médullaire, du à l'excitation de la corne antérieure par les impressions venues par les racines postérieures, mais le faisceau pyramidal exerce une action d'arrêt. Cette théorie n'explique pas les paraplégies flasques qui surviennent chez l'homme après la section totale de la moelle cervico-dorsale.

Pour Bastian, Jackson, le tonus est produit par deux actions antagonistes : l'une inhibitive, provenant du cerveau, l'autre excitatrice, provenant du cervelet.

Mais les lésions de l'écorce cérébrale ne provoquent pas toujours l'hypertonie et surtout les lésions cérébelleuses provoquent parfois de l'hypertonie; le cervelet ne peut donc être le centre excitateur.

Ces diverses théories ne s'accordent ni avec les faits expérimentaux, ni avec les faits cliniques. L'expérimentation montre que, tandis qu'une section complète de la moelle ne modifie pas le tonus musculaire chez la grenouille, au contraire, chez le chien et le lapin, elle diminue le tonus qui peut reprendre cependant, au bout de plusieurs jours, son intensité primitive; chez le singe elle le supprime pendant plusieurs semaines; enfin, on sait qu'une section complète de la moelle cervicale détermine, chez l'homme, une paraplégie d'emblée et toujours flasque (Bastian, Bruns, Van Gehuchten). On voit donc que le tonus musculaire passe par des voies de plus en plus longues à mesure que l'on s'élève dans la série animale ; à siège uniquement médullaire chez la grenouille, à siège à la fois médullaire et mésocéphalique avec possibilité de suppléance du mésocéphale par la moelle chez le chien et le lapin, il devient enfin à siège cortical chez le singe et chez l'homme. Le tonus musculaire se produit donc chez l'homme adulte uniquement par les voies longues. Au contraire, le tonus des sphincters se produit par des voies courtes purement médullaires, une section complète de la moelle déterminera ainsi une hypertonicité permanente des sphincters. Mais chez l'enfant, le faisceau pyramidal n'existe pas encore fonctionnellement; par suite chez lui, le tonus se produit comme chez les vertébrés inférieurs par les voies courtes; puis, à mesure que les fibres pyramidales ont acquis leurs fonctions, les centres moteurs médullaires perdent leur autonomie et sont asservis par l'écorce cérébrale.

On peut établir les lois suivantes : 1° l'excitation d'un muscle volontaire produit l'inhibition du tonus de son muscle antagoniste (Sherrington) et *vice versa*; 2° la destruction complète des neurones moteurs centraux (faisceau pyramidal) ou périphériques, ou de leurs prolongements cylindraxiles provoque l'atonie des muscles correspondants; 3° leur destruction partielle provoque l'hypotonie; 4° leur excitation par des altérations péri-cellulaires ou péri-cylindraxiles donne lieu à de l'hypertonie.

Ces lois s'appliquent à tous les faits cliniques. Dans les *névrites périphériques*, on observe l'hypotonie et parfois l'hypertonie, soit à cause des altérations péricylindraxiles, soit à cause de l'hypotonie des muscles antagonistes ; les mêmes faits se retrouvent dans les *poliomyélites* et les *polioencéphalites*. Dans le *tabes*, le *scléroses combinées tabétiformes*, la *maladie de Friedreich*, l'hypotonie tient à la lésion du neurone périphérique centripète. L'irritation du cylindraxe explique l'hypertonie de la *sclérose en plaques*. Dans le *tabes dorsal spasmodique*, l'hypertonie est due à l'irritation constante des fibres pyramidales qui provoque l'érétisme des cellules corticales; cette maladie est, en effet, constituée non par la dégénérescence primitive des fibres pyramidales, mais bien par la gêne apportée dans leur fonctionnement, par les lésions interstitielles ou de voisinage qui les compriment. La même cause explique l'hypertonie de la *sclérose latérale amyotrophique*. La *compression médullaire* de la région cervicale détermine, soit de l'hypertonie si les faisceaux pyramidaux sont irrités, soit de l'hypotonie, si ces faisceaux sont détruits ou inhibés. L'*hémiplégie cérébrale organique* s'accompagne soit d'hypotonie, si l'écorce cérébrale ou la voie pyramidale est complètement détruite, soit d'hypertonie, si ces parties sont excitées.

Quant aux *états pseudo-spasmodiques infantiles*, caractérisés soit par l'absence, soit par le retard du développement du faisceau pyramidal, et qui devraient par suite être hypotoniques, puisque le tonus vient de l'écorce à la moelle par le faisceau, ils présentent, au contraire, une hypertonicité, parce qu'on a déjà dit que, chez l'enfant, le tonus n'emprunte encore que des voies médullaires. Dans les *névroses*, les *intoxications* et les *infections*, l'hypotonie est créée par l'épuisement cortical, l'hypertonie dépend de l'érétisme cortical.

2° Les réflexes. — Le mécanisme des réflexes a été diversement interprété, comme celui du tonus. Charcot, Vulpian avaient soutenu une théorie purement médullaire (1). Marie fait intervenir l'écorce cérébrale et le faisceau pyramidal vient exercer un rôle d'arrêt sur la moelle, par suite son altération aménera une exaltation des réflexes tendineux.

Bastian croit que le cervelet a un rôle excitateur et le cerveau un rôle inhibiteur.

Bientôt d'ailleurs on étudie les réflexes cutanés et on leur attribue un siège tout différent de celui des réflexes tendineux. Pour Jendrassick et Van Gehuchten, les réflexes cutanés sont d'origine corticale. Au contraire, pour ce dernier auteur, les réflexes tendineux sont d'origine mésocéphalique, comme l'a soutenu Von Monakow.

L'expérimentation démontre que la section de la moelle cervicale a une action différente suivant l'espèce d'animal. Chez la grenouille, elle ne modifie pas les réflexes, donc les réflexes se font par des voies courtes exclusivement médullaires. Chez le lapin et le chien, elle donne lieu à l'exagération immédiate des réflexes tendineux et à l'abolition temporaire des réflexes cutanés, donc la voie des premiers est courte et médullaire, la voie des seconds longue et mésencéphalique, car l'ablation du gyrus sigmoïde ne le modifie

(1) Ils croyaient que la sclérose du faisceau pyramidal déterminait le « strychnisme » de la corne antérieure par irritation directe des fibres sensitives qui unissent la corne postérieure à la corne antérieure.

pas. Chez le singe, elle donne lieu à une abolition plus ou moins prolongée des réflexes tendineux et cutanés, cependant persistent certains mouvements réflexes de défense qui doivent suivre les voies courtes médullaires. Enfin chez l'homme, la section complète de la moelle détermine une paralysie flaccide sans réflexes tendineux et cutanés, une altération corticale, diminue les réflexes cutanés et exalte les tendineux, par suite le centre des réflexes tendineux et mésocéphalique (on peut écarter le cervelet, car les lésions de cet organe exaltent les réflexes tendineux), le centre des réflexes cutanés est cortical. Le rapporteur conclut nettement que la section de la moelle cervicale supprime les réflexes tendineux des membres inférieurs non par un état de schock ou par des troubles circulatoires consécutifs de la moelle lombaire, mais par la section des voies cérébro-spinales nécessaires à la manifestation des réflexes. Mais chez le nouveau-né, et par suite dans les diplégies cérébrales infantiles, les réflexes tendineux et cutanés suivent des voies courtes purement médullaires.

On voit donc que le mécanisme des réflexes se complique à mesure que l'on s'élève dans la série animale et que l'enfant reproduit la disposition des animaux inférieurs. On a observé un fait semblable pour le tonus, mais le centre du tonus est cortical, tandis que le centre des réflexes tendineux est mésocéphalique. Cependant certains réflexes défensifs, causés par des excitations très énergiques, se transmettent par les voies courtes.

Le rapporteur passe en revue la technique et les résultats de la recherche des réflexes tendineux et cutanés chez l'homme. L'absence du réflexe rotulien ne peut vraisemblablement se produire chez l'homme normal. Au contraire, les réflexes achilléen, du poignet et contro-latéral des adducteurs sont très inconstants chez les individus normaux. Le réflexe cutané plantaire consiste en une flexion des orteils, au contraire, le réflexe de Babinski se caractérise avant tout par l'extension du gros orteil et accessoirement par celle des autres orteils; c'est un phénomène différent du réflexe cutané plantaire; son existence décèle une perturbation organique ou fonctionnelle du faisceau pyramidal, mais il n'est pas constant et, d'autre part, chez l'enfant, il n'a aucune signification pathologique; il obéit aux mêmes lois que les réflexes tendineux; sa production semble résulter des mêmes causes que celle de l'exagération de ces derniers, il doit par suite, comme eux, avoir un centre mésocéphalique.

Les réflexes cutanés sont variables chez les individus normaux, le réflexe crémastérien est le plus constant et le plus facile à rechercher. D'une manière générale, leur intensité est proportionnelle à celle de la sensibilité cutanée correspondante, donc leurs voies sont identiques.

L'antagonisme des réflexes tendineux et cutanés est fréquent. Leurs centres sont en effet différents : c'est ainsi qu'une lésion corticale altère les réflexes cutanés (centre cortical); il exagère les tendineux (centre mésocéphalique). D'autre part, une lésion médullaire irritant le faisceau pyramidal provoque l'érétisme des neurones basilaires présidant aux réflexes tendineux et l'épuisement plus ou moins accentué des neurones corticaux présidant aux réflexes cutanés.

Dans les *névrites périphériques*, on observe le plus souvent l'abolition des réflexes tendineux et cutanés par les lésions destructives des nerfs périphériques; mais on peut avoir aussi une exagération par érétisme des centres, sous l'influence de l'infection ou de l'intoxication.

Dans le *tabes*, les lésions des cordons postérieurs expliquent l'abolition des réflexes, si ces derniers reparaissent sous l'influence d'une hémiplégie, on doit conclure que les lésions tabétiformes n'étaient pas très accentuées. L'exagération des réflexes cutanés est discutable; leur conservation, au début de la maladie, se comprend en admettant que les impressions affaiblies, qui traversent les cordons postérieurs altérés, sont incapables de réveiller les centres basilaires des réflexes tendineux, habitués à recevoir des excitations fortes, tandis qu'elles suffisent à entretenir le fonctionnement des centres corticaux des réflexes cutanés, habitués à répondre à des excitations très faibles et réagissant même mieux sous l'influence des influx très faibles que sous l'influence de courants forts.

La même explication s'applique à la maladie de *Friedreich*, à l'*herédo-ataxie*, aux *scléroses combinées*.

Dans l'*hémiplégie cérébrale organique*, la lésion diminue les réflexes cutanés et exagère les réflexes tendineux.

Dans le *tabes dorsal spasmodique*, l'exagération des réflexes tendineux et l'affaiblissement des réflexes cutanés proviennent de la compression des faisceaux pyramidaux qui provoque l'érétisme des centres basilaires tendineux et l'épuisement plus ou moins accentué des centres corticaux cutanés.

Dans la *compression médullaire*, on peut avoir exagération des réflexes tendineux si le faisceau pyramidal est limité, suppression, si ce même faisceau est complètement détruit.

Enfin, *dans les diplégies cérébrales infantiles* caractérisées par le retard ou le non-développement des faisceaux pyramidaux, les réflexes tendineux et cutanés sont exagérés parce que les réflexes passent par des voies courtes purement médullaires.

Dans l'*hystérie*, on peut observer l'exagération des réflexes et la trépidation spinale ; l'existence du signe de Babinski est encore douteuse.

Dans la *neurasthénie*, les réflexes tendineux sont souvent exagérés; il en est de même des intoxications (fièvre typhoïde, rhumatisme), suivant qu'elles augmentent ou diminuent l'irritabilité des cellules centrales.

3° La contracture. — La contracture est due à l'exagération de la tonicité musculaire. Chez le lapin, le chien et le chat, le tonus musculaire se produit sans intervention notable de l'écorce, aussi les lésions irritatives ne provoquent-elles pas chez eux la contracture; chez l'homme le tonus musculaire est complètement cortical, aussi la contracture est-elle, chez lui, la règle dans les lésions incomplètes et irritatives du faisceau pyramidal.

Au contraire, la destruction complète soit de la zone motrice soit du faisceau pyramidal, détermine chez l'homme l'atonie musculaire.

En outre, la contracture peut dépendre de l'inhibition du tonus des muscles antagonistes, comme on l'a établi dans l'étude du tonus musculaire dont la contracture suit les lois. Le type de contracture est créé par la prédominance à l'état normal de certains groupes musculaires sur leurs antagonistes.

Cette contracture tonique, persistante et involontaire, doit être différenciée de la pseudo-contracture qui est une rétraction musculaire involontaire et persistante créée par les altérations des centres trophiques, les neurones moteurs périphériques. Mais il peut être difficile, en pratique, de les différencier, car fréquemment elles s'associent. En effet, les pseudo-contractures se produisent généralement secondairement et sont précédées par une période plus ou moins longue de contracture tonique.

C'est ainsi que, dans les *névrites périphériques*, on rencontre des pseudo-contractures dues à l'altération directe des cylindraxes des nerfs moteurs, mais elles ont été précédées de véritables contractures par hypertonie relative; d'ailleurs, on peut aussi observer des contractures par irritation des nerfs périphériques.

De même dans les poliomyélites, on observe des pseudo-contractures par altération du neurone moteur périphéri-

que, mais ces pseudo-contractures ont été précédées de contracture vraie par hypertonie relative, suivant la loi qu'un muscle est en hypertonie lorsque son antagoniste est en hypotonie.

Dans le *tabes dorsal spasmodique*, la sclérose en plaques, la contracture est liée à l'irritation du faisceau pyramidal qui détermine un érétisme du centre cortical du tonus musculaire.

Le même phénomène se produit dans la *compression médullaire*, mais si le faisceau pyramidal est complètement détruit (lésion transverse totale), à la contracture succède la flaccidité.

Dans l'*hémiplégie cérébrale* de l'adulte, la contracture a un mécanisme complet : irritabilité de l'écorce (centre du tonus musculaire) et du faisceau pyramidal, hypertonie de certains muscles par hypotonie des antagonistes. Enfin, à la contracture vraie peuvent succéder des pseudo-contractures par lésion du neurone moteur périphérique. Mais dans les *diplégies cérébrales*, l'écorce cérébrale n'intervient pas dans l'apparition de la contracture, car ce tonus suit les voies courtes exclusivement médullaires. Dans l'*hystérie*, la contracture est due à l'érétisme fonctionnel de certains territoires corticaux; dans les affections articulaires et osseuses, la contracture dépend de l'atonie de certains muscles et, par suite, de l'hypertonie de leurs antagonistes; elle reconnaît encore comme cause l'irritation des cylindraxes des neurones moteurs périphériques.

Dans les *inflammations du cerveau et des méninges*, les contractures sont dues soit à l'irritation des neurones, soit à la destruction des centres de certains groupes musculaires, dont les antagonistes deviennent hypertoniques.

Les *infections et les intoxications* provoquent la contracture lorsqu'elles donnent naissance à l'érétisme fonctionnel des neurones corticaux.

4° Tonus et réflexes tendineux. — Dans la grande majorité des cas, il existe un rapport étroit entre l'état des réflexes tendineux et celui du tonus musculaire : l'hypertonie coïncide généralement avec l'exagération des réflexes tendineux et l'hypotonie accompagne, le plus souvent, la diminution de ces réflexes. Mais on peut observer l'exagération des réflexes avec diminution du tonus musculaire. Et, en effet, les réflexes ont leur centre dans les ganglions basilaires, le tonus musculaire et la contracture dans l'écorce cérébrale. Par suite, une lésion médullaire intéressera à la fois les voies des réflexes et du tonus dont les modifications seront par suite parallèles; au contraire, une lésion cérébrale corticale détruira le centre du tonus, créant ainsi l'hypotonie, respectera les ganglions basilaires qui, ne recevant plus l'action inhibitrice corticale, détermineront une exagération des réflexes tendineux.

TROISIÈME QUESTION

Le personnel secondaire des asiles d'aliénés.

M. Taguet, rapporteur.

Le recrutement du personnel des asiles devient chaque jour plus difficile et, d'autre part, ce personnel ne présente souvent pas une instruction suffisante. Le nombre d'infirmiers est variable avec les asiles, mais d'une manière générale il est beaucoup trop faible. Le personnel des infirmiers de jour devrait être d'un agent par 12 malades, alorsque l'on peut trouver dans certains asiles un agent par 24 malades. Il y aurait lieu aussi de distinguer, d'une part, les infirmiers appelés spécialement à donner des soins aux malades, les infirmiers de visite; d'autre part, des infirmiers chargés des soins du ménage. Les infirmiers ne devraient être admis qu'à titre provisoire. La durée du stage ne pourrait se prolonger au delà de trois mois et le titulaire dont l'instruction, après cette période, serait jugée insuffisante, ne serait pas conservé dans le personnel de surveillance. Le service de veille n'est soumis à aucune réglementation et on a pu demander un veilleur par dortoir. Ce chiffre est beaucoup trop excessif, d'ailleurs il faut laisser à chaque asile le soin de l'organisation suivant ses convenances et les nécessités du moment.

Les retraites des employés devraient être modifiées. Après vingt-cinq ans de service, le personnel devrait avoir une indemnité de repos qui serait la moitié du traitement intégral en argent et des indemnités représentatives de nourriture, de logement et d'habillement. Pour les agents ne comptant pas vingt-cinq années de service, cette indemnité serait proportionnelle; en cas d'infirmités contractées à l'occasion du service et qui mettraient l'agent dans l'impossibilité d'être conservé, l'indemnité de repos serait liquidée quelle que soit la durée des années de service.

Dans aucun cas, cette indemnité ne serait inférieure à 500 francs. En cas de décès, la moitié de l'indemnité reviendrait à la veuve si elle ne jouit pas elle-même d'un traitement d'activité comme infirmière ou préposée.

Le personnel a un traitement trop faible. Ce traitement ne devrait être jamais inférieur à celui de la domesticité de la région et, au début, devrait être au moins de 360 francs par an; enfin, il devrait s'appliquer aux deux sexes, comme rendant les mêmes services et ayant les mêmes devoirs.

Programme des séances et des fêtes. — *Jeudi 1er août.* — A dix heures : séance solennelle d'ouverture du Congrès à l'Hôtel de Ville, installation du bureau; nomination des présidents d'honneur; discussion de la première question du programme : le *Délire aigu*, rapport de M. Carrier. — Jeudi soir : punch offert aux membres du Congrès par le corps médical de Limoges.

Vendredi 2 août. — Excursion à Saint-Priest-Taurion; départ pour Saint-Priest-Taurion, en chemin de fer ou en voiture, au choix des congressistes. — A neuf heures et demie : séance à l'école communale; communications; déjeuner individuel. — A deux heures : séance à l'école; communications; retour à Limoges en voiture pour le dîner.

Samedi 3 août. — A neuf heures : séance à l'Hôtel de Ville; discussion de la deuxième question : rapport de M. Crocq (*Tonus, réflexes tendineux et contractures*). — A deux heures : continuation de la discussion; communications. — Le soir : banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 4 août. — Excursion à Saint-Goussaud (Creuse). Départ de Limoges en chemin de fer; déjeuner à Saint-Goussaud; retour à Limoges en voiture par les vallées du Taurion et de la Vienne.

Lundi 5 août. — A neuf heures : séance à l'Hôtel de Ville; discussion de la troisième question; rapport de M. Taguet. — A deux heures : séance à l'École de médecine; communications avec projections.

Mardi 6 août. — Matinée : visite de l'asile de Naugeat; déjeuner au Cluzeau, propriété de l'asile. — A quatre heures : visite d'une fabrique de porcelaine.

Mercredi 7 août. — Excursion à Uzerche (Corrèze).

INTOXICATION GRAVE

PAR L'EMPLOI D'UNE TEINTURE SERVANT A NOIRCIR LES SOULIERS (1)

Par M. Lop (de Marseille).

Après MM. Landouzy et Brouardel, Courtois-Suffit, Hallipré, etc., je viens apporter un nouvel exemple d'*intoxication* non professionnelle par l'*aniline*.

Le 5 juillet dernier je suis appelé, dans la soirée, auprès d'un jeune garçon de quatorze ans gravement indisposé de-

(1) Communication à l'Académie de médecine (30 juillet).

puis dix heures du matin. Je trouvai cet enfant dans un état d'anéantissement complet; pas de pouls, froid intense, crampes à l'épigastre et aux jambes, teinte asphyxique intense, le facies, les lèvres, les ailes du nez et les ongles très cyanosés; anurie depuis midi, le thermomètre placé dans le rectum accuse 35°8. En un mot, véritable collapsus avec cyanose.

Ce malade, garçon robuste, bien portant le matin encore, ne donnait que fort peu de détails sur cet état devenu si soudainement grave. Il n'affirmait n'avoir bu autre chose que deux verres de limonade glacée, mais après le début qu'un malaise qu'il avait éprouvé peu de temps après son départ de la maison.

Ces deux verres de limonade avaient été sollicités par une soif ardente qu'il ne s'expliquait guère et qui ne pouvait être mise sur le compte de la chaleur, la température s'étant très rafraîchie depuis la veille. Je ne croyais guère à la possibilité d'un empoisonnement par la limonade glacée, breuvage inoffensif vendu journellement en été dans les rues de Marseille et simplement préparé avec de la cassonade (sucre brut) et du citron.

Interrogé sur son alimentation de la journée, l'enfant m'apprit que, souffrant déjà avant de se mettre à table, il avait seulement mangé un morceau de gâteau, dont toute la famille, composée de neuf personnes, avait aussi mangé.

J'avoue que j'étais assez embarrassé sur l'étiologie de ces accidents. Le *choléra sec*, forme exceptionnelle sous nos climats et dont l'enfant offrait assez le tableau, pouvait être écarté, aucun cas n'ayant été signalé à Marseille depuis deux ans.

Lorsque soudainement me vint à l'esprit le souvenir des empoisonnements signalés par M. le professeur Landouzy et consécutifs à l'emploi d'une teinture à noircir les bottines.

Cette teinte asphyxique, cet anéantissement, cadraient bien avec les observations de M. Landouzy.

Je demandai aussitôt à voir les chaussures de l'enfant. Le hasard, qui parfois fait si bien les choses, me servit à merveille et bien à point pour soigner avec plus de sûreté mon malade.

Un peu étonnée, la mère m'apporta les chaussures en me disant : « Justement, docteur, je les ai noircies ce matin avec une teinture achetée exprès hier. » J'avais frappé juste; je pus alors reconstituer, avec l'aide du malade, l'histoire de ce singulier et grave accident.

A neuf heures et demie l'enfant s'était chaussé de ses bottines encore fraîches de teinture passée à huit heures et demie; sorti de chez lui, il était allé à un demi-kilomètre voir des parents. En revenant de cette visite, se trouvant sur le boulevard des Dames, il commença a être gêné dans sa marche et à éprouver un grand froid et une soif ardente, c'est alors que rencontrant un marchand de limonade, il en but but deux verres coup sur coup, tout en continuant sa marche, il éprouvait un sommeil invincible.

Rentré chez lui en titubant légèrement, sa mère frappée par sa pâleur et la coloration violette de ses lèvres, lui demanda s'il avait eu froid et quel temps il faisait pour être *si violet que ça*! Elle conseilla à son enfant de se coucher, mais celui-ci, désireux d'aller dîner à bord avec son père, refusa.

En route, dans le tramway, il s'endormit presque tout le temps; à bord, il ne prit qu'un gâteau : à ce moment, son père s'aperçut qu'il avait les ongles presque noirs. On le ramena en hâte à la maison et l'on vint m'appeler; ne me trouvant pas chez moi, on le fit coucher et on lui donna, sur les conseils d'un pharmacien, un vomitif.

A dix heures du soir, j'arrivai et je trouvai l'enfant dans l'état que j'ai décrit plus haut et que je pus combattre assez heureusement par le sérum artificiel en injections, les excitants internes et la décoction d'orge prise en abondance.

Je savais que les teintures d'aniline renferment de l'arsenic en plus ou moins grande quantité, néanmoins je ne me crus pas autorisé à combattre cette intoxication à porte d'entrée cutanée par l'antidote chimique de l'arsenic (hydrate de péroxyde de fer en gelée) dans les cas aigus à porte d'entrée digestive. Le sérum, avec juste raison, je crois, me paraissant devoir être plus actif et répondre mieux aux accidents, je lui donnai la préférence.

Le collapsus dura une partie de la nuit avec la même intensité et l'amélioration se fit attendre jusqu'au matin dix heures et demie.

La cyanose et le refroidissement se dissipèrent peu à peu et à midi le thermomètre était remonté à 37°3.

Deux jours après tout était rentré dans l'ordre et il ne restait plus de cet état grave qu'une grande faiblesse.

Le reliquat du flacon a été envoyé par mes soins à M. le professeur Domergue, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu se charger de la recherche de l'arsenic; ce corps y a été trouvé en quantité très appréciable.

Cette observation, jointe à celles parues jusqu'à ce jour, en montrant d'une façon indiscutable la nocivité des teintures servant à noircir les souliers, me fait un devoir d'attirer après MM. Landouzy et Brouardel l'attention des pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité qu'il y a à interdire la vente de pareilles préparations.

N.-B. — M'étant procuré un deuxième flacon de teinture, je l'ai remis à M. le professeur Caillol de Poncy, en le priant de vouloir bien rechercher la nature des autres éléments de cette préparation; ce flacon différait du premier, qui était seulement bouché au liège, le dernier étant fermé avec un bouchon à armature métallique terminé par un pinceau.

Dans ce nouvel échantillon, M. Caillol de Poncy n'a pas trouvé trace d'arsenic; cette préparation, à base d'aniline, renfermait en outre des sels de chrôme; cette teinture provenait cependant du même marchand et, sauf cette particularité du bouchage, elle était identique comme verre, quantité, coloration et odeur, au premier.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 juillet 1901)

A propos du procès-verbal, M. Cornil revient sur la question des **altérations biliaires déterminées par la présence de la douve**. Dans la dernière séance, M. Blanchard avait cru devoir signaler une erreur dans le travail présenté à l'Académie des sciences par MM. Cornil et Petit. Cette erreur consistait à croire à l'évolution complète des distomes dans les voies biliaires. M. Cornil déclare n'avoir jamais soutenu cette opinion. Ce travail n'avait pour but que de montrer certains faits nouveaux relatifs aux altérations variées et surtout aux altérations des vaisseaux déterminées par la présence de distomes dans les canaux biliaires.

En ouvrant la séance, M. le président rend hommage à deux membres récemment décédés, M. Lacaze-Duthiers qui était associé libre et M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro),

membre correspondant étranger. Il retrace la vie et rappelle les travaux de ces deux regrettés collègues.

Il y a quelque temps, M. Debove appelait l'attention de l'Académie sur les **moustiques parisiens**, hôtes vraiment incommodes et peut-être même dangereux comme vecteurs de maladies infectieuses. Une commission fut réunie et c'est au nom de cette commission que M. Blanchard a fait un rapport dont voici le résumé et les conclusions.

Remontant assez loin dans l'historique de la question, M. Blanchard rappelle que certaines villes grecques durent être abandonnées à cause des moustiques. De nos jours, encore, certaines villes d'Italie, Venise, Mantoue, entre autres, sont véritablement infestées par les moustiques. Enfin, plusieurs quartiers de Paris et certaines banlieues de Paris en ont été récemment fort incommodés. De quelle espèce de moustiques s'agit-il? Il s'agit d'un culex. Les moustiques parisiens sont-ils capables d'apporter avec eux le paludisme ou même la lèpre? Telles sont les graves questions qu'étudie M. Blanchard et il arrive à cette conclusion que les moustiques sont parfaitement capables d'inoculer non seulement le paludisme, mais aussi la lèpre et peut-être aussi d'autres maladies infectieuses. Aussi est-il formellement indiqué de chercher à les détruire ou tout au moins à empêcher leur invasion. Les moyens sont simples et faciles à mettre en pratique. Les voici :

Il serait bon que l'Académie demande aux pouvoirs publics : 1° la publication d'une brochure destinée à avertir les particuliers des dangers possibles des moustiques et à leur indiquer les moyens de s'en débarrasser ; 2° de prendre des mesures pour détruire les larves de moustiques dans les étangs, bassins et pièces d'eau appartenant à l'État ou aux administrations.

Une petite discussion s'élève à laquelle prennent part MM. Chantemesse, Hallopeau et Blanchard qui apportent des faits confirmant l'opinion exprimée par M. Blanchard sur les méfaits des moustiques. Aussi ses conclusions sont-elles adoptées par l'Académie à l'unanimité.

L'année dernière, M. Landouzy avait porté devant l'Académie des faits curieux d'**intoxication grave produite par les couleurs d'aniline** dont on se sert pour noircir des chaussures jaunes.

M. Lop (de Marseille) vient d'observer un nouvel exemple de cette intoxication (voir plus haut, p. 852). M. Landouzy analyse cette nouvelle observation, qui porte à vingt-deux le nombre jusqu'ici connu de ces intoxications. Il n'est donc que bien temps d'aviser et de chercher à obtenir la défense de la mise en vente de ces couleurs essentiellement toxiques, et l'on ne saurait trop conseiller aux mères de famille économes de laisser aux chaussures jaunes de leurs enfants leur couleur primitive et de bien se garder de les teindre en noir. Sur la demande de M. Landouzy, une commission est nommée. On reviendra donc sur cette question.

M. Landouzy analyse deux autres travaux : l'un de M. Bousquet sur la **virulence du méningocoque** trouvé dans les fosses nasales ou dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de **méningite cérébro-spinale épidémique**; l'autre de M. Cosset (de Lyon) sur un procédé de **détubation à l'aide de l'électro-aimant**. Ce qui éloigne beaucoup de praticiens de l'intubation, c'est la difficulté parfois assez grande de la détubation. On ne saurait donc trop chercher à rendre celle-ci facile.

M. Lancereaux revient sur la lécithine : M. Aly Zaky, qui s'est occupé avec M. Degrez de l'influence exercée par les **lécithines** de l'œuf sur les échanges nutritifs, s'est appliqué récemment, à propos d'une observation présentée par M. Alb. Robin sur l'ovo-lécithine dans le diabète, à rechercher les modifications que peut imprimer la lécithine à l'élimination de l'acide urique chez trois malades, dont l'acide urique a été dosée avant et après l'ingestion d'ovolécithine. Cet observateur a constaté, en même temps qu'une augmentation de l'urée, la diminution de l'acide phosphorique et de l'acide urique.

La parole a été donnée, malheureusement bien tard, alors qu'il n'y avait presque plus personne dans la salle des séances, à M. Kelsch pour la lecture d'un travail intéressant sur les **cardiopathies latentes** et leurs rapports avec la mort subite dans l'armée.

L'intérêt des cardiopathies latentes réside dans leur évolution silencieuse et leur révélation soudaine dans une catastrophe finale provoquée par l'effort professionnel, tel que le pas gymnastique, le saut, l'exercice, la manœuvre, la marche, qui vient surprendre inopinément le cœur et réclame de lui un déploiement d'énergie incompatible avec sa déchéance.

Les cardiopathies non rhumatismales sont loin d'être rares dans l'armée; elles y sont une cause de mort subite assez fréquente, puisque que M. Kelsch a pu en réunir, dans ces dernières années, une trentaine de cas. Dans tous l'évolution de la lésion a été assez silencieuse pour détourner l'homme de la consultation médicale, pour lui permettre de vaquer à l'accomplissement de ses devoirs, jusqu'au jour où un effort brusque ou soutenu a amené la mort par dilatation aiguë du cœur ou déchirure de l'aorte.

La Commission permanente continuant à siéger pendant les vacances de l'Académie est composée de la façon suivante :

Les membres du bureau, auxquels sont adjoints MM. Troisier, Chauvel, Hallopeau, Ribemont-Dessaignes, Motet, Pouchet, Mégnien, Caventou, Le Roy de Méricourt. Elle se réunira tous les mardis à trois heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

124. M. Duparc. De quelques anomalies de structure de la paroi de l'estomac. Glandes pancréatiques et glandes de Brunner aberrantes. — 125. M. Andrieu. Aubrac. Climat et sanatorium. — 126. M. Brizard. Du ralentissement de la nutrition dans le diabète. — 127. M. Bomchis. Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde. — 128. M. Aubry. Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. — — 129. M. Danthez. Contribution à l'étude de la métrite hémorragique dite essentielle. — 130. M. Bufnoir. De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique. Indications. Manuel opératoire. Résultats éloignés. — 131. M. Gigon. De l'appendicite d'origine cæcale. Typhlo-appendicite. — 132. M. Naudet. De l'incision cruciale dans la laparotomie. — 133. M. Delattre. Du traitement du lupus par la dilacération suivie de cautérisation au chlorure de zinc cristallisé. — 134. M. Naquet. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications. — 135. M. Hurault. Les lipomes congénitaux ostéo-périostiques. — 136. M. Barge. Du traitement des fistules à l'anus par l'ablation. — 137. M. Bernheim. De l'aphasie motrice. — 138. M. Saint-Aubin. Injection hypodermique d'huile, de vaseline et de jaune d'œuf (médication stimulante). — 139. M. Joccotton. Étude des paralysies dans les pleurésies purulentes non suivies de l'opération de l'empyème. — 140. M. Godon. L'école dentaire, son histoire, son action, son avenir. — 141. M. Bussard.

De la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. — 142. M. Caratzalis. Des applications thérapeutiques de l'ozone. — 143. M. d'Herbécourt. De la voie vaginale sans hystérectomie. — 144. M. Labeyrie. Tuberculose du pubis et de la symphise pubienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Rouen.* — Le jeudi 14 novembre 1901, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 25 octobre.

Marine. — M. le médecin principal Gazeau, du port de Toulon, a été désigné pour faire partie de l'état-major de M. le contre-amiral Besson, en qualité de médecin de division.

Concours sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes. — Un concours est ouvert sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes. Un prix de 1 000 francs (prix Édouard Romberg) sera attribué au mémoire couronné. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées.

Le concours sera clos le 31 janvier 1902.

Les auteurs devront envisager la question au point de vue pratique, spécialement en ce qui concerne le matériel, le personnel et le fonctionnement; ils devront étudier les éventualités diverses de la guerre maritime et le fonctionnement correspondant des secours.

Les mémoires seront écrits ou traduits en français. Ils ne porteront pas de nom d'auteur, mais le nom d'un grand homme et celui d'une ville. Ces noms seront reportés sur une enveloppe jointe au mémoire contenant le nom de l'auteur.

L'enveloppe portant les mentions du mémoire couronné sera seule ouverte par le jury et le nom du lauréat sera proclamé; celles portant les noms correspondant à ceux des mémoires ayant obtenu seulement des mentions ne seront ouvertes et les noms ne seront proclamés qu'avec l'autorisation des auteurs.

Le mémoire couronné sera publié par les soins du jury. Un compte rendu analytique des autres, avec citations s'il y a lieu, pourra être aussi publié.

Les mémoires devront être parvenus avant le 31 janvier 1902, dernier délai, à M. le docteur P. Bouloumié, secrétaire général de l'Union des Femmes de France, 29, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris, IXe arrondissement.

Le jury du concours est composé de membres désignés par le comité du Congrès et de membres désignés par la Commission d'organisation du concours. Ce sont :

a. Membres désignés par le Congrès : MM. les vice-présidents du Congrès : MM. les docteurs Riant, vice-président de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer; P. Bouloumié, secrétaire général de l'Union des femmes de France; Duchaussoy, secrétaire général de l'Association des Dames françaises. MM. les membres du Congrès : MM. les docteurs Vallin, médecin-inspecteur de l'armée; Bonnafy, médecin en chef de la marine; Vincent, médecin en chef de la marine; M. Romberg.

b. Membres désignés par la Commission d'organisation du concours (pour donner aux concurrents toutes les garanties de compétence et d'impartialité) : un officier général de la marine : M. l'amiral Péphau, président du jury; MM. les attachés navals aux ambassades et légations des puissances à Paris.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion des courses de Vichy, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, au départ de Paris, un train spécial à prix réduits en 2e et 3e classes.

Prix des places, aller et retour : 2e classe, 28 francs; 3e classe, 17 fr. 50.

Aller : départ de Paris, le samedi 3 août, à 10 h. 53 soir; arrivée à Vichy, le dimanche 4 août, à 6 h. 20 matin.

Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, à partir du 4 août jusqu'au dernier train de la journée du 13 août.

Pour tous les autres renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de législation militaire. Guide administratif à l'usage des médecins de l'armée (active, réserve, territoriale et médecins auxiliaires), par A. Boisson, médecin-major de première classe, ancien répétiteur, major de l'École du service de santé militaire. Un vol. in-18 colombier de 675 p., cart. toile, avec 34 fig. dans le texte et 1 pl. en couleurs hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par MM. Jourdin et Fischer. Un vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Comment on se défend contre les fièvres éruptives. La lutte contre la rougeole, la scarlatine et la variole (varicelle, rubéole, roséole saisonnière), par le docteur H. Labonne. 1 broch. Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

Tableaux synoptiques de bactériologie médicale. Un vol. in-16 carré de 80 p., avec fig. cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 89. — SAMEDI 3 AOUT 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1901. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — REVUE GÉNÉRALE. L'épreuve du bleu de méthylène d'après les travaux étrangers, par MM. J. CASTAIGNE, interne médaille d'or des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté, et X. BENDER, interne des hôpitaux de Paris. — REVUE DES THÈSES. De l'empyème des cellules ethmoïdales (P. SOUBEYRAN); — De la reconstitution de l'urètre périnéal par la suture à un seul plan (E. MALBOIS); — Contribution à l'étude des résultats de la sympathicectomie dans le goitre exophtalmique (H. MARQUÈS). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 2 août 1901.

Nos lecteurs nous permettront de dire ici tout le plaisir que nous éprouvons à leur annoncer la nomination de notre cher rédacteur en chef au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Cette nomination sera unanimement approuvée par le corps médical. Mais ceux qui connaissent M. Ricard et qui ont su apprécier son caractère s'associeront de tout cœur à la Rédaction de la *Gazette des hôpitaux* pour s'en réjouir avec elle et le féliciter en toute sincérité.

REVUE GÉNÉRALE

L'épreuve du bleu de méthylène d'après les travaux étrangers.

Par MM. J. CASTAIGNE,
Interne médaille d'or des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté,
et X. BENDER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans une revue publiée par l'un de nous dans la *Gazette des hôpitaux* (1) sur l'étude de la perméabilité rénale par l'épreuve du bleu, nous mettions en relief les principaux travaux qu'avait suscités en France cette nouvelle méthode. Depuis l'époque où parut cette revue, les recherches faites en France se sont multipliées et ont donné lieu, dans les années qui viennent de s'écouler, à de très nombreux travaux. Mais en même temps les médecins étrangers commençaient à employer cette nouvelle méthode d'étude de la perméabilité rénale et à publier leurs résultats.

C'est l'ensemble des publications faites sur le sujet en dehors de la France que nous voulons seules étudier aujourd'hui; si nous ne parlons pas, dans notre travail, des travaux de contrôle qui ont été publiés en France au sujet de l'épreuve du bleu, ce n'est certes pas pour en diminuer la valeur et en particulier, pour n'en citer que quelques-uns, la thèse de Léon Bernard au point de vue des néphrites médicales, les travaux de Bazy, d'Albarran, etc., au point de vue chirurgical, méritent beaucoup mieux qu'une courte mention dans une Revue générale.

Si, donc, nous avons éliminé de notre travail d'analyse toutes les publications françaises, c'est pour une autre raison qu'il nous faut maintenant expliquer. Quand dans un pays il se fait une découverte bactériologique clinique, ou thérapeutique, les travaux de contrôle entrepris dans ce pays même peuvent être suspects de partialité. On peut craindre que l'appréciation du travail soit en quelque sorte faussée par un certain degré d'amour-propre national qui porte le critique à trouver excellents les travaux entrepris par un de ses compatriotes. Au contraire, les travaux de contrôle faits à l'étranger sont essentiellement débarrassés de cette cause d'erreur et l'appréciation devient purement scientifique, puisqu'elle ne se laisse pas guider par la sympathie qui, en pareille matière, est toujours mauvaise conseillère.

C'est pour cette raison que nous avons cru intéressant de résumer ici sous forme de revue les différents travaux publiés à l'étranger sur l'épreuve du bleu. Pour que l'étude en soit plus claire et surtout pour qu'on puisse mieux comparer les travaux étrangers avec les publications françaises, nous avons cru bon d'adopter le même plan que l'un de nous avait suivi dans sa précédente revue sur l'épreuve du bleu. Nous étudierons donc successivement la technique des procédés qu'ont employés les auteurs étrangers, les études physiologiques qu'ils ont faites sur l'élimination du bleu de méthylène par les reins, les résultats qu'ils ont obtenus au cours des différentes affections, enfin la façon dont ils interprètent les résultats obtenus.

I

Technique du procédé. — La plupart des auteurs étrangers ont employé la technique de l'épreuve du bleu telle que l'avaient instituée les auteurs français. Czylharz et Donath (3) cependant préfèrent comme mode d'introduction du bleu la voie gastro-intestinale et ils expliquent ainsi les raisons pour lesquelles ils agissent de cette façon : « Dans nos expériences faites sur l'homme, disent-ils, nous avons, ainsi que Burghart (2) et Albu (3), employé le mode d'administration du colorant par la bouche, méthode qui a l'avantage de n'être aucunement désagréable au malade. Quant aux inconvénients qu'Achard et Castaigne attribuent à cette technique ils ne nous paraissent pas avoir une grande importance. Ces auteurs pensent en particulier que l'état du tube digestif exerce une influence essentielle sur le mode d'élimination. Nous admettons volontiers que dans certains cas, comme dans ceux de sténose pylorique par exemple, il peut y avoir un retard dans l'absorption et dans l'élimination. Mais pour les autres cas il nous a semblé, en comparant les résultats ob-

tenus chez les différents individus, que l'élimination se fait dans des conditions toujours identiques. Aussi nous estimons que cette voie d'introduction peut être très légitimement utilisée. »

Afin d'établir que la voie stomacale pouvait être employée à juste titre, Czylharz et Donath ont institué une série d'expériences sur le chien. Un certain nombre de chiens en bonne santé reçurent à des jours différents des doses identiques de bleu de méthylène, les uns par la voie stomacale, les autres par la voie sous-cutanée, et le moment de la première élimination fut toujours très exactement noté de la façon suivante. Les animaux furent sondés avant l'épreuve et après l'absorption de la matière colorante, l'urine était extraite de la vessie avec une sonde tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Une seule fois la dose employée fut de 0g10 centigrammes. Dans les autres cas elle fut constamment de 0g01 centigramme pour des animaux pesant en moyenne 8 kilos. La présence du bleu était toujours ressentie et par l'inspection directe et par l'ébullition en présence d'un excès d'acide acétique.

Des expériences ainsi pratiquées dans des conditions toujours rigoureusement les mêmes, Czylharz et Donath croient pouvoir conclure que l'élimination du bleu de méthylène par le rein des animaux ne se fait pas plus tardivement quand la matière colorante est introduite par le tube digestif que quand on l'administre par la voie sous-cutanée.

Fr. Muller (5) s'est chargé lui-même de faire la critique des expériences de Czylharz et Donath et il s'est basé pour cela non pas sur l'expérimentation, mais, ce qui est de beaucoup préférable, sur l'étude de l'élimination du bleu ingéré. Il a vu que cette élimination était très variable selon que le bleu était introduit aux différents moments de la digestion. Lorsqu'il faisait prendre le bleu à jeun, il constatait que l'élimination rénale avait lieu très rapidement ; lorsqu'il le faisait absorber deux ou trois heures après déjeuner, alors que l'estomac contenait encore des matières alimentaires, il constatait que le début de l'élimination était retardé de deux ou trois heures. Il pense que ce fait est dû à ce que les capsules de gélatine qui englobent le bleu sont moins facilement digérées lorsque l'estomac est rempli d'aliments. Il ajoute que peut-être aussi l'estomac absorbe moins bien quand les aliments ne sont pas encore digérés. Sa conclusion absolue est que, si l'on veut obtenir par l'épreuve du bleu des résultats probants, il ne faut pas employer l'ingestion, mais l'injection sous-cutanée.

C'est d'ailleurs sous forme d'injections que dans tous les autres travaux publiés à l'étranger et que nous étudierons tout à l'heure, le bleu a été administré. On a également dans tous les cas rapportés, suivi la méthode devenue classique, c'est-à-dire que l'on a étudié avec soin le moment d'apparition du chromogène et du bleu, la durée de l'élimination, les courbes d'élimination du bleu et, dans certains cas, le dosage du bleu éliminé. Sur ces différents points de la technique, les auteurs étrangers ont ajouté peu de chose.

En ce qui concerne spécialement l'élimination intermittente Rodolfo Bonfigli (5) l'a étudiée avec soin dans de nombreux cas de maladie nerveuse sur lesquels nous reviendrons.

L'élimination polycyclique a également été notée dans de nombreux cas par cet auteur et Muller (6) croit d'ailleurs que ce mode d'élimination se trouve à un degré plus ou moins marqué mêm e chez les sujets normaux.

Le dosage du bleu éliminé a été surtout pratiqué par Muller qui s'est servi d'une méthode colorimétrique comparable à celle préconisée par M. Achard et qui lui a permis d'arriver à une étude très précise de l'élimination du bleu dans les cas normaux et pathologiques.

L'*étude physiologique* de l'élimination du bleu a surtout été précisée par les recherches de Ehrlich (7), Horsley (8), Muller (9). Ehrlich avait constaté en faisant l'autopsie d'animaux auxquels on venait d'injecter une grande quantité de bleu de méthylène, que la plus grande partie des parenchymes était colorée en bleu, tandis que seuls un certain nombre d'organes ayant un pouvoir réducteur considérable ne présentaient pas cette coloration. On peut, en somme, diviser, au point de vue de leur action sur le bleu, les organes en deux catégories : les uns dans lesquels l'oxydation est très active et qui sont colorées en bleu : ce sont les reins, le pancréas, le pylore, le duodénum, le cerveau, les muscles et le corps thyroïde ; les autres, très réducteurs, ne présentent pas de coloration bleue : ce sont le poumon, le foie, les ganglions lymphatiques, les glandes salivaires et mammaires et la partie inférieure du tube digestif. Il est intéressant de noter que l'action oxydante des organes qui se colorent en bleu n'existe que pendant la vie, ce qu'on peut très bien vérifier en faisant une injection de bleu à un lapin, dont on examine les viscères en place avant que l'animal soit mort. On voit alors le cœur et les reins colorés en bleu. Mais quand, sous l'influence de l'ouverture de son thorax, l'animal aura succombé, on constatera que les organes se décolorent très rapidement. Ces expériences d'Ehrlich ont été reprises par Horsley, qui a obtenu les mêmes résultats, mais en y ajoutant une constatation fort intéressante ; il a cherché à savoir ce qui se passait au niveau des muscles quand ils sont en état d'hyperactivité fonctionnelle ou bien d'activité diminuée. Pour produire l'hyperactivité il excitait électriquement, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, le muscle fessier du chien auquel il avait injecté du bleu et il comparait ensuite sa coloration avec celle des muscles voisins, qui étaient toujours beaucoup moins colorés que lui. A d'autres chiens il provoquait une atrophie musculaire en incisant le nerf sciatique. La plaie étant guérie, il injectait du bleu de méthylène aux animaux à différents intervalles après l'opération, trois jours, dix jours, trois semaines, un mois ; à mesure que le protoplasma des cellules musculaires s'atrophiait, il constatait que la coloration bleue du muscle malade devenait de moins en moins intense ; elle était à peine marquée lorsque l'atrophie musculaire était complète. Au niveau du rein, Horsley put constater des phénomènes tout à fait comparables. Après injection du bleu chez un animal dont les reins ne sont pas lésés, on constate une coloration très intense de ces organes, au contraire s'ils sont atteints de dégénérescence graisseuse, l'oxydation est beaucoup moindre, la substance corticale n'est pas colorée en bleu et c'est à peine si l'on voit une coloration légèrement verdâtre au niveau des pyramides.

Muller a de nouveau constaté ces faits et il a cherché à les interpréter. Il s'est demandé si c'était bien le bleu en nature que l'on retrouvait au niveau des organes colorés et en particulier au niveau du rein et dans les urines. Par l'examen des urines bleues, il est arrivé à se convaincre que le bleu éliminé n'avait pas la même nature chimique que le bleu injecté. En effet, tandis que celui-ci est insoluble dans le chloroforme, la matière colorante bleue que l'on trouve dans l'urine est soluble en totalité ou tout au moins dans sa plus grande partie.

Muller est ainsi arrivé à cette idée que le bleu subissait

des transformations avant que d'arriver au rein et d'être éliminé par l'urine et il s'est alors demandé ce que devenait le bleu de méthylène dans le courant circulatoire. On sait que MM. Albarran et L. Bernard avaient noté que le sérum de chien ayant reçu une forte dose de bleu avait sa coloration habituelle. Muller fit l'expérience inverse, ajouta du bleu de méthylène à du sang frais et constata, comme on l'avait fait d'ailleurs à l'occasion des recherches de Bremer sur le sang des diabétiques, que le bleu de méthylène était complètement réduit.

De cet ensemble de recherches Muller déduit des vues très intéressantes sur l'élimination du bleu par le rein. Il pense que le bleu injecté sous la peau circule dans l'organisme sous forme d'un composé réduit incolore qui reproduit du bleu au niveau des organes très fortement oxydants. C'est ce qui explique les constatation d'Ehrlich. Quant à l'élimination rénale proprements dite, la théorie de Muller est la suivante : Si le rein est sain, l'oxydation à son niveau est très marquée et l'urine contient du bleu dès qu'il y a en circulation dans le sang la plus petite quantité de dérivé incolore provenant du bleu réduit. Si au contraire le rein est altéré, son activité d'oxydation est moindre ; il faudra qu'il y ait en circulation une plus grande quantité de chromogène, ce qui explique le retard apporté à l'élimination. Si enfin les lésions sont très accentuées, le rein n'est plus oxydant, il ne se forme plus de bleu à son niveau et l'urine n'en contient pas. On conçoit que, si cette théorie de Muller est exacte, l'épreuve du bleu de méthylène gagnera encore plus en précision, car on s'expliquerait ainsi les troubles d'élimination dont la valeur n'avait été jusqu'à présent mise en relief que par l'étude clinique, anatomique et expérimentale.

II

Résultats de l'épreuve du bleu. — I. Élimination chez les sujets sains. — La plupart des auteurs qui se sont servis de la méthode de bleu pour apprécier la perméabilité rénale, ont commencé par contrôler les résultats des auteurs français sur les sujets sains. Tous ont constaté des résultats identiques, c'est-à-dire début de l'élimination dès la première heure, élimination totale en cinquante ou soixante heures, suivant une courbe continue cyclique.

Toutefois, dans deux publications, les résultats semblent être un peu différents. Czylharz et Donath (1) ont étudié l'élimination du bleu chez une série de sujets sains. Si, chez tous, ils ont noté l'apparition du bleu dès la première heure, chez beaucoup d'entre eux ils ont vu que l'élimination était polycyclique et durait de trois à quatre jours. De même, dans les observations de Muller (4) sur des sujets sains, nous relevons aussi que la courbe est toujours polycyclique et que la durée de l'élimination est d'environ cent heures. La raison de ces différences entre les résultats obtenus par Czylharz et Donath, par Muller et ceux qui sont relevés dans les autres auteurs, vient, selon nous, de la technique employée. Ils ont fait ingérer le bleu : il est probable que l'absorption, qui, dans ces cas, se fait en plusieurs temps, explique la courbe polycyclique, probablement aussi la durée plus longue de l'élimination. Muller semble d'ailleurs s'en être rendu compte puisqu'il dit :

« Malheureusement nos recherches ont été faites en faisant ingérer le bleu de méthylène. »

II. Élimination du bleu chez les femmes enceintes et chez les éclamptiques. — Cet ordre de recherches a été pratiqué surtout par Van de Velde (9) qui en a fait le sujet d'une communication au Congrès international de gynécologie d'Amsterdam, et de sa thèse inaugurale. Ces recherches ont entièrement confirmé les travaux de Potocki, de Bar, de Guénard, etc. Il pense que la recherche de la perméabilité par l'épreuve du bleu de méthylène doit faire partie de l'étude clinique de la femme enceinte tout aussi bien que la recherche de l'albumine.

III. La perméabilité rénale au cours des maladies chirurgicales du rein a donné lieu à un travail intéressant de Galeazzi et Grillo (10), qui rapportent des observations très probantes : dans un cas de pyonéphrose droite néphrotomisée, l'épreuve du bleu permit de déceler une différence marquée dans la perméabilité des deux reins. Dans l'urine qui s'écoulait par la fistule lombaire, l'élimination du chromogène et du bleu fut très retardée. Au bout de trois heures, il n'y avait qu'une coloration verte à peine perceptible. Au contraire, l'urine recueillie dans la vessie fut nettement bleue après la première demi-heure. Les suites favorables de la néphrectomie pratiquée quelque temps après, ainsi que la constatation de la destruction presque totale du rein droit confirmèrent pleinement les résultats de l'épreuve du bleu.

Une autre observation intéressante de ces auteurs concerne un malade atteint de pyonéphrose double et chez lequel on ne put déceler à aucun moment, même à l'aide du chloroforme, la coloration verte des urines. On nota seulement, vers la cinquième heure, une élimination de chromogène qui dura d'ailleurs fort peu de temps. Cette épreuve indiquait une insuffisance rénale extrême que les signes cliniques n'auraient pas permis de soupçonner. Le malade mourut d'ailleurs d'urémie quelque temps après et l'autopsie confirma le diagnostic, basé exclusivement sur l'épreuve du bleu.

Ces observations sont tout à fait en concordance avec celles de M. Bazy qui, dans une série de travaux, a bien mis en relief l'importance qu'il attachait à l'étude de l'élimination du bleu de méthylène même, en dehors de tout cathétérisme de l'autre rein. D'ailleurs les conclusions de Galeazzi et Grillo sont tout à fait affirmatives : « Les résultats que nous avons obtenus, disent-ils, dans toutes nos observations, nous ont donné la conviction que le procédé des auteurs français est appelé à rendre de grands services en chirurgie urinaire, particulièrement dans les cas où les lésions sont unilatérales et quand il s'agit de faire une opération, les suites dépendant uniquement de l'état fonctionnel de l'autre rein. »

IV. L'étude de la perméabilité rénale au cours des maladies médicales proprement dites a donné lieu à des travaux beaucoup plus nombreux et nous devons envisager séparément les résultats obtenus au cours des maladies qui n'affectent pas particulièrement l'appareil rénal et au cours des néphrites.

1° *En dehors des néphrites*, la perméabilité rénale au bleu a été étudiée par de nombreux auteurs dans une série de maladies nerveuses. Rodolfo Bonfigli (6) a étudié l'élimination du bleu dans 23 cas d'épilepsie, qu'il divise de la façon suivante : dans 6 cas, l'épreuve fut faite aussitôt après l'attaque ; dans 12 observations, le bleu fut injecté pendant la période intercalaire ; deux fois le bleu de méthylène fut éliminé pendant l'état de mal ; enfin dans trois observations, une attaque convulsive se produisit pendant que le bleu

s'éliminait. De toutes ces expériences, il résulte clairement, d'après Bonfigli, que la durée de l'élimination du bleu chez les épileptiques est sensiblement la même, que l'injection soit faite à une période intercalaire ou immédiatement après l'attaque, et cette durée de l'élimination est sensiblement normale. Dans une seule épreuve faite pendant la période intercalaire, l'élimination se prolongea pendant cent onze heures, chiffre presque double de tous ceux que l'auteur a obtenus dans les autres cas. Le début de l'élimination fut également celui des sujets normaux, une seule particularité est à noter dans les résultats obtenus par Bonfigli, c'est que l'élimination fut très souvent intermittente. Dans les cas où la crise survint en pleine période d'élimination, il semble que la courbe de l'élimination n'a pas été troublée.

Bonfigli a examiné au point de vue de la perméabilité rénale 3 cas d'hystérie pendant un stade d'agitation psychomotrice accompagnée de troubles hallucinatoires. Les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait comparables à ceux rapportés chez les épileptiques. Il y a retrouvé également des intermittences et il ne croit pas, comme l'avait espéré Voisin, que l'on puisse trouver dans l'épreuve du bleu, un moyen de différencier les crises hystériques d'avec les crises épileptiques.

Dans une série de cas concernant des malades atteints de confusion mentale, de folie circulaire, de stupeur, de mélancolie aiguë, l'élimination se fit d'une façon presque constante sous la forme discontinue polycyclique.

Chez deux alcooliques dont l'un présentait une crise de delirium tremens et dont l'autre n'avait aucun accident nerveux ni viscéral, l'élimination du bleu se fit d'une façon normale sans aucune intermittence.

Pietro Bodoni (11) étudia l'élimination urinaire du bleu de méthylène dans diverses psychoses : dans 3 cas de mélancolie, dans 2 observations de manie, dans 3 cas de paralysie générale et chez 3 malades atteints de délire puerpéral ou alcoolique.

Dans un de ces cas se rapportant à un malade convalescent de delirium tremens, l'élimination du bleu se fait d'une façon tout à fait normale : apparition en une heure, disparition en soixante-dix heures. Dans tous les autres cas il y a eu une prolongation très marquée de l'élimination, qui dura en moyenne de cent dix à cent vingt heures. Mais les troubles de la perméabilité rénale furent surtout accentués dans deux cas de paralysie générale : dans l'un le bleu n'apparut qu'au bout d'une heure et demie et continua a être éliminé pendant six jours, dans l'autre le bleu ne commença à être éliminé qu'au bout de deux heures et persista pendant cinq jours. Dans plusieurs cas de psychose, Bodoni note très nettement des intermittences; dans un cas de mélancolie simple, il note qu'à la soixante-douzième heure, l'urine redevient jaune, contenant d'abord du chromogène qui disparaît lui-même bientôt. Le bleu reparaît dix-huit heures après, persiste pendant trois heures et disparaît définitivement. Dans une autre observation de mélancolie dépressive, de la soixante-dix-huitième heure à la quatre-vingt-dixième heure, l'urine ne contient pas de trace de bleu mais présente encore du chromogène. Elle redevient verte ensuite et le reste pendant vingt-quatre heures. Dans une observation de manie aiguë, il existe une légère intermittence avec persistance du chromogène, durant quatre heures environ au troisième jour de l'élimination. Dans une observation de manie puerpérale, il y a une intermittence vraie sans chromogène persistant pendant dix heures, également au troisième jour de l'élimination.

Ces intermittences dans l'élimination du bleu avaient beaucoup frappé l'attention de Bodoni, qui croyait qu'elles n'avaient jamais été observées avant lui, et nous verrons d'ailleurs dans un instant comment il croyait pouvoir les expliquer.

Dans les intoxications, la perméabilité rénale a été étudiée, comme nous l'avons déjà noté, au cours de l'alcoolisme chronique où Bonfigli et Bodoni n'ont pas trouvé de différence notable avec les sujets sains. Nous devons, dans cet ordre de faits, une mention spéciale au travail de Galeazzi et Grillo sur la perméabilité rénale des sujets anesthésiés par l'éther ou par le chloroforme. Ils ont fait cette étude expérimentalement et cliniquement.

Expérimentalement, ils ont opéré sur des chiens qu'ils ont choisis d'âge et de taille à peu près analogues, et ils ont, pour chacun des chiens mis en expérience, recherché d'abord avant toute anesthésie l'état de la perméabilité au bleu. Huit jours après cette épreuve, le chien était endormi soit avec de l'éther, soit avec du chloroforme ; on lui faisait ensuite une nouvelle épreuve du bleu, et c'est de la comparaison entre les résultats obtenus aux deux épreuves, que les auteurs ont tiré leurs conclusions expérimentales sur les troubles que peuvent apporter les anesthésiques à la perméabilité rénale.

En clinique, ils ont examiné de la même façon une série de malades, choisissant ceux dont la perméabilité rénale était reconnue absolument normale par une épreuve préalable, et parmi ceux-ci, de préférence les malades qui avaient été soumis très longtemps à la narcose. Le bleu était injecté sous la peau vingt-quatre à quarante-huit heures après l'opération, et les conclusions qui ont été relevées par Galeazzi et Grillo sont les suivantes : dans tous les cas, la chloroformisation entraîne un trouble plus ou moins accentué de la perméabilité rénale. Il est des cas où ce trouble est au minimum. Alors, l'examen chimique des urines ne présente aucune modification indiquant une altération organique du rein, mais il y a soit un retard pour le bleu, le chromogène passant dans les limites normales, soit un retard marqué pour le bleu et pour le chromogène.

Dans d'autres cas, l'état des urines indiquait déjà une altération de la perméabilité rénale, et alors on trouvait par l'épreuve du bleu un retard notable dans l'élimination du bleu et du chromogène et une prolongation anormale de l'élimination. Il semblerait, d'autre part, d'après les recherches de Galeazzi et Grillo, que l'éther est au point de vue de la perméabilité rénale, moins redoutable que le chloroforme, mais il s'en faut qu'il soit lui-même complètement inoffensif. En revanche, les expériences faites par les auteurs sur les injections locales d'eucaïne et de cocaïne ont montré que la perméabilité rénale n'était pas troublée de ce fait.

Chez les cardiaques asystoliques, la perméabilité rénale au bleu de méthylène a été étudiée par Czylharz et Donath, dans trois observations.

Dans la première, il y avait insuffisance et rétrécissement et insuffisance aortique, forte dilatation du cœur, foie cardiaque et cyanose, albuminurie légère ; la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures variait de 600 à 1200 centimètres cubes et la densité de 1018 à 1025. L'élimination du bleu commença au bout d'une heure, fut continue, cyclique, et dura soixante-douze heures.

La deuxième observation concerne un malade atteint d'insuffisance et rétrécissement mitral avec œdèmes, cyanose, dyspnée, dilatation du cœur, arythmie. Les urines variaient de 800 à 1 500 centimètres cubes, leur densité était entre 1015 et 1020, il y avait 1 gramme d'albumine par litre. L'élimination du bleu commença à la première heure fut polycyclique et dura trois jours.

La troisième observation concerne un cas d'artériosclérose avec dilatation du cœur, arythmie, foie cardiaque, œdèmes. La quantité d'urine était réduite à 800 et 900 centimètres cubes de densité variant entre 1 018 et 1 020 et contenant un peu d'albumine. L'élimination du bleu commença au bout de quarante-cinq minutes, fut polycyclique et dura soixante-dix heures.

Les résultats obtenus dans ces trois cas sont sensiblement comparables à ceux qui ont été signalés par Achard et Castaigne et montrent qu'il peut exister une stase cardiaque considérable, sans qu'il y ait des troubles marqués de la perméabilité rénale au bleu.

2° *Dans les néphrites*, la perméabilité rénale au bleu de méthylène a été constamment trouvée modifiée dans les néphrites interstitielles, et sur ce point tous les auteurs sont absolument d'accord. Quelques observations pourraient sembler au premier abord en opposition avec les résultats obtenus par les auteurs français; mais cette opposition est plus apparente que réelle.

Giovanni Nesti (12) rapporte onze observations de malades auxquels il a injecté du bleu de méthylène à la dose de 20 centigrammes pour les uns, de 5 centigrammes pour les autres. On comprend que, dans ces conditions, les résultats qu'il a obtenus ne soient pas très comparables entre eux, la quantité de bleu de méthylène injecté faisant varier beaucoup le début de l'élimination et surtout sa durée.

Muggia (13) a étudié la perméabilité rénale chez des enfants atteints de néphrite aiguë, mais à l'époque où son travail était fait, l'attention avait été attirée surtout sur les différences du début de l'élimination; or, il notait dans les cas observés que, malgré la néphrite très nette, avec symptômes urémiques, que présentaient les enfants, il n'y avait pas de retard dans l'élimination. Nous devons dire qu'il faisait une injection de bleu de méthylène beaucoup trop forte, étant donné l'âge de ses malades, pour pouvoir étudier avec fruit le moment d'apparition du bleu dans les urines. En revanche, il signalait la prolongation anormale de l'élimination du bleu chez les enfants urémiques et l'on sait, en effet, combien ce symptôme, qui paraissait inattendu à Muggia, a d'importance dans le diagnostic de l'imperméabilité rénale.

Van Nypelsen (14) rapporte qu'il a étudié sur trois malades atteints de néphrite interstitielle, la perméabilité rénale par l'épreuve du bleu de méthylène. Chez tous les trois, il a constaté un retard notable et surtout une prolongation considérable de l'élimination.

Muller (5), qui a étudié si complètement l'épreuve du bleu au point de vue de sa physiologie normale, a cherché, dans des cas typiques de néphrite, à en vérifier la valeur au point de vue pathologique. Dans ce but, il ne s'est pas borné à faire une seule épreuve; il a répété cinq ou six fois sur chaque malade, à des intervalles éloignés, l'épreuve du bleu, examinant avec soin chacune des émissions horaires, dosant même la quantité de bleu contenue dans chacune de ces émissions. Il rapporte en détail trois de ces observations ayant donné lieu, chacune, à une série d'épreuves. La dose injectée est double de celle qu'emploient les auteurs français et explique, peut-être, que le retard du début de l'élimination soit moins marqué que celui qu'on note lorsque l'injection est de 5 centigrammes.

Dans la première observation l'injection fut faite à huit heures cinq du matin, et la première élimination du bleu apparut à huit heures cinquante. Le maximum de coloration fut trouvé dans l'urine de onze heures et le dosage montra que c'est à midi que fut éliminée la plus grande quantité de matière colorante contenue dans une seule miction. L'élimination fut nettement continue, polycyclique, avec recrudescence, surtout le matin; elle dura six jours. Il s'agissait d'une néphrite interstitielle typique.

La deuxième observation concerne un malade atteint de néphrite interstitielle qui reçut en injection 10 centigrammes de bleu de méthylène à sept heures; la première élimination, faiblement teintée, apparut à huit heures vingt; le maximum en poids et en coloration fut trouvé dans l'élimination de onze heures et demie; l'élimination fut encore continue, polycyclique, et dura six jours et demi.

La troisième observation concerne un malade atteint de néphrite parenchymateuse chronique. Il reçut en injection 10 centigrammes de bleu. Ses urines furent nettement colorées sept minutes après. Le maximum de poids et de coloration apparut deux heures et demie après l'injection et l'élimination totale ne mit que deux jours à se faire.

Ces trois observations sont tout à fait typiques, surtout étant donné qu'elles ont été recueillies par l'auteur avec un grand luxe de détails et contrôlées à plusieurs reprises pour que l'on fût bien sûr que les résultats étaient exacts.

Czylharz et Donath rapportent un résumé succinct de 18 observations de néphrites observées par la méthode du bleu de méthylène. Les néphrites interstitielles qu'ils ont rapportées sont au nombre de 6; dans 3 d'entre elles, l'élimination du bleu ne commença qu'au bout de deux heures ou deux heures un quart; dans les autres, elle se fit dès la première heure. Quant à la durée de l'élimination, elle est dans 4 observations de six à sept jours et dans tous les cas polycyclique; une fois elle ne dura que quatre jours, fut cyclique mais la coloration de l'urine éliminée fut constamment minime; dans la sixième observation, l'élimination ne dura que trois jours, fut cyclique et la coloration des urines très marquée. C'est dans ce cas où le retard avait été de deux heures un quart.

Les autres observations de Czylharz et Donath sont difficiles à classer, étant donné le peu de détails cliniques que nous donnent ces auteurs. Toutefois nous pouvons relever deux cas de néphrites aiguës : dans l'un, on ne signale que le début de l'élimination qui se fit trente minutes après l'injection; dans l'autre, nous sommes renseignés sur le début, qui se fit au bout de quarante-cinq minutes, et la durée qui fut de cinq jours. La quantité de l'urine variait de 1 200 à 1 500 centimètres cubes; la densité était de 1015 à 1 017 et il y avait 50 centigrammes d'albumine par litre au tube d'Esbach. D'après les seuls détails cliniques que donnent les auteurs, nous savons que, dans ce cas, il y avait une légère hypertrophie du cœur. Il n'y avait pas d'œdème périphérique et il existait dans l'urine des sédiments contenant des cellules rénales et des globules rouges. Les auteurs intitulent leur observation : « Néphrite hémorragique aiguë; » il y a tout lieu de croire, d'après les détails qu'ils donnent, qu'il s'agit d'une poussée aiguë au cours d'une néphrite interstitielle.

Deux autres observations sont cataloguées : « néphrites parenchymateuses. » Dans ces deux cas, le début de l'élimination commença une heure après l'injection mais la durée fut loin d'être la même. Dans une observation, elle fut de deux jours et demi avec élimination cyclique; dans l'autre, l'élimination polycyclique dura sept jours. Là, encore, d'après les quelques détails cliniques que nous donnent les auteurs, une de ces deux observations, celle qui correspond à l'élimination du bleu pendant sept jours semble se rapporter plutôt à une néphrite interstitielle avec poussée subaiguë. Les détails qu'ils nous donnent sont en effet les suivants : la quantité d'urine est de 800 à 1500 centimètres cubes; la densité de 1015, la quantité d'albumine variait de 1 gramme à 1 gramme et demi par litre; il existait une légère hypertrophie du cœur et un peu d'hypertension artérielle; pas d'œdèmes périphériques; les sédiments contenaient des cellules rénales et des globules rouges.

Trois autres observations sont cataloguées sous le nom « néphrites chroniques amyloïdes ». Sur l'une, nous manquons tout à fait de détails cliniques et nous ne savons, au point de vue de l'élimination du bleu, qu'une chose, c'est que le début se fit une heure un quart après l'injection.

Pour les deux autres observations, le début se fit au bout d'une demi-heure dans un cas; l'élimination totale dura deux jours et demi et fut intermittente; la quantité d'urine variait de 1200 à 1500 grammes, sa densité était de 1008 à 1012, la quantité d'albumine était en moyenne de 7 grammes par litre. Il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire, d'abcès froids avec tuméfaction du foie et de la rate. Notons en passant la coïncidence de la tuméfaction du foie, signalée par les auteurs et de l'élimination intermittente du bleu. Dans l'autre observation de dégénérescence amyloïde, le début de l'élimination du bleu se fit à la première heure, la durée fut de trois jours et demi, sans intermittences. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures variait de 600 à 1500 grammes, la densité était de 1016; la quantité d'albumine oscillait entre 29 et 10 grammes. Les détails donnés sur le malade sont les suivants : tuberculose pulmonaire, hypertrophie du cœur, tension artérielle normale, pas d'œdème, abondant sédiment contenant des éléments rénaux de toute nature.

Trois autres observations sont intitulées simplement « néphrites chroniques » sans qu'on ajoute de qualificatif. Dans tous les cas, l'élimination débuta dans la première heure, mais la durée en fut variable. Dans un cas elle fut de trois jours; il s'agit d'un malade présentant de l'hypertrophie du cœur, de l'élévation de la tension artérielle, pas d'œdèmes et d'abondants sédiments dans son urine, contenant des cellules d'origine rénale. La quantité d'urine éliminée par vingt-quatre heures variait de 1100 à 1800 grammes; sa densité oscillait entre 1006 et 1014, la quantité d'albumine contenue était de 50 centigrammes par litre.

Dans la seconde observation, la durée de l'élimination fut également normale, la quantité d'urine oscillait entre 800 et 1300; sa densité entre 1015 et 1025, la quantité d'albumine entre 50 centigrammes à 1 gramme; il n'y avait ni œdème, ni hypertrophie du cœur, ni hypertension artérielle.

Enfin, dans la troisième observation de néphrite chronique, l'élimination dura six jours et fut polycyclique : la quantité d'urine variait de 1200 à 2000, la densité de 1010 à 1013. Il y avait des traces d'albumine, le cœur était hypertrophié, la tension artérielle légèrement élevée; il n'y avait pas d'œdème, pas d'arythmie, pas d'artério-sclérose. Il existait dans leur sédiment urinaire quelques éléments rénaux isolés.

Le dernier cas relevé par Czylharz et Donath concerne une pyélonéphrite consécutive à de la cystite. Il n'y avait pas d'œdème, la tension artérielle était normale; il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur; dans le sédiment on retrouvait des cellules rénales, la quantité d'urine éliminée variait de 1500 à 3500, la densité de 1004 à 1012, il y avait 50 centigrammes d'albumine par litre. Le bleu apparut dans l'urine quarante-cinq minutes après l'injection, l'élimination fut polycyclique avec une coloration très peu marquée et ne dura que trois jours.

Le travail de Pédenko (15) porte sur 79 observations qui, d'après ce que nous dit l'auteur, seront publiées dans un gros travail d'ensemble. Nous n'avons donc pu avoir connaissance des observations elles-mêmes.

Ces 79 cas se décomposent ainsi : 17 néphrites aiguës dont 2 ont été vérifiées anatomiquement; 10 cas de néphrites parenchymateuses chroniques dont le diagnostic a été vérifié 3 fois histologiquement; 16 observations de néphrites interstitielles (dont 9 autopsies); le cas de dégénérescences amyloïdes vérifiées histologiquement et dans lesquelles il y avait quatre fois prédominance du processus interstitiel et deux fois prédominance de lésions parenchymateuses. Dans 10 observations, il s'agissait de malades ayant de l'albuminurie par hyperémie rénale. Les vingt autres cas concernant des sujets n'ayant pas d'altération rénale, ce qu'on a pu vérifier dans 7 cas par l'autopsie.

L'étude de l'élimination du bleu fut faite selon la méthode classique avec quelques légères modifications toutefois au sujet de l'étude du maximum. Pedenko étudie surtout ce qu'il appelle le maximum connu d'élimination (bleu chromogène), qu'il obtenait en portant à l'ébullition l'urine additionnée d'acide acétique et il a établi quatre types de maxima qu'il dénomme : type 1, correspondant à une solution de bleu à 1/50000; type 3/4 qui correspond à une solution titrée à 1/90000; type 1/2 correspondant à 1/200000 de bleu; type 1/4 qui répond à des traces de bleu.

Les conclusions de l'auteur, au point de vue de l'élimination du bleu, sont les suivantes :

1° L'élimination du bleu dépend en grande partie de l'état anatomique du rein, et dans les différentes formes de néphrite se manifeste toujours suivant la règle suivante : plus la lésion de l'appareil excréteur rénale est profonde et étendue, plus intenses sont les altérations de l'élimination.

2° Il est important de se servir toujours de la même préparation de bleu et de suivre l'évaluation du début, du maximum, de la courbe et de la durée de l'élimination totale (bleu plus chromogène) et la durée qu'il est nécessaire de bien étudier.

3° Au point de vue spécial des néphrites, on peut dire que :

a. Si le degré du maximum de coloration de l'urine par le bleu et le chromogène est près du type 1 et si la durée de l'élimination ne dépasse pas cinquante-cinq à soixante-cinq heures, c'est qu'il n'existe pas d'altérations rénales ou que la lésion est bien minime.

b. Si le degré du maximum de coloration est égal au type 1/4 et si la durée de l'élimination dépasse deux fois la normale (cent heures) on peut en déduire qu'il s'agit d'une néphrite interstitielle, ou plus vraisemblablement de lésions étendues et profondes du rein, sans qu'on puisse affirmer

la nature de la lésion qui se définit par l'étude de la quantité d'urine, d'albumine et d'éléments figurés.

c. Lorsque le degré du maximum de coloration était égal au type 3/4 ou 1/2 et si la durée de l'élimination de quatre-vingts, quatre-vingt-dix ou cent heures, dans la majorité des cas, l'intensité des lésions des reins constatées à l'autopsie était proportionnelle à la durée de l'élimination du bleu, sans distinction de la forme anatomique.

III

Interprétation des résultats. — Quelles conclusions est-on en droit de tirer de l'épreuve de la perméabilité rénale et comment doit-on interpréter les divers troubles constatés dans l'élimination du bleu? Cette question qui avait été nettement posée dès les premiers travaux français a été résolue de façon différente par les divers auteurs étrangers.

La plupart d'entre eux, après avoir fait une série d'expériences, admettent comme fondées les conclusions classiques. Nous ne ferons que citer un court résumé de leur travail à la fin de cette revue. D'autres, au contraire, et en particulier les médecins italiens, discutent longuement la valeur que l'on doit accorder à l'épreuve. Les arguments qui ont été mis en avant par ces derniers auteurs, sont en réalité empruntés au professeur Lépine et arrivent à cette conclusion que l'épreuve du bleu peut renseigner exclusivement sur le fait de savoir si le rein laisse normalement passer le bleu mais non pas s'il est perméable aux autres substances. C'est cet argument que nous trouvons reproduit d'une façon presque textuelle dans le travail de Giovanni Nesti; Luigi Devoto (16) y ajoute un détail personnel; il a étudié *in vitro* la diffusion du bleu dans un dialyseur et il a vu que le bleu dialysait moins rapidement si l'on mettait de l'autre côté de la membrane de l'urine albumineuse. Il en conclut que c'est peut-être parce que l'urine est albumineuse que le bleu est éliminé moins rapidement au cours des néphrites. A cette objection on peut facilement répondre qu'il existe justement des néphrites très albumineuses dans lesquelles la perméabilité rénale au bleu est normale ou exagérée tandis que dans certaines néphrites où l'albuminurie est minime ou nulle, l'élimination du bleu est lente et très prolongée.

Ces critiques, basées sur la différence de l'élimination du bleu et des autres substances, peuvent avoir leur valeur au point de vue physiologique pur, mais il semble bien, d'après les expériences qui ont été faites sur ce sujet en France comme à l'étranger, que lorsqu'il y a un trouble dans l'élimination des éléments de l'urine, ce trouble se trouve en même temps dans l'élimination du bleu et de toutes les autres substances, d'une façon non pas égale pour chacune, mais peut-être proportionnelle à un coefficient propre de diffusibilité que Lépine avait bien mis en relief.

D'ailleurs, nous ferons simplement remarquer à ce sujet que le professeur Lépine, tout en ayant mis en relief ce fait que la perméabilité rénale n'est pas la même pour les différentes substances, pensait bien que la perméabilité au bleu pouvait, jusqu'à un certain point, renseigner sur les fonctions du rein, puisqu'il a préconisé une méthode tout à fait analogue, dans laquelle le bleu est remplacé par la rosaniline, trisulfonate de soude.

Les objections de Bodoni sont encore plus absolues que celles des autres auteurs italiens. Pour lui, l'élimination du bleu ne dépend nullement de l'état de la perméabilité rénale mais d'une quantité notable de facteurs, parmi lesquels seul n'intervient pas l'état anatomique ou fonctionnel du rein. A son avis, les variations de l'élimination du bleu sont expliquées surtout par les variations de l'absorption au niveau de la peau, par l'activité réductrice variable des tissus et du sang, par l'action, différente suivant les cas, du système nerveux.

Pour en arriver à nier l'influence de la perméabilité rénale sur l'élimination urinaire du bleu, on pouvait croire que Bodoni se base sur des observations personnelles de sujets sains ou de néphrites. En réalité, les seules observations qu'il rapporte concernent des malades atteints de psychoses diverses. Il n'a pas publié un seul cas d'observation chez un sujet sain, ni chez un malade atteint d'une forme quelconque de néphrite. Ce qui l'a frappé surtout dans ses observations, c'est que le bleu était éliminé quelquefois d'une façon intermittente et il retient le raisonnement suivant : si l'élimination du bleu était due à l'activité des épithéliums rénaux, il faudrait admettre, lorsqu'il y a intermittence, que brusquement il s'est fait une lésion aiguë des épithéliums et dire qu'il s'est produit de la néphrite aiguë pendant que l'on observait l'élimination du bleu. Le second argument de Bodoni est qu'il a trouvé des troubles de la perméabilité rénale au cours de différentes maladies nerveuses, sans qu'aucun autre symptôme lui permette de dire que le rein était lésé. Nous ne croyons pas que les arguments de Bodoni soient suffisants pour faire échec aux observations de tous les autres auteurs. Il est regrettable qu'avant de formuler ses critiques, il n'ait pas eu l'idée d'observer l'élimination du bleu chez un sujet sain ou chez un malade atteint de néphrite interstitielle avérée. D'ailleurs, la plupart des résultats qu'il a obtenus sur des malades atteints de psychoses n'entraînent pas la conclusion que la perméabilité rénale au bleu était très entravée. Nous lisons en effet, pour plusieurs cas, les observations suivantes : Le chromogène était éliminé dès la première demi-heure, le bleu au bout de trois quarts d'heure, il faudrait donc en conclure si l'on adopte les conclusions des auteurs français, que le rein était très altéré. Or, nous savons que si Achard et Castaigne ont soutenu que l'élimination dissociée pouvait être un signe d'imperméabilité rénale lorsque le bleu apparaissait fort tard, ils n'ont jamais dit que l'on devait considérer la perméabilité rénale comme troublée lorsque le bleu apparaissait au cours de la première heure. Quant à l'autre objection que Bodoni tire de l'élimination intermittente du bleu dans certains cas, elle semble ne pas avoir grande valeur, et il est évident que jamais personne n'a eu l'idée, comme le suppose Bodoni, de soupçonner la production d'une néphrite aiguë, parce que l'on constate une intermittence plus ou moins longue.

En somme, ces quelques exceptions étant faites, la plupart des auteurs étrangers admettent que l'épreuve du bleu réussisse vraiment sur l'état de la perméabilité rénale. Ils discutent encore, cependant, sur deux points de détail, à savoir la valeur clinique de l'élimination intermittente.

Au point de vue du chromogène, l'élimination dissociée, c'est-à-dire caractérisée par l'apparition du chromogène dans les délais normaux et du bleu avec un retard notable, n'est pas considérée par la plupart des auteurs (Pedenko, Czylharz et Donath, etc.), comme un signe certain d'insuffisance rénale. Au contraire, Muller pense qu'il faut interpréter l'élimination isolée du chromogène comme un trouble des fonctions d'élimination de l'épithélium rénal, puisque d'après lui le bleu se reformerait au niveau des éléments

nobles du rein aux dépens d'un dérivé incolore contenu dans le sang. Si ce dérivé incolore ne peut être retransformé en bleu, c'est que les épithéliums ont perdu leur activité oxydante.

L'élimination intermittente a été vue nettement par une série d'auteurs. Nous avons déjà relevé en passant une observation de Czylhartz et Donath, dans laquelle il y avait une tuméfaction considérable du foie et élimination intermittente du bleu. Bodoni note de nombreux cas d'intermittences dans ses observations de psychoses ; il les attribue, d'une façon un peu simpliste, à du trouble dans l'absorption sous-cutanée du bleu. Il se forme probablement, dit-il, dans quelques cas, une inflammation aiguë au lieu d'injection, qui s'oppose pendant quelque temps à la diffusion du bleu et explique ainsi l'intermittence.

Bonfigli avait, quelque temps avant ce dernier auteur, constaté très nettement des intermittences et avait cherché à en éclairer la pathogénie. Il avait étudié avec grand soin la réaction des urines au moment de leur émission et avait pu ainsi mettre en relief ce fait sur lequel insiste M. Chauffard que, contrairement à l'opinion de Linossier, les intermittences ne sont pas dues à une alcalinité de l'urine, alternant avec des urines acides qui seraient colorées en bleu. Il manque malheureusement à Bonfigli d'avoir ressenti si dans ces cas il existait de l'insuffisance hépatique. On sait combien fréquemment la glycosurie alimentaire existe au cours des maladies nerveuses les plus variées, et si, dans les cas rapportés par l'auteur italien, ce symptôme était venu s'ajouter à l'élimination intermittente du bleu, ç'aurait été une nouvelle preuve en faveur de l'idée émise par M. Chauffard, à savoir la valeur de ce signe comme un des bons symptômes révélateurs de l'insuffisance hépatique.

La valeur des autres données fournies par l'étude de l'élimination du bleu, à savoir : retard dans le début de l'élimination, prolongation de l'élimination, sont admises par tous les auteurs qui ont étudié l'épreuve du bleu au cours des néphrites et nous ne ferons, à ce point de vue, que citer en quelques lignes les principales conclusions de ces auteurs, à ce sujet.

Czylharz et Donath, après avoir rapporté leurs 35 observations, concluent de la façon suivante : « Si nous résumons maintenant les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches, nous voyons tout d'abord que nous avons pu confirmer le fait principal, à savoir que l'élimination du bleu est entravée dans les cas où il existe un trouble de la perméabilité rénale. Cette entrave dans l'élimination peut se traduire soit par un retard dans l'apparition du bleu dans les urines, soit par une prolongation dans la durée de l'élimination, soit par l'association de ces deux ordres de phénomènes. »

Muller insiste sur ce fait qu'il a trouvé une différence considérable dans l'élimination au cours de la néphrite épithéliale et des néphrites interstitielles. Dans ces dernières, il dit que le retard dans le début de l'élimination et la prolongation de l'élimination constituent des signes très importants au point de vue du diagnostic. Il en conclut que : « l'étude de l'élimination du bleu de méthylène est appelée à donner des résultats excellents au point de vue de l'appréciation de la perméabilité rénale, et que l'on peut espérer aussi que, si l'on réunit de nombreuses observations avec examen histologique, cette méthode pourra renseigner aussi pendant la vie sur l'état anatomique des reins. »

Galeazzi et Grillo disent qu'ils ont observé dans le cours des néphrites un retard et une prolongation marquée de l'élimination. « Les résultats que nous avons obtenus, concluent-ils, nous ont donné la conviction que le procédé des auteurs français est appelé à rendre de grands services particulièrement en chirurgie urinaire. Dans le cas où les lésions sont unilatérales ou quand il s'agit de faire une opération, les suites opératoires dépendant uniquement de l'état fonctionnel de l'autre rein. »

Van Nypelsen n'a observé que des cas de néphrites interstitielles ; il a constaté très nettement retard et prolongation de l'élimination du bleu et il conclut ainsi : « Nous estimons donc que la méthode étudiée par MM. Achard et Castaigne est excellente et donne des renseignements qui, ajoutés à ceux donnés par l'examen du malade et de ses excrétions, aide puissamment à la détermination de la situation morbide exacte du sujet. »

Dans son travail qui est basé sur 76 observations de néphrites de toute sorte, Pedenko arrive à cette conclusion sur laquelle nous terminerons cette étude de bibliographie étrangère :

« L'élimitation du bleu dépend de l'état anatomique du rein, et dans les différentes formes de néphrites, se manifeste le plus souvent d'après la règle suivante : plus les lésions de l'appareil rénal excréteur sont profondes et étendues, plus marqués sont les troubles de l'élimination du bleu ; début maximum d'urée. En somme, l'étude de l'élimination du bleu peut rendre de grands services à la clinique ; son importance diagnostique principale consiste dans la possibilité de reconnaître, dans tous les cas, la néphrite interstitielle atrophique, qui fréquemment, dans une forme latente, peut passer inaperçue ; la valeur pronostique se tire de la possibilité que l'on a, par cette méthode, de se faire une idée de la profondeur et de l'élection du processus pathologique rénal. »

Bibliographie. — 1. J. Castaigne. Diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 11 juin 1898, n° 66, p. 622. — 2. Czylharz et Donath. Élimination du bleu de méthylène par les reins normaux et pathologiques, *Wiener Klin. Wockens.*, 1899, n° 24, 15 juin. — 3. Burghart. Élimination rénale du bleu de méthylène chez le diabétique, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1898. — 4. Albu. — 5. Fr. Muller. Élimination du bleu de méthylène par les reins, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1899, t. LXIII, p. 130. — 6. Rodolfo Bonfigli. Sulla eliminazione del bleu de metilene nell epilessia, nell isterismo ed in alcune forme mentali. *Riv. sper. de frenatria e di med. legale*, 1899, p. 387. — 7. Erlich. — 8. Horsley. — 9. Van de Velde. *La perméabilité rénale chez les femmes enceintes et chez les éclamptiques*, communication au Cong. de gynécol. d'Amsterdam et Th. de Leyde, 1899. — 10. Galeazzi et Grillo. L'application de la méthode du bleu de méthylène à la chirurgie rénale et à l'étude des altérations fonctionnelles des reins consécutives à la chloroformisation, *Il policlinico* (p. chirurgicale), 1899, n° 18. — 11. Pietro Bodoni. Sur le passage du bleu de méthylène à travers le rein dans les diverses formes de psychoses, *Riv. sper. di frenatria e di med. legale*, 1899, p. 788. — 12. G. Nesti. Diagnostic de la perméabilité rénale par les injections de bleu de méthylène, *La settimana medica*, 16 et 23 juillet 1898, n°s 29 et 30. — 13. Muggia. Diagnostic de la perméabilité rénale chez les enfants. *Gaz. med. di Torino*, fév. 1898, n°s 16, 17, 24. — 14. Van Nypelsen. Diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène, *La Clinique*, 1898, n° 42, p. 689. — 15. A. Pédenko. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'excrétion du bleu de méthy-

lène dans les diverses formes de néphrites, *Gazeta Botkina*, juillet 1899 (*en russe*). — 16. Devoto. Fonctions rénales et perméabilité rénale. *Clin. med. ital.*, n° 9, 1898.

REVUE DES THÈSES

De l'empyème des cellules ethmoïdales, par M. le docteur P. Soubeyran. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

A propos d'un cas d'empyème des cellules ethmoïdales, ouvert dans l'orbite, M. Soubeyran fait une revue générale de l'empyème ethmoïdal.

Un chapitre détaillé est d'abord consacré à l'étude anatomique des masses latérales de l'ethmoïde, en insistant sur leurs rapports et sur la distribution des cellules ; ces dernières sont divisées en cellules antérieures et cellules postérieures, qui elles-mêmes comprennent quatre groupes : 1° la bulle ethmoïdale ; 2° la cellule rétro-infundibulaire (ces deux groupes s'ouvrant dans la gouttière rétro-bulbaire) ; 3° le groupe de l'infundibulum ; 4° le groupe ethmoïdo-unguéal (ces deux derniers s'ouvrant dans la gouttière de l'infundibulum.) Puis l'auteur passe en revue les divers chapitres de l'histoire clinique de cette affection, en insistant sur sa fréquence qui tient aux propagations de la cavité nasale, et sur ses formes (empyème ouvert, isolé, ou associé aux sinusites voisines ; empyème fermé avec ses complications orbitaires ; empyème mixte ; empyème latent, etc.).

Le diagnostic en est difficile, mais le chapitre le plus approfondi est celui du traitement qui doit être essentiellement chirurgical.

Trois voies s'offrent : les voies nasales, orbitaire antérieure, frontale inférieure, et chacune de ces voies a ses indications spéciales.

L'auteur après Luc divise les indications en quatre groupes : empyème isolé, empyème ethmoïdal avec phlegmon orbito-palpébral sans empyème frontal, empyème ethmoïdal avec empyème frontal sans fusée orbitaire, empyème ethmoïdal avec phlegmon orbito-palpébral et empyème frontal. Au premier ordre de faits convient la voie nasale ; au deuxième la voie orbitaire antérieure ; au troisième la voie frontale inférieure : au quatrième une combinaison de la voie orbitaire et de la voie frontale. L. I.

De la reconstitution de l'urètre périnéal, par la suture à un seul plan, par M. le docteur E. Malbois. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Les procédés qui permettent de reconstituer par la suture l'urètre périnéal peuvent être divisés en deux grands groupes :

Ceux qui cherchent la restauration de l'urètre par suture bout à bout,

Ceux qui la confient aux parties molles péri-urétrales.

Dans les premiers se classent :

a. La suture totale ou à étages, qui après reconstitution de l'urètre clive le périnée en deux plans distincts de sutures.

b. Le procédé qui ne reconstitue que l'urètre par suture de ses segments et confie la réparation périnéale au bourgeonnement des parties molles.

c. Celui qui, après suture de l'urètre, supprime le plan moyen ou musculaire de la suture à étages et ne fait qu'un seul plan de sutures cutanéo-musculaires au-dessus du canal.

Dans les seconds on trouve :

a. Le procédé de Guyon-Albarran, qui font autour de la sonde à demeure un plan de sutures péri-urétrales, souvent un plan moyen, et toujours un plan cutané.

b. *La suture à un seul plan* qui confie la réparation de l'urètre aux parties molles tout en ne plaçant que quelques fils qui embrassent toute l'épaisseur du périnée.

C'est le procédé qu'emploie le professeur Tédenat. Il est le plus simple et le plus sûr, c'est le procédé de choix.

Dans les traumatismes moyens ou graves, la seule intervention est l'incision périnéale, toujours terminée par la suture immédiate. Il n'existe que deux contre-indications à cette suture immédiate ce sont : 1° broiement considérable des tissus ; 2° signes d'infection du foyer de rupture dès les premiers jours.

Dans tous les cas, on fera *la suture à un seul plan*.

Dans les interventions pour rétrécissement, la suture primitive est indiquée si l'on est sûr de la vitalité, de l'asepsie des tissus et des matériaux de la suture ; et si l'excision des masses calleuses et du rétrécissement n'ont pas laissé une brèche trop étendue. Elle est contre-indiquée, s'il existe des fistules périnéales avec abcès urineux, ou s'il y a infiltration d'urine.

Dans ces différentes interventions, la reconstitution de l'urètre est toujours très suffisamment assurée par les tissus péri-urétraux, ainsi que le démontre depuis longtemps la clinique.

Le drainage nécessaire dans la suture à un plan que dans les cas où l'asepsie des tissus est douteuse.

La sonde à demeure est nécessaire pendant les premiers jours qui suivent l'intervention (de deux à cinq jours).

La suture totale donne rarement la réunion immédiate, elle s'accompagne très souvent d'une fistulette qui retarde la guérison.

La suture à un seul plan donne des succès autrement complets. La réunion est plus rapide et le plus souvent primitive.

Dans tous les cas, qu'il y ait eu ou non réunion primitive, il faudra aussitôt que possible faire des séances de dilatation régulière du nouvel urètre. L. I.

Contribution à l'étude des résultats de la sympathicectomie dans le goitre exophtalmique, par M. le docteur H. Marquès. (Thèse de Montpellier 1900-1901.)

A propos d'un cas de sympathicectomie pour goitre exophtalmique, et puisque l'intervention sur le sympathique cervical est commandée par la similitude que l'on voit entre les principaux symptômes de la maladie de Basedow, et le tableau offert par une excitation intense de ce nerf, l'auteur a réuni les diverses observations de résection du sympathique pour goitre exophtalmique, et a recherché quels ont été les résultats de l'opération sur chacun des symptômes. Ce qui frappe immédiatement, c'est l'inconstance de ces résultats ; chez tel malade on voit l'exophtalmie disparaître, le goitre diminuer, la tachycardie persister, le tremblement s'améliorer ; chez tel autre, c'est le tremblement qui disparaît, l'exophtalmie qui diminue, la tachycardie et le goitre qui ne sont pas modifiés. Toutes les combinaisons sont possibles. Sans doute, les cas ne sont pas tous semblables, et l'opération elle-même a varié depuis la simple section jusqu'à la résection totale du sympathique cervical, et ces différences peuvent expliquer en partie la diversité des résultats ; mais même dans des cas à peu près semblables, où le mode d'intervention a été le même, les résultats diffèrent. L'auteur remarque aussi que peu de malades ont été revus à une date très éloignée de l'opération ; de sorte qu'on ignore encore si les résultats obtenus sont vraiment définitifs.

C'est sur l'exophtalmie que les résultats les plus nets paraissent acquis ; le plus souvent elle diminue, et cette diminution est très rapide ; elle a été constatée dès le lendemain de l'opération et parfois dès le soir même. C'est dans les cas où l'on a enlevé le ganglion cervical supérieur que l'on a obtenu les meilleurs résultats sur l'exophtalmie. Parfois ce symptôme, bien amélioré par l'opération, disparaît totalement au bout d'un temps plus ou moins long. La récidive n'est pas fréquente (2 cas seulement).

La diminution du goitre est assez fréquente; sa disparition rare; mais il arrive que ce symptôme ne soit pas modifié. Il existe deux cas de récidive du goitre.

L'effet obtenu sur la tachycardie est des plus inconstants, pourtant le plus souvent elle diminue; mais il est très rare qu'elle disparaisse totalement, elle peut même augmenter après l'opération. La résection totale (y compris le ganglion cervical inférieur), qui théoriquement doit donner d'excellents résultats pour la tachycardie, n'a point donné pratiquement ce qu'en avaient fait espérer ses promoteurs.

Quant aux palpitations, le plus souvent elles sont abolies, alors même que la fréquence du pouls n'est pas modifiée.

Le tremblement semble partager avec l'exophtalmie, la fréquence de l'amélioration, il est très rare qu'il ne soit pas modifié, en général il diminue, sa disparition est fréquente.

L'état général des malades est le plus souvent amélioré par l'opération. L'auteur n'a pu rechercher quels ont été les résultats sur les symptômes dits accessoires de la maladie de Basedow (troubles musculaires psychiques, digestifs, génitaux, respiratoires, etc., etc.), car dans la majorité des observations il n'en est pas fait mention. L. I.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

XIIIe Congrès international de médecine, Paris 1900 (1), comptes rendus publiés sous la direction de A. CHAUFFARD, secrétaire général.

Grâce au compte rendu de la *Gazette des hôpitaux*, nos lecteurs ont pu, il y a un an, se faire une idée d'ensemble de la masse énorme de travaux qui furent publiés au dernier Congrès international de médecine. Masse énorme, car elle forme, en effet, actuellement, 17 volumes grand in-8° avec figures hors texte.

Par suite de l'organisation du Congrès et grâce au dévouement et au zèle du secrétaire général et des différents secrétaires de section, on a pu mener à bien la publication de ces volumes de comptes rendus avec la plus grande rapidité. Le XIIIe Congrès international de médecine s'est tenu à Paris, du 2 au 9 août 1900 : au 10 août 1901, c'est-à-dire *une année après jour pour jour*, la librairie Masson aura publié les 17 volumes de comptes rendus de ce Congrès : c'est là, croyons-nous, un fait sans précédent dans les annales des Congrès internationaux et dont nous sommes heureux de féliciter tout à la fois les secrétaires et les éditeurs.

Les deux sections qui viennent de paraître en dernier lieu, la section de Pathologie interne, publiée par M. Rendu, et la section de Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale, publiée sous la direction de MM. Gilbert et Chassevant, forment en particulier deux recueils bourrés de faits aussi instructifs qu'attrayants pour le praticien.

Maladies de l'estomac : *manuel pratique à l'usage des médecins et des étudiants* (2), par le docteur Max EINHORN, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine et à l'hôpital post-graduate de New-York, médecin du dispensaire allemand. Traduit de l'anglais par le docteur Ferréol T. LABADIE (de New-York).

Cette traduction française du livre de Einhorn, qui a déjà eu tant de succès à l'étranger, est conforme à la troisième édition qui paraîtra bientôt en anglais. Ce livre, éminemment pratique, contient beaucoup d'idées nouvelles et originales sur les maladies de l'estomac. On y trouvera successivement traités de main de maître : les chapitres concernant : l'anatomie et la physiologie de l'estomac; les méthodes d'examen; la diète; le traitement local de l'estomac; les maladies organiques avec lésions constantes; les maladies fonctionnelles avec lésions variables; les anomalies concernant la dimension, la forme et la position de l'estomac; les affections nerveuses de l'estomac; l'état de l'estomac dans les maladies des autres organes. Nous sommes persuadés que cet ouvrage obtiendra auprès des médecins et étudiants français le même succès qu'en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, et que le monde médical lira avec intérêt une œuvre si savamment compilée, fruit de longues et laborieuses expériences.

(1) *Conditions de publication.* — Chaque volume est vendu séparément 5 francs (le port en plus). On peut souscrire pour l'ensemble des 17 volumes au prix de 50 francs.
Plusieurs volumes étant sur le point d'être épuisés, on est prié de souscrire dès maintenant.
Chaque membre du Congrès a reçu gratuitement le volume de la section à laquelle il a été inscrit. — Il peut se procurer les volumes des autres sections au prix de 4 francs (port en plus) et souscrire à l'ensemble au prix de 45 francs.

(2) In-8°, avec 60 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des blessures de guerre (1), par MM. NIMIER et LAVAL.

Cet ouvrage fait suite aux précédents travaux de ces auteurs sur la chirurgie d'armée.

MM. Nimier et Laval, après la description du champ de bataille où devra opérer le médecin militaire, montrent la situation difficile entre toutes dans laquelle se trouvera le chirurgien au milieu d'une quantité parfois considérable de blessés, devant pouvoir prodiguer ses soins avec toute la science, le dévouement et la rapidité désirables.

Ils montrent ensuite quelle doit être l'action chirurgicale dans chacun des postes échelonnés entre le lieu du combat et l'hôpital où doit s'achever le traitement des blessés.

MM. Nimier et Laval passent alors à l'étude détaillée du traitement des différentes variétés de blessures qui se trouveront certainement après une action; le lecteur y trouvera tous les documents circonstanciés, et les indications opératoires précises, en honneur actuellement au Val-de-Grâce, et d'ailleurs aussi dans le monde chirurgical.

Somme toute, non seulement les médecins militaires de profession, mais encore les praticiens de la ville, appelés un jour à donner leurs soins sur le champ de bataille, trouveront dans cet ouvrage les renseignements les plus utiles pour leur instruction en temps de campagne.

Thérapeutique des maladies de l'oreille. *Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale* (2), par MM. LERMOYEZ et BOULAY.

Dans deux petits volumes, élégamment reliés, dont le format est bien connu de nos lecteurs, MM. Lermoyez et Boulay ont résumé la thérapeutique des maladies de l'oreille.

La nécessité de ce genre de publication devient chaque jour plus pressante, en particulier pour tout ce qui concerne les spécialités. Il est incontestable qu'à l'heure actuelle, le côté thérapeutique des sciences médicales occupe une place prépondérante et légitime. Le temps n'est plus aux discussions théoriques, intéressantes sans doute, mais futiles et vaines dans leurs résultats.

Aussi, de toutes parts, naissent des livres de thérapeutique. Si leur utilité est indiscutable pour la médecine et la chirurgie générales, leur nécessité s'impose pour tout ce qui concerne les spécialités, dont beaucoup encore ne sont que peu ou point enseignées à la Faculté.

L'otologie s'est tellement développée depuis ce dernier quart de siècle, qu'on peut dire qu'elle s'est complètement transformée et qu'elle est devenue une science nouvelle. Elle a son anatomie, minutieuse en ses détails, sa pathologie, avec son cachet particulier, nécessitant un examen

(1) In-12, 52 grav. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-18 jésus. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

d'après un mode bien réglé, indispensable à connaître, exigeant des interventions délicates, avec une instrumentation spéciale, et une minutie qu'on ne rencontre guère ailleurs.

Or, l'enseignement de tout ceci n'existe guère officiellement. Aussi, l'étudiant et le médecin sont-ils presque tous ignorants de cette branche de l'art de guérir. C'est pour tâcher de combler cette lacune, que MM. Lermoyez et Boulay ont écrit leur petit livre, conçu à la mode du jour, c'est-à-dire essentiellement pratique, prenant l'étudiant dès le début et commençant par lui montrer ce qu'est l'oreille, comment elle est constituée, comment et à l'aide de quels instruments on l'examine, comment et par quels soins on s'oppose au développement de ses maladies, etc.

La compétence bien connue des auteurs nous dispense de dire que ce livre d'apparence modeste est au courant des dernières découvertes qui concernent ce point spécial de la pathologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de medecine.* — Un concours pour les prix à décerner en 1901 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le lundi 9 décembre 1901, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général, au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

Distinctions honorifiques. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Budin et Landouzy (de Paris).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Castex, Chevallereau, Letulle et A. Ricard (de Paris); Ballivet (de Gex); Deux-Desprès (de Verteuil); Dumas (de Lédignan); Garnier (de Dijon) et Vosy (de Choisy-le-Roi).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 30e semaine, 859 décès, chiffre à peu près égal à celui de la semaine précédente (850), et inférieur à la moyenne des semaines de juillet (926).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (la moyenne est 10).

La variole, avec 3 décès seulement, paraît être en diminution sérieuse, puisque le nombre des cas signalés par les médecins s'élève à 33, au lieu de 51, 60 et 64 pendant les semaines précédentes.

La rougeole a causé 15 décès (la moyenne est 21).

La scarlatine a causé 6 décès (la moyenne est 5); la coqueluche, 8 (moyenne 6).

La diphtérie a causé 13 décès (la moyenne est 5). Le nombre des cas signalés par les médecins reste toujours assez élevé (103 au lieu de 102 et 113 pendant les semaines précédentes).

La diarrhée infantile est en augmentation ; elle a causé 91 décès, au lieu de 69 (moyenne 99) chez les enfants de 0 à 1 an.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 98 décès, au lieu de 96 pendant la semaine précédente et au lieu de 109, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 13; pneumonie, 20; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (chiffres identiques aux moyennes) dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 25 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 144 décès; la méningite tuberculeuse, 10 décès ; la méningite simple, 26 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès ; les maladies organiques du cœur, 45 ; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinal ont causé 9 décès ; la cirrhose du foie, 6 ; la néphrite, 22 ; enfin, 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

Étudiant ayant passé le troisième examen demande remplacement en province. — M. Crapez, 6, rue Dupuytren.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 90. — MARDI 6 AOUT 1901. 74e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1901. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit remontant jusqu'a la racine de la cuisse, après un écrasement du pied par roue de wagon; conservation du membre; guérison, par M. Thévenot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. — Médecine pratique. Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire, d'après M. Albert Jalaguier. — Séance de la Société de chirurgie. — Revue des Thèses. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du rein chez l'enfant et chez l'adulte (M. Puig Amessler); — De l'abaissement de la cataracte (M. E. Lafon); — De l'opération d'Alquié-Alexander (M. Wladimiroff); — Le prurigo chez l'enfant (M. C. Mas). — Revue bibliographique. — Thèses de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

GANGRÈNE GAZEUZE BÉNIGNE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

REMONTANT JUSQU'A LA RACINE DE LA CUISSE, APRÈS UN ÉCRASEMENT DU PIED PAR ROUE DE WAGON; CONSERVATION DU MEMBRE; GUÉRISON.

Par M. Thévenot,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

La gangrène gazeuse était, il n'y a pas encore longtemps, considérée comme une complication des plaies non seulement très grave, mais presque toujours mortelle. Cette opinion, nettement formulée par Salleron, n'est plus admise aujourd'hui et l'expérience a montré que l'on peut observer la guérison de certains malades atteints de septicémie gangréneuse aiguë, et alors que l'examen bactériologique, indispensable dans l'espèce, avait permis de reconnaître le vibrion septique dans la sérosité recueillie. Cette dernière constatation est indispensable, car des infections microbiennes variées peuvent simuler la gangrène gazeuse que définissent, d'après M. le professeur Forgue, la spécificité microbienne et la spécialité symptomatique. Les cas de guérison sans intervention radicale, sans amputation, sont, sinon exceptionnels, cependant rares, et à ce titre, il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante que nous avons recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur A. Poncet.

Observation. — *Écrasement du pied droit, avec plaie par roue de wagon. Gangrène aiguë du pied. Infiltration gazeuse remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Opération conservatrice. Guérison.* — Jean F..., vingt-deux ans, maçon à Rive-de-Gier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 18, le 6 novembre 1900, pour un traumatisme grave du pied droit; le 2 novembre, il avait eu le pied droit écrasé par une roue de wagon; il en était résulté une plaie située au-dessous et en avant de la malléole externe, qui fut pansée sommairement. Le 5 novembre, le malade fut pansé à nouveau et, la gangrène du pied étant apparue, fut pour ce motif envoyé à l'hôpital.

A son entrée, on constate que la plaie de la région malléolaire, irrégulière et anfractueuse, intéresse l'articulation tibio-tarsienne, car les mouvements du pied provoquent l'écoulement d'un peu de synovie. Le pied est déjà gangrené (gangrène humide aiguë avec gaz abondants) jusqu'au niveau de l'articulation de Chopart. Du côté de la jambe, on trouve, le long de la saphène interne, une teinte bronzée des téguments qui sont distendus, soulevés par des gaz; une infiltration sanguine diffuse de la jambe modifie l'aspect de la région. Le long de la cuisse, la peau a conservé ses caractères normaux, mais l'emphysème remonte le long de la saphène jusqu'à la terminaison de celle-ci. Ces lésions locales ont évolué en quarante-huit heures, en même temps que l'état général s'altérait. Le malade a de la dyspnée, la température rectale est de 39°8, le pouls, bon, bat à 108.

En présence de cet état relativement favorable, et surtout devant le refus énergique du malade d'accepter une intervention radicale, je me contente d'inciser largement tous ces foyers : une incision externe élargit la plaie et ouvre l'articulation tibio-tarsienne; une incision interne rétromalléolaire permet d'évacuer une collection de liquide sanieux mélangé de gaz; trois incisions enfin sont faites le long de la saphène interne, une à la partie moyenne de la jambe, une à sa partie supérieure, une à la racine de la cuisse. Le malade est pansé à plat à la gaze iodoformée en même temps que l'on soutient son état général. La nuit est bonne et le lendemain on constate, en changeant le pansement, que les lésions paraissent arrêtées dans leur évolution. La température est tombée, la dyspnée a cessé, le malade se trouve mieux. Le pansement est alors renouvelé aussi rarement que possible, en attendant que le sphacèle du pied fût très nettement limité.

Le 21 novembre, on intervient à nouveau. A ce moment, il existait un sphacèle total du pied et le sillon d'élimination qui s'était produit représentait à peu près la ligne d'incision d'une amputation sus-malléolaire, suivant le procédé de Guyon; aussi est-ce cette intervention qui fut faite d'une façon atypique. Les téguments ayant été sectionnés suivant le sillon d'élimination, on fit à la rugine et au ras des portions sphacélées une désarticulation du pied; le lambeau que

j'avais alors étant notoirement insuffisant pour recouvrir la perte de substance, on réséqua de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné la quantité strictement nécessaire pour avoir un lambeau suffisant.

L'opération ayant eu lieu au milieu des masses sphacélées, aucune suture ne fut faite. La plaie fut recouverte de gaze iodoformée et le lambeau maintenu contre la surface à recouvrir par quelques tours de bande. Aucun vaisseau ne fut lié ou tordu au cours de cette intervention, pas même la tibiale antérieure ou la tibiale postérieure, et cependant leur examen montra qu'ils étaient perméables, et qu'il n'y avait pas de caillots dans leur intérieur. La cause de cette hémostase spontanée nous échappe, mais le fait a été noté plusieurs fois par M. Poncet, soit dans des septicémies gangréneuses, soit dans des cas d'infection particulièrement intense.

Les suites opératoires furent très simples. La cicatrisation se fit lentement, mais sans accidents, et le malade quitta l'Hôtel-Dieu pour aller terminer sa guérison dans un hospice de convalescence. Actuellement, la plaie est complètement cicatrisée et le malade marche en s'appuyant sur son moignon.

L'examen bactériologique de la sérosité, recueillie au cours de la première intervention, a été pratiqué par M. L. Dor, chef du laboratoire de la Clinique. Il montre l'existence du vibrion septique, et deux cobayes inoculés par lui avec du bouillon ensemencé moururent en douze heures de gangrène gazeuse.

Cette observation nous a paru confirmer deux points spéciaux sur lesquels des cas antérieurs avaient déjà appelé notre attention.

Tout d'abord, ce sont les avantages qu'offre en pareil circonstance la mise à l'air du foyer infecté. On sait depuis bien longtemps que le vibrion septique, comme tous les anaérobies, ne se développe que dans les plaies anfractueuses, irrégulières, au fond de trajets où il se trouve à l'abri de l'oxygène de l'air. Le premier temps du traitement conservateur, quel qu'il soit, ce sera donc la suppression de cette condition nécessaire au développement du bacille, et la chirurgie à ciel ouvert, si féconde dans le traitement des plaies infectées, trouve là une nouvelle et indiscutable indication. Le drainage de la plaie, les pointes de feu ou de petites incisions au thermocautère sur le trajet de la gangrène, doivent donc être et sont en effet, la plupart du temps, inefficaces.

Cette notion de la mise à l'air du foyer, nous la voyons déjà se dessiner dans la thèse que Testevuide écrivait sous l'inspiration de M. le professeur Tillaux (*Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées*, Th. de Paris, 1897), et où nous trouvons les conclusions suivantes :

Le traitement doit être institué sans retard, et deux méthodes s'offrent au chirurgien :

1° Amputation ou désarticulation;

2° Traitement conservateur par de larges incisions et un pansement sec iodoformé, emprisonnant de l'air dans les plaies.

Pour augmenter cet apport d'oxygène, l'eau oxygénée paraît tout indiquée; ainsi s'explique les succès thérapeutiques qu'elle a donnés dans ces dernières années et qui la rendent de beaucoup supérieure aux autres agents de pansement.

Mais il est une autre notion qui se dégage non seulement de ce cas, mais des observations de gangrène gazeuse en général. Tantôt, en effet, on se trouve en présence d'accidents suraigus, à évolution très rapide, amenant d'emblée les symptômes généraux d'une intoxication profonde; c'est en vain que la thérapeutique cherche à enrayer l'affection, et le sacrifice du membre est même bien souvent inutile. C'est là la forme maligne bien connue de la gangrène gazeuse.

A côté de la forme sphacélique foudroyante, il existe une variété de gangrène infiniment moins grave, susceptible de guérir seule, sans mutilation, sans intervention chirurgicale grave et à laquelle convient bien le nom de gangrène bénigne.

Il en est donc de la gangrène gazeuse comme de la pustule maligne, et il semble qu'il y a lieu, à côté de la gangrène gazeuse maligne, d'envisager l'existence d'une autre forme de cette affection, la gangrène gazeuse bénigne.

Cette innocuité relative de cette complication ne peut s'expliquer que par la résistance du terrain, résistance dont le mécanisme nous échappe encore.

Quoi qu'il en soit, l'agent pathogène est bien le même dans les deux cas, c'et le vibrion septique.

A quels signes reconnaîtra-t-on une gangrène gazeuse bénigne?

Son apparition plus tardive, une évolution locale moins rapide, etc., mais surtout un état général satisfaisant et dont témoignent, en dehors de l'absence de dyspnée, d'agitation, etc., le pouls et la température, formeront la base du pronostic.

Ces divers éléments d'appréciation inspireront également la conduite chirurgicale. Dans ces cas, en effet, le traitement sera essentiellement conservateur, l'ouverture large des foyers infectieux, les pansements à ciel ouvert, les arrosages avec l'eau oxygénée, si puissante en pareil cas, sont tout particulièrement indiqués.

La facilité relative avec laquelle guérit cette forme de gangrène explique, pensons-nous, comme pour la guérison de la pustule maligne, la faveur dont ont joui tour à tour les médicaments employés dans ces cas. Cette forme est rare, mais il est facile de retrouver des cas analogues au nôtre dans la littérature médicale.

MÉDECINE PRATIQUE

Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire.

D'après M. Albert Jalaguier (1).

L'excellente thèse de M. Jalaguier met bien au point cette question si intéressante de l'emploi du cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. Après la récente communication de M. Armand Gautier à l'Académie de médecine (2), il est inutile de revenir sur une historique bien connue. Laissant donc de côté le chapitre où M. Jalaguier l'étudie avec une rare conscience, nous ne retiendrons que les points qui peuvent intéresser plus particulièrement le praticien :

Le cacodylate peut en effet être employé de trois façons : en lavements, en pilules, en injections hypodermiques. Le traitement par les *injections intra-rectales* n'est pas à recommander, ces injections présentent beaucoup des inconvénients des pilules, étant plus difficiles à administrer, pouvant provoquer des phénomènes inflammatoires du côté du rectum et même s'accompagner d'albuminurie (Renaut).

Quant aux *pilules*, on peut les prescrire lorsque le médecin habituel du malade ne peut pratiquer lui-même les injections de cacodylate. Mais, comme il est capital de ména-

(1) Th. de Paris, 1901.

(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 79, p. 765.

ger l'estomac des tuberculeux, il est absolument nécessaire, avant de les ordonner, de s'enquérir soigneusement de la façon dont se comporte le tube digestif des malades. Lorsqu'il existe déjà des troubles gastro-intestinaux, l'usage des pilules est formellement contre-indiqué. Dans les autres cas, et seulement si l'on ne peut faire d'injections hypodermiques, il convient d'ordonner les pilules à la dose d'un centigramme deux fois par jour avant le repas, une semaine sur deux, concurremment avec le sirop iodotanique. Ne jamais laisser les sujets sans surveillance pendant plus de quinze jours, cesser le traitement dès l'apparition des plus petits signes d'intolérance.

On a aussi prescrit quelquefois le cacodylate de soude sous forme de *gouttes* ou de *granules*, suivant une des formules suivantes :

Gouttes.

Cacodylate de soude........	4 grammes.
Eau distillée................	100 —

v gouttes = 0g01 de cacodylate.

Granules.

Cacodylate de soude.........	1 gramme.
Excipient..................	25 grammes.

Pour 100 granules. Une granule = 0g01 de cacodylate.

La méthode des *injections* est la plus habituellement employée. Il convient d'abord, avant de dire en quoi elle consiste, de rappeler les caractères chimiques de l'acide cacodylique pur. L'acide cacodylique doit être cristallisé, blanc, à peine acide au goût au début. Il doit être exempt de tout principe arsenical. 100 parties d'acide cacodylique sel saturent exactement 28,99 de soude caustique. Il ne faut conserver l'acide cacodylique pur ni dans des boîtes métalliques, ni dans des boîtes ouvertes, sans quoi il s'altère rapidement (Gautier).

Le cacodylate de soude ne doit donner de précipité ni par un excès d'eau de chaux mêlée d'eau de baryte, ni par un mélange d'ammoniaque, de chlorure d'ammonium et de sulfure de magnésium, ni, en solution chlorhydrique, par l'acide sulfhydrique. Il ne doit ni être réduit par le zinc à froid, ni donner de louche par le nitrate d'argent.

Pour l'administration de ce sel, en injections sous-cutanées, voici les deux formules proposées par M. Gautier.

Dans la première, on prépare extemporanément le cacodylate de soude :

Acide cocadylique pur.........	5 grammes.
Soude caustique pure.........	Q. S.

pour neutraliser jusqu'à virage en présence d'une trace de phtaléine.

Chlorhydrate de cocaïne......	*huit centigr.*
Créosote dissoute dans 18 grammes d'alcool.................	v gouttes.
Eau distillée................	Q. S.

pour 100 centimètres cubes.

Dans la seconde, on prend du cacodylate de soude industriel :

Cacodylate de soude pur...	6g40
Alcool phéniqué à 1/10....	x gouttes.
Eau distillée..............	100 cent. cubes.

Porter un instant à ébullition en évitant l'usage des capsules autres que celles de porcelaine ou d'argent, et surtout les filtrations à chaud sur le papier. Rétablir les 100 centimètres cubes, verser en flacons stérilisés ou répartir en ampoules.

Une trace d'acide phénique est nécessaire pour la conservation de la solution. On constate en effet la présence d'un champignon dans les solutions vieilles sans acide phénique exposées à l'air. Quant à l'addition de cocaïne, elle est beaucoup moins légitime, et M. Jalaguier fait justement remarquer que même une dose minime ne serait pas sans inconvénients, dans un traitement qui ne vaut que par sa longue durée.

Pour faire l'injection, on se servira d'une seringue de Pravaz ordinaire, fréquemment stérilisée et bouillie, et conservée dans un récipient parfaitement aseptique. L'aiguille de platine sera passée à la flamme. On verse la solution dans une cuillère parfaitement propre, et on fera l'injection en ne négligeant aucune des précautions antiseptiques. Le lieu d'élection est la partie antéro-externe de la cuisse et la paroi abdominale. L'injection, poussée lentement, n'est pas douloureuse et ne provoque jamais de réaction inflammatoire, à peine peut-on constater une légère ecchymose si l'aiguille n'a pas été enfoncée assez profondément.

Peu d'accidents à signaler à la suite des injections. Quelquefois cependant, vers le quatrième ou cinquième jour du traitement, les malades accusent des coliques sèches, une sensation passagère de barre épigastrique, ou se plaignent de diarrhée non douloureuse ou encore d'une éruption d'acné. Ces accidents seront encore plus rares si l'on adopte comme règle absolue de ne commencer que par de très faibles doses, d'augmenter lentement et progressivement, de surveiller toujours attentivement le malade.

Chez les enfants, les quantités maxima pour vingt-quatre heures sont de :

0g03 ou 0g04 de dix à quinze ans ;
0g02 ou 0g03 de six à dix ans ;
0g01 ou 0g02 de trois à six ans.

Les enfants semblent mieux supporter le cacodylate que les adultes, et ni M. Rocas, ni M. Josias qui l'ont systématiquement employé, n'ont observé de phénomènes d'intolérance ; on peut donc, en injections, donner aux enfants les doses conseillées pour les adultes sans dépasser 0g05 en commençant très progressivement.

Quel est le mode d'action du cacodylate ? Cette action n'est pas la même que celle de l'arsenic. Dans le sel, en effet, l'arsenic existe sous une forme organique et éminemment moins toxique. La médication cacodylique produit un rajeunissement de la cellule et une reproduction active des tissus, c'est un excitant de la nutrition et de l'assimilation. En excitant la formation leucocytaire, elle permet aux globules blancs de nous débarrasser des bactéries et de leurs toxines. C'est par ce mécanisme, et non par une action spécifique sur le bacille de Koch, que le cacodylate nous permet de lutter contre l'infection tuberculeuse.

Dans la plupart des observations, on lit en effet que l'état général s'est rapidement amélioré sous l'influence des piqûres. L'action du cacodylate, disent MM. Widal et P. Merklen, consiste à relever le chiffre des hématies diminué dans les états anémiques ; cette action paraît souvent d'autant plus puissante que le nombre des hématies était primitivement plus abaissé, elle est nulle lorsque le médicament est injecté à des sujets dont la richesse globulaire est normale. Lorsque les malades consentent à se traiter longtemps, la respiration se fait mieux, le pouls diminue de fréquence, les sueurs nocturnes tendent à disparaître, le sommeil renaît. Lorsque l'état général n'est pas amélioré, c'est que, le plus souvent, on a affaire à une tuberculose rapide, de funeste pronostic. Il semble qu'il y ait là une action analogue à celle que produit la tuberculine et que les tuberculeux avancés ou dont la maladie suit une marche fatale ne supportent pas les injections de cacodylate de soude.

L'appétit est le plus souvent augmenté à la suite des injections de cacodylate, les vomissements sont exceptionnels ; quant aux légères coliques et à la diarrhée passagère dont nous avons déjà parlé, elles peuvent être mises sur le compte du changement de nourriture du malade, en tout cas, elles ne persistent jamais.

Les tableaux annexés à la thèse de M. Jalaguier montrent que, dans la majorité des cas, le poids a augmenté à la suite des injections, et, là encore, les tuberculeux qui ne bénéficient pas de la médication cacodylique semblent voués à une mort très prochaine. Quant à la température, son évolution est variable suivant les cas. Dans les tuberculoses à formes granuliques, le traitement ne semble jouer aucun rôle; dans les formes broncho-pneumoniques les résultats sont inconstants; enfin, dans quelques cas, la température s'abaisse un peu sous l'influence des injections. En somme le cacodylate n'est pas un antithermique, et s'il abaisse parfois la température, ce n'est qu'en améliorant l'état général.

Jamais, du moins dans les observations de M. Jalaguier, la médication cacodylique n'a provoqué l'apparition de l'albumine; seule la quantité des urines est modifiée, leur taux passant de 1200 grammes à 2 litres et plus.

Pour ce qui est des fonctions de génération et de nutrition générales on peut dire que le cacodylate manifeste son action par un rajeunissement des produits cutanés, un allongement et un épaississement de la chevelure, et surtout une régularisation de la menstruation. Enfin, quant à l'influence du cacodylate sur les lésions, il convient d'étudier séparément les tuberculoses pulmonaires aux différentes périodes, les tuberculoses locales et enfin les autres maladies. Chez beaucoup de tuberculeux pulmonaires traités par le cacodylate, on a pu constater soit la disparition complète des lésions, soit leur remplacement par un processus curateur, soit leur arrêt. L'action du cacodylate semble, par contre, semble nulle dans les tuberculoses locales, et douteuse dans les autres affections.

En somme, le cocadylate est indiqué chaque fois qu'il s'agira de modifier rapidement l'état général affaibli des malades et des convalescents : 1° dans tous les cas de tuberculore au premier degré; 2° à la deuxième période, dans les formes arthritiques et scrofuleuses, et aussi dans les tuberculoses acquises et à marche lente; 3° à la troisième période dans des cas limités, quand la marche de la maladie aura été particulièrement torpide.

Le cacodylate est contre-indiqué à la deuxième période dans les formes éréthiques de la tuberculose. Il ne donne aucun résultat dans la granulie, dans la tuberculose au troisième degré. Il est indiqué, d'une manière générale, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'affections nécessitant l'emploi d'un reconstituant général.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(31 JUILLET 1901)

M. Kirmisson a observé **un cas de persistance du canal omphalo-mésentérique** sur un enfant de cinq mois et demi. Au niveau de l'ombilic existait une petite tumeur, du volume d'une fraise, lisse, luisante, rougeâtre, et offrant les caractères d'une hernie de la muqueuse intestinale. A son centre on pouvait faire pénétrer un stylet de 4 centimètres de profondeur; de la matière muqueuse sortait seule de sa cavité. Il n'était pas douteux qu'il s'agissait de la persistance du diverticule de Meckel. Après laparotomie, M. Kismisson a constaté que le diverticule, long de 5 centimètres, allait s'insérer sur l'intestin grêle, près de son insertion mésentérique. La résection faite, l'abdomen suturé, l'enfant guérit sans incident.

A ce propos, M. Legueu cite un cas d'occlusion intestinale qu'il avait prise pour une appendicite, alors qu'il s'agissait d'une torsion d'un diverticule de Meckel, autour d'une anse intestinale.

Une observation de MM. Souligoux et Lapointe sur le **traitement des rétrécissements du rectum, par la colostomie temporaire et le cathétérisme rétrograde** fait l'objet d'un rapport de M. Chaput.

Une jeune fille, à la suite d'une fièvre typhoïde, en 1884, avait présenté des accidents intestinaux de constipation et de sécrétion muco-purulente; des végétations s'étaient développées à la région anale et, au toucher, on avait constaté une bride à 5 centimètres de l'anus et, au-dessus, un rétrécissement.

En 1895, on pratiqua l'ablation des végétations; en 1897, on fit des séances de dilatation avec les bougies de Hegar sans résultat notable.

C'est en 1899 que nos confrères ont pratiqué un anus iliaque, puis après avoir sectionné la bride et tenté en vain la dilatation de bas en haut, ils ont eu l'idée de faire passer les bougies par l'anus iliaque. Ce traitement a été continué avec succès pendant quelque temps. Neuf mois plus tard l'anus artificiel a été fermé et, depuis, la malade continue ses cathétérismes par l'anus normal. Actuellement, son état est très satisfaisant. Comme méthode de traitement exceptionnel, ce fait était à signaler. La dérivation des matières fécales semble avoir été utile dans ce cas.

M. Potherat rappelle, à ce propos, le cas d'une jeune fille chez laquelle M. Tillaux avait fait un anus iliaque pour un rétrécissement étendu avec une masse indurée sous-muqueuse. Quelque temps après, elle entrait à la Salpêtrière pour une lésion vaginale. A l'examen de la région rectale, on n'a plus trouvé qu'un rétrécissement peu étendu. La malade ayant été endormie plus tard, on constata sous le chloroforme que tout rétrécissement avait disparu. L'anus iliaque avait donc créé une déviation heureuse.

C'est l'opinion de M. Walther qui a obervé un cas de disparition d'un rétrécissement rectal très induré, pour lequel on avait établi un anus contre nature trois ans auparavant.

M. Delbet pense que cette question de rétrécissement est complexe; et que ce qui dépend de la rectite peut être amélioré par la dérivation des matières; mais sur le rétrécissement lui-même cette dernière n'agit pas.

La séance se termine par une présentation de M. Legueu. Il s'agit d'un cas de rupture du moyen adducteur, traitée par l'extirpation de la masse supérieure du muscle rompu. La guérison est parfaite.

Après cette courte séance, le président annonce les vacances de la Société, dont les travaux recommenceront le mercredi 2 octobre.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des tumeurs malignes du rein chez l'enfant et chez l'adulte, par M. le docteur Puig AMESLLER. (Thèse de Montpellier, 1900.)

L'auteur a cherché à bien établir les différences qui distinguent les tumeurs malignes de l'enfant, de celles de l'adulte. Il a étudié et discuté avec soin les recherches anatomo-pathologiques qui, dans ces dernières années, ont été si nombreuses surtout en Allemagne, on en a noté des variétés, catégorisé des formes; les classifications sont nombreuses, et nous nous rallions, pour notre part, à celle de l'auteur, qui est la suivante :

Adultes. — 1° Strumes du rein ou pseudo-lipomes;
2° Epithéliomas : *a.* carcinoïdes; *b.* à cellules claires.
3° Tumeurs dites angio-sarcomes;
4° Sarcomes.

Enfants. — Tumeurs mixtes ou adéno-sarcomes.

Elle n'est certes pas exempte de reproches; mais elle constitue un cadre dans lequel il est assez facile d'inscrire tous les faits actuellement connus.

Les recherches récentes ont montré que le cancer du rein chez l'adulte se rapprochait sensiblement des autres cancers par l'apparence épithéliale de son tissu. Et lorsque quelques années plus tard, un courant nouveau de recherches s'est porté sur les tumeurs de l'enfant, on a vu que la structure en était bien différente, ici l'élément épithélial, toujours très important au point de vue doctrinal, est rejeté au second plan au point de vue objectif. Il se trouve, au voisinage, du tissu musculaire, des éléments conjonctifs du cartilage, etc. La signification de ces tumeurs en est profondément modifiée. Il ne faut pas prétendre évidemment que chacune des formes histologiques soit rencontrée exclusivement à l'âge correspondant; mais il est incontestable que la prédominance en est très marquée. Lorsque la structure de ces tumeurs a été connue, avant même, pourrait-on dire, les théories pathogéniques ont commencé à se faire jour. On ne peut nier qu'elles n'aient quelque peu éclairé pour nous la question des tumeurs du rein. Mais ces recherches nouvelles en sont encore à leur début; ce n'est qu'au jour de leur achèvement que nous pourrons vraiment connaître la nature de ces néoplasmes. Il est à craindre que ce jour ne soit éloigné; mais il était utile de dresser, à l'heure actuelle, le bilan de nos connaissances à ce sujet. L. I.

De l'abaissement de la cataracte, par M. le docteur E. Delord. (Thèse de Montpellier, 1900-1901.)

L'abaissement de la cataracte a été en faveur pendant de longues années, puis est tombé dans un regrettable discrédit. Pourtant quelques chirurgiens actuels pensent que cette méthode peut donner dans quelques cas des résultats satisfaisants (Panas, Gayet, Hirschberg, Truc et Valude, etc.).

Les résultats anciens sont en effet relativement heureux, et les résultats actuels, quoique ne portant que sur un très petit nombre d'observations, concluent aux bons effets de cette opération.

Les indications sont toutes relatives; on pourra pratiquer l'abaissement :

1° Par crainte d'hémorragie expulsive, quand cet accident s'est produit sur un œil opéré par extraction, et si on redoute pareil accident pour le second.

2° Par crainte d'infection, quand les annexes de l'œil présentent une suppuration chronique.

3° Par crainte d'indocilité du malade (hystériques, épileptiques, délirants, etc.).

4° Par crainte d'efforts involontaires (vieux tousseurs, prostatiques, etc.) ou d'issue du vitré si celui-ci est dégénéré et si une opération, bénigne comme une iridectomie, s'est antérieurement accompagnée de cette complication.

On doit s'abstenir de la réclinaison, chez les sujets porteurs de cataractes molles, ou même demi-molles, chez les sujets jeunes, dans les cas où l'essai antérieur d'abaissement sur un œil n'a pas été heureux; enfin sur les yeux menacés de glaucome, chez des artério-scléreux hypermétropes. H. M.

De l'opération d'Alquié-Alexander, par M. le docteur Wladimiroff. (Thèse de Montpellier, 1900-1901.)

L'idée de raccourcir les ligaments ronds pour remédier aux déplacements et aux déviations de l'utérus est d'origine française. La périorité en revient à M. Alquié qui le premier proposa cette opération; en 1840 il envoya à l'Académie de médecine une note manuscrite sur : « Une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice. » Or il est dit couramment dans tous les traités de gynécologie, qu'il n'y eut aucun rapport à ce sujet. Ce rapport existe pourtant, et dès 1887 M. Puech en signalait la présence.

M. Wladimiroff reproduit en entier le rapport de MM. Baudelocque, Bérard et Villeneuve sur la note d'Alquié, dans lequel il dit : « Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'approuver M. Alquié d'avoir eu la prudence de ne pas pratiquer cette opération sur le vivant. »

Aussi ce ne fut qu'en 1881 qu'Alexander pratiqua avec succès le raccourcissement des ligaments ronds.

M. Wladimiroff se livre ensuite à l'étude détaillée de cette opération, et conclut que :

De toutes les opérations pratiquées contre les déviations et déplacements de l'utérus, elle est la plus favorable aux accouchements ultérieurs, car elle replace l'utérus dans sa situation à peu près normale.

L'opération en elle-même étant basée sur des données anatomiques très précises est d'une grande facilité, pour trouver et dénuder plus facilement les ligaments ronds on doit employer la méthode de M. Puech, qui consiste à inciser toute la paroi antérieuré du canal inguinal. L'opération d'Alquié-Alexander est contre-indiquée :

Dans les cas de rétro-déviation ou d'antéflexions adhérentes.

Elle ne doit jamais être employée seule dans le prolapsus utérin. L. I.

Le prurigo chez l'enfant, par M. le docteur C. Mas. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Le prurigo simplex et le prurigo de Hebra sont les modalités cliniques d'une seule et même affection : l'un est la forme aiguë, l'autre la forme chronique du prurigo dont le symptôme objectif capital est constitué par la papulo-vésicule.

Le prurigo simplex est très fréquent chez l'enfant. La lésion élémentaire est une petite papule acuminée, rosée, à sommet blanchâtre, se desséchant rapidement. L'éruption se fait par poussées successives, principalement sur le côté externe des membres supérieurs, la face antérieure des membres inférieurs, la région postérieure des fesses. Le prurit très intense à exacerbations nocturnes est le symptôme prédominant. La terminaison est toujours favorable.

Le prurigo de Hébra débute comme le prurigo simplex, par le prurit des éléments ortiés et une éruption de papulo-vésicules; mais celles-ci ne tardent pas à former des placards rouges enflammés, suintants et aux lésions de grattage viennent se joindre de l'eczématisation et de la lichénisation de la peau avec hypertrophie ganglionnaire. Il est éminemment rebelle au traitement.

Le prurigo est avant tout une toxidermie; le résultat d'une auto-intoxication provoquée par des écarts de régime répétés, une suralimentation exagérée ou une alimentation mal appropriée au tube digestif et à l'âge de l'enfant.

La base essentielle du traitement sera un régime sévère, dont le lait sera le principal élément. L'acide lactique à l'intérieur est le médicament qui donne le meilleur résultat. Les lotions vinaigrées suivies d'applications de poudres inertes sont le meilleur traitement externe. L. I.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite (1), par M. Ch. Talamon.

Dans un nouveau travail très documenté, M. Talamon défend les idées qu'il a déjà soutenues en 1892, dans son livre *Appendicite et pérityphlite*. Il s'attache d'abord à prouver la colique appendiculaire, il soutient l'idée théorique qu'il appuie sur un grand nombre d'observations. La valeur pro-

(1) In-12. 269 p.. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

nostique de cette colique est très variable, mais, d'après M. Talamon, une seule colique ne peut suffire pour armer la main du chirurgien. Il montre les difficultés de diagnostic chez les hystériques. Il étudie comme traitement ce qu'il ne faut pas faire. Il s'élève vigoureusement contre l'opération immédiate. Il faut s'abstenir de purgatif, d'opium à très haute dose. Il faut prescrire le repos absolu au lit et surveiller le malade.

On opérera : quand après un mois il reste une sensibilité profonde, quand il s'est produit des recrudescences malgré le repos, quand on est en présence d'une famille prédisposée à l'appendicite.

Dans une seconde partie, M. Talamon étudie l'appendicite plastique et la forme chronique de l'appendicite à rechute.

V. V.

Un progrès de l'hydrothérapie : *examen et critique des systèmes de Priessnitz et de Kneipp* (1), exposé fait pour la première fois d'après des documents authentiques, par le docteur Alfred Baumgarten, directeur de l'établissement de Wœrishofen. Traduction française par le docteur Ernest Bonnaymé (de Lyon).

Dans cet ouvrage, à la fois historique et médical, l'auteur expose l'origine et le développement de la thérapeutique universellement connue sous le nom de Kneipp. On y trouve bien moins une biographie du célèbre curé et de Priessnitz, son précurseur, qu'un exposé critique de leurs systèmes. C'est la première fois, croyons-nous, que paraît en France un travail d'une telle importance sur la méthode de Kneipp, et l'autorité du docteur Baumgarten, directeur du célèbre établissement de Wœrishofen, vient y ajouter encore un puissant intérêt.

Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (2), par M. le docteur Calot.

Sur la première page, l'auteur a placé en vedette ces quelques mots :

« Aux tuberculoses fermées, la guérison sûre, » maxime expliquée par les deux lignes qui suivent : « Ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent. »

Voilà l'idée maîtresse du livre.

Et dans les chapitres de l'ouvrage l'on voit se dérouler la démonstration de cette vérité fondamentale.

Il m'est impossible de suivre l'auteur dans les divers chapitres où il étudie successivement le traitement des abcès froids, des adénites, des ostéites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott.

En somme, le médecin qui est en présence d'une tuberculose externe, doit avoir ce double objectif :

1° Guérir le malade, éteindre le foyer bacillaire ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est de le conserver fermé pour éviter toute infection secondaire, celle-ci étant le grand danger à redouter dans l'évolution des tuberculoses. Aussi convient-il d'attaquer les foyers tuberculeux par des injections de liquides modificateurs, plutôt que par des opérations sanglantes.

2° Guérir le malade sans infirmité, amener une guérison intégrale si l'on peut, c'est-à-dire, autant que possible, la guérison des adénites cervicales sans cicatrices, des tumeurs blanches sans impotence fonctionnelle, des maux de Pott sans bosse, de la coxalgie sans boiterie appréciable.

L'auteur étudie les moyens d'arriver à ces résultats.

La deuxième partie de l'ouvrage, la moins développée, est consacrée à l'étude des maladies non tuberculeuses de l'enfance que l'auteur a étudiées largement dans les hôpitaux de Berck, aux vices de conformation et aux déformations acquises : la scoliose, la luxation congénitale de la hanche, le pied bot, la maladie de Little, le rachitisme. Ici encore, on trouvera un exposé très précis et très net du traitement reconnu le meilleur de ces diverses maladies.

(1) In-8°, de 430 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18. Prix : broché, 2 francs ; cart., 2 fr. 50. — Paris, Agence centrale de la Presse scientifique internationale, 93, boulev. Saint-Germain.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

76. M. Houselot. De la thérapeutique chez la nourrice dans ses rapports avec la sécrétion lactée. — 77. Mme Douzlan. Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde principalement chez les enfants. — 78. M. Chatin. Les chancres simples extra-génitaux. — 79. M. Osty. De l'appendice herniaire. — 80. M. Perrossier. La procidence, le procubitus du cordon ombilical à la clinique Baudeloque du 10 mai 1893 au 1er janvier 1900. — 81. M. Demaldent. Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal. — 82. M. Leroy. Étude clinique des polypes du méat urinaire chez la femme. — 83. M. Jaucent. Le tabac. Étude historique et pathologique. — 84. M. Monjauze. Contribution à l'étude de l'hydarthrose intermittente. — 85. M. Dugué. Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure. — 86. M. Welcker. Contribution à l'étude des ruptures musculaires. — 87. M. Detoc. De l'éversion simple de la vaginale dans la cure radicale de l'hydrocèle. — 88. M. Lepage. Contribution à l'étude du traitement des épistaxis rebelles. — 89. M. Michel. Contribution à l'étude clinique des pleurésies typhoïdes. — 90. M. Remoussenard. Les battements du cœur à droite, en particulier dans la sclérose pulmonaire droite. — 91. M. Trégoat. De l'immigration bretonne à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — Un concours pour les prix à décerner en 1901 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le jeudi 12 décembre 1901, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

— Un concours pour les prix à décerner en 1901 aux élèves externes en médecine des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élève interne vacantes le 1er mai 1902, aura lieu le lundi 16 décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le 4 novembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre, qui leur sera remis à l'entrée, déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Le jeudi 24 octobre 1901, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, à trois heures et demie, pour la nomination de deux chirurgiens-adjoints.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 4 octobre.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Un concours s'ouvrira le 7 juillet 1902 devant la faculté de médecine de Paris pour un

emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'école de médecine de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Service de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 2 août 1901, les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du service de santé des troupes coloniales désignés ci-après :

MM. les médecins majors de première classe Mestayer, pour le 1er d'artillerie coloniale à Lorient; — Delrieu, pour le 4e d'infanterie coloniale à Toulon; — Lafage, pour le 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gary, pour le 5e d'infanterie coloniale à Brest; — Pujol, pour le 22e d'infanterie coloniale à Toulon.

Marine. — Ont été nommés dans le corps de santé :

Au grade de médecin principal de réserve. — MM. les médecins de première classe de réserve Galibert et Petit.

Au grade de médecin de première classe de réserve. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Hamon, Bellamy, Fougère, Labry, Morvan, Huas, Aubry et Herland.

Distinctions honorifiques. — M. Vizerie, médecin de deuxième classe de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MM. les docteurs Duvau (de Paris), Demouch (de la Grange-Français) et Mauriac (de Bordeaux), ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

Association française de chirurgie (14e Congrès, 21-27 octobre 1901). — Le 14e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1901, sous la présidence de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° « Chirurgie de la rate, » M. Février (de Nancy), rapporteur; 2° « Traitement des adénites tuberculeuses, » M. Aug. Broca (de Paris), rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leur communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de 1901. Trains spéciaux à prix réduits. 1° Paris à Clermont-Ferrand.* — Aller : départ de Paris, le 9 août à 11 h. 15 soir, arrivée à Clermont, le 10 août à 9 h. 5 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 12 au 24 août inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 32 francs; 3e classe, 20 francs.

2° *Paris à Berne, Zermatt et Vevey.* — Aller : départ de Paris le 9 août à 4 h. 30 soir ; arrivée à Berne, le 10 août à 8 h. 33 matin ; arrivée à Zermatt, le 10 août à 3 h. 35 soir, arrivée à Vevey, le 10 août à 9 heures matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 12 au 24 août inclus.

Prix (aller et retour) : Berne, 2e classe, 45 francs, 3e classe, 28 francs; Zermatt, 2e classe, 63 francs, 3e classe, 40 francs; Vevey, 2e classe, 42 fr. 30, 3e classe, 26 francs.

3° *Paris à Aix-les-Bains et Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 19 août à 11 h. 15 soir; arrivée à Aix-les-Bains, le 20 août à midi 32; arrivée à Chambéry, le 20 août à midi 59. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 21 août au 3 septembre inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 francs, 3e classe, 24 fr. 50.

4° *Paris à Genève.* — Aller : départ de Paris, le 22 août à 4 h. 30 soir, arrivée à Genève, le 23 août à 6 h. 36 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 25 août au 6 septembre inclus.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

On peut se procurer des billets, pour ces trains de plaisir, à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, dans les bureaux succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — MORT SUBITE AU COURS DE L'INTOXICATION DIPHTÉRIQUE; INTÉGRITÉ DES CENTRES BULBAIRES ET DES PNEUMOGASTRIQUES; MYOCARDITE LATENTE, par MM. Ch. AUBERTIN et L. BABONNEIX, internes des hôpitaux de Paris. — LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE, d'après M. H. PERREAU. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* A propos du cancer à deux; — Altérations objectives de la sensibilité thoracique dans un cas d'anévrysme de l'aorte; — *Laryngologie :* Sur une éruption du voile du palais dans l'influenza; — *Thérapeutique* : Injections sous-cutanées de paraffine; — Vaste épithélioma de la face; impuissance du traitement chirurgical, guérison depuis un an par l'acide arsénieux; — Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique. — HYGIÈNE PRATIQUE. Nouveau procédé pour fabrication de planchers hygiéniques. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MORT SUBITE AU COURS DE L'INTOXICATION DIPHTÉRIQUE

INTÉGRITÉ DES CENTRES BULBAIRES ET DES PNEUMOGASTRIQUES
MYOCARDITE LATENTE

Par MM. Ch. AUBERTIN et L. BABONNEIX,
Internes des hôpitaux.

OBSERVATION. — Bad... (Jean), plombier, âgé de vingt-cinq ans, entre le 15 septembre dernier à l'hôpital d'Aubervilliers dans le service de notre maître, M. Roger, pour une angine diphtérique.

La maladie a commencé le 8 septembre par de l'anorexie, de la courbature et une dysphagie légère qui a augmenté peu à peu jusqu'à ce jour.

Actuellement, une rougeur intense et vive occupe le voile du palais, les piliers et les amygdales qui sont tuméfiés. Une fausse membrane épaisse et verdâtre, fortement incrustée dans la muqueuse, recouvre la face interne de chaque amygdale, envahit toute la luette, se propage vers le pharynx et se continue avec une légère pellicule blanchâtre qui recouvre le voile du palais.

Adénopathie bilatérale considérable avec périadénite et tuméfaction des régions parotidiennes et sous-mentales. L'haleine est fétide, le malade crache un liquide sanieux avec stries sanguinolentes. La fièvre est élevée (39°5), l'albuminurie très abondante : il existe une éruption composée de petites plaques rouillées, légèrement surélevées, non prurigineuses. On fait une injection de 40 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

L'état général s'améliore peu à peu, et, le 18, la fausse membrane se détache et l'éruption pâlit, mais l'albuminurie reste toujours abondante (1 gramme au tube d'Esbach), bien que la température soit tombée à 37 degrés.

C'est le 1er octobre que le malade, convalescent, commence à rejeter le lait par le nez, la paralysie du voile augmente peu à peu et est entièrement constituée en quelques jours.

État de la paralysie le 6 octobre : à l'examen, le voile a conservé sa coloration normale et son inclinaison est peu changée. Quand le malade prononce le son *a*, il s'élève assez notablement, mais la luette se dévie légèrement du côté gauche. Mais quand on le touche avec l'abaisse-langue, il se laisse déprimer : on sent qu'il est flasque et a perdu sa tonicité normale.

Les troubles de la déglutition se réduisent au reflux des liquides par le nez : les aliments solides passent bien. Le malade peut souffler par le nez et la bouche, la respiration est normale. La voix est très légèrement nasonnée : la prononciation des voyelles produit un mouvement d'élévation assez notable du voile, plus accentué pour la lettre *i*, ainsi que cela se produit normalement.

La sensibilité est à peu près normale, à peine émoussée au toucher, et sans diminution appréciable au froid et au chaud ainsi qu'à la piqûre.

Quant au réflexe pharyngien il se produit normalement quand on touche le fond du pharynx, mais le toucher sur le voile et sur la luette ne le provoquent pas.

Enfin, on ne trouve aucun trouble moteur ni sensitif du côté des membres et *rien du côté du pneumogastrique. Les battements du cœur sont normaux comme nombre et bien frappés ; aucun trouble respiratoire.*

Le 8 octobre, les signes sont à peu près les mêmes, mais la sensibilité s'est un peu plus émoussée, le malade ne sent plus le contact léger et le réflexe pharyngien a complètement disparu, sauf quand on touche la base de la langue.

L'albuminurie persiste, pas de température, *rien au cœur*, pas de dyspnée.

Le 9, mort subite à onze heures et demie du soir.

AUTOPSIE. — Trente-cinq heures après la mort. Le poumon droit présente de la splénisation à la base, un peu de pus sort des bronches à la pression. Le gauche est légèrement congestionné. Les reins sont pâles et décolorés, le foie gros et mou, sa surface presque normale, avec peu de taches décolorées.

Rate diffluente.

Le cœur est mou et flasque, s'étale légèrement sur la table. La coupe montre que le myocarde est légèrement jaunâtre, surtout au niveau du ventricule gauche. Pas de lésions valvulaires.

Cerveau : quelques petites hémorragies punctiformes à la surface. Rien à la coupe.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Myocarde*. — Différents segments du myocarde, après fixation dans le sublimé acétique et inclusion dans la celloïdine, ont été débités en coupes minces. De ces coupes, les unes ont été traitées par le picrocarmin ou le carmin lithiné, les autres, par l'hématoxyline-éosine, l'hématéine-van-Gieson ou la thionine (1).

Lésions interstitielles. — Des lésions interstitielles, la plus considérable est assurément la diapédèse, l'infiltration leucocytaire. Dans la plupart des préparations, il est facile, en effet, de constater l'existence d'une *leucocytose diffuse*. Les leucocytes, après avoir traversé la paroi des artérioles et des veinules, pénètrent entre les faisceaux musculaires et infiltrent les mailles du tissu connectif. Cette leucocytose diffuse se compose surtout de mononucléaires. En certains endroits, elle se localise et forme des îlots de siège, de volume et de forme variables. Ces îlots sont situés dans le tissu conjonctif, non loin des vaisseaux : ils refoulent et dissocient les travées musculaires en poussant des prolongements dans les différentes directions ; leur volume est ordinairement peu considérable, leur centre se colore suffisamment : en somme, il s'agit de foyers leucocytaires plus ou moins étendus plutôt que de véritables abcès.

En certains points, peu fréquents à la vérité, il existe des *foyers hémorragiques*. La cavité d'une artériole ou d'un capillaire s'est rompue et a laissé pénétrer, dans le tissu connectif voisin, les hématies qu'elle contenait. Ces foyers hémorragiques peu volumineux dissocient et détruisent même les fibres musculaires adjacentes : ils sont, nous le répétons, fort rares, et l'on n'en observe guère qu'un ou deux sur un grand nombre de préparations.

Quant aux *lésions vasculaires*, elles paraissent peu importantes en dehors de la diapédèse. La tunique externe des artérioles est modérément infiltrée de leucocytes ; parfois la tunique moyenne est le siège d'une infiltration leucocytaire abondante ; l'endothélium de la tunique interne paraît partiellement desquamé. La cavité de la plupart des artérioles renferme de très nombreuses hématies, bien conservées, des mono et des polynucléaires en nombre plus élevé qu'à l'état normal.

Les lésions veineuses sont encore moins constantes. Tantôt les veinules présentent leur aspect et leur volume normaux ; tantôt elles sont dilatées, bourrées de globules rouges ; leur paroi montre alors une infiltration leucocytaire abondante. Les capillaires sont uniformément dilatés, leur endothélium paraît, par endroits, en voie de légère prolifération.

Lésions parenchymateuses. — Les lésions parenchymateuses sont beaucoup moins considérables, et d'interprétation singulièrement plus délicate.

Un grand nombre de fibres musculaires présentent, en effet, des hâchures irrégulières, interrompant brusquement leur trajet, se répétant plusieurs fois, jusqu'à sept sur une de nos coupes, sur la longueur d'une même fibre. Ces hâchures présentent une direction généralement transversale, parfois un peu oblique. Elles intéressent le plus souvent la fibre dans toute sa largeur, mais, dans quelques cas, elles sont incomplètes et apparaissent alors sous l'aspect d'une échancrure transversale plus ou moins accusée. Les deux extrémités de la fibre ainsi dissociées sont déchiquetées, sinueuses : sur la plupart des préparations, elles s'opposent nettement. En certains endroits, cependant, l'une est légèrement déplacée vis-à-vis de l'autre, et les deux extrémités se trouvent alors séparées par un espace clair considérable. Ces hâchures transversales se répètent à intervalles réguliers sur le trajet d'une même fibre, pouvant aussi s'observer au même niveau sur différentes fibres parallèles, caractérisent sans contestation la *dissociation segmentaire* du myocarde.

La striation longitudinale des fibres musculaires est généralement conservée : elle paraît même, sur certaines fibres, plus nette, plus marquée qu'à l'état normal ; il semble qu'il existe sur ces points un œdème du protoplasma interfibrillaire, œdème refoulant, écartant les uns des autres les disques successifs d'une même fibre.

Sur la plupart des fibres existent de très nombreuses vacuoles, plus apparentes sur les coupes transversales que sur les coupes longitudinales, de forme et de volume variables. Tantôt elles sont régulières, arrondies ou elliptiques, axiales par rapport à la fibre ; tantôt, au contraire, elles sont étoilées ou irrégulières de forme, excentriques, touchant presque à la périphérie de la fibre. On peut parfois en compter plusieurs à l'intérieur d'une même fibre. Ces vacuoles, qui interrompent à leur niveau la striation musculaire, sont remplies d'une substance que laissent incolore les réactifs employés. On les observe sur la plupart des préparations (*état vacuolaire*).

Peu de modifications du côté des *noyaux*, qui ont gardé leur aspect normal. La masse protoplasmique périnucléaire est peut-être un peu plus abondante que d'habitude. Les granulations graisseuses n'ont pu être décelées. En aucun point, il n'existe de *dégénérescence vitreuse*. Nos différentes coupes, examinées à maintes reprises, ne nous ont jamais montré la moindre apparence de la lésion décrite par Zenker : aussi pensons-nous pouvoir affirmer que la dégénérescence vitreuse fait absolument défaut.

Quelle est la valeur respective des différentes lésions que nous venons de décrire ? Les lésions interstitielles : hyperdiapédèse, foyers hémorragiques, la vaso-dilatation intense de toutes les artérioles et veinules ne peuvent soulever aucune discussion : seule, dans le cas actuel, l'intoxication diphtérique a pu les déterminer. Il n'en est pas de même des lésions parenchymateuses. Les conditions tardives dans lesquelles a été faite l'autopsie (trente-cinq heures après la mort) sont peut-être pour beaucoup dans la production de certaines d'entre elles. Il est en effet impossible de nier que la dissociation segmentaire, en particulier, ne puisse être d'origine cadavérique, et la constatation même, dans la plupart des coupes, des agents ordinaires de la putréfaction prouve assez combien il faut être réservé sur l'interprétation à donner aux lésions parenchymateuses.

De ces lésions, cependant, deux semblent incontestables : c'est l'*hypertrophie du protoplasma interfibrillaire*, réalisant les caractères de l'atrophie hyperplasmique décrite par Renaut et ses élèves ; c'est aussi la *transformation vacuolaire* de la plupart des fibres du myocarde. Ces deux lésions ne semblent pas, en effet, relever de la putréfaction cadavérique ; elles se produisent pendant la vie, au cours des infections telles que la diphtérie, le rhumatisme, la variole ; elles permettent, à elles seules, d'affirmer l'existence de lésions parenchymateuses discrètes, mais cependant incontestables.

En somme, au point de vue histologique : *lésions interstitielles aiguës prédominantes* ; *lésions parenchymateuses légères*.

Nous avons dit que, grâce aux techniques spéciales, nous avions pu mettre en évidence la présence, dans les lumières vasculaires et dans les mailles connectives, de nombreuses formes microbiennes. Le volume, la structure, l'aspect de ces différentes formes permettent de les rattacher aux bactéries de la putréfaction. Au reste, la décoloration absolue de tous les agents microbiens par le Gram indique l'absence, dans le myocarde, du bacille de Lœffler, du streptocoque et du staphylocoque.

Bulbe. — Le bulbe a été, immédiatement après l'autopsie, découpé en tranches transversales et fixé par l'alcool à 95 degrés. Inclusion à la celloïdine. Débit en coupes

(1) M. Letulle a bien voulu examiner nos coupes et contrôler notre description. Qu'il nous permette de lui adresser ici nos plus respectueux remerciements.

minces. Coloration au Nissl, par le bleu polychrome de Unna, suivant la technique de MM. Philippe et de Gothard, coloration de quelques coupes par le picrocarmin et le carmin lithiné.

Pour rechercher les lésions nucléaires du vague et du spinal (recherche beaucoup plus délicate qu'elle ne paraît au premier abord), nous nous sommes fondé sur les traités classiques et sur quelques travaux récents. Le *noyau ambigu*, origine des neuvième, dixième et onzième paires est, pour tous les auteurs, situé au milieu de la formation réticulée, au centre d'un espace limité en avant par l'olive et la parolive externe, en arrière par le noyau dorsal, en dedans par les fibres de la douzième paire, en dehors par les fibres horizontales des nerfs mixtes. Son extrémité inférieure est peu distincte, son extrémité supérieure dépasse le noyau du grand hypoglosse. Ce noyau est constitué, pour MM. Philippe et Majewicz (1), dont nous avons pu vérifier la description, par des cellules affectant absolument le type des cellules radiculaires : cellules volumineuses, multipolaires, pourvues de beaux prolongements, possédant un protoplasma riche en éléments chromatophiles et un gros noyau.

Le *noyau dorsal* a été longtemps considéré comme uniquement sensitif. Cependant, depuis les recherches de Dees, et surtout de Van Gehuchten (2), on admet qu'il possède, au moins chez certaines espèces animales, un rôle moteur. Pour Van Gehuchten, ce noyau est constitué par une longue colonne de cellules nerveuses se continuant en bas avec le noyau dorsal du spinal. A son extrémité inférieure, il est situé en arrière et en dehors du noyau de l'hypoglosse, séparé de lui par un petit noyau (*noyau intercalé*). Au fur et à mesure que l'on remonte, ce noyau augmente de volume et refoule en arrière et en dehors le noyau dorsal du vague. A la partie moyenne du plancher du quatrième ventricule, il s'insinue en arrière du noyau dorsal et va rejoindre le noyau de l'acoustique, refoulant ainsi dans la profondeur du bulbe ce noyau dorsal. MM. Philippe et Majewicz ajoutent que les cellules sont beaucoup plus petites que celles du noyau ambigu, analogue aux cellules cordonales, et mélangées de quelques grandes cellules radiculaires ; ils font surtout remarquer que l'individualité de ce noyau n'apparaît pas nettement à certains niveaux, d'autres noyaux le touchant et le pénétrant plus ou moins. La même remarque est faite par van Gehuchten au sujet du noyau ambigu, « noyau constituant dans la plus grande partie de son étendue un amas sans limites précises, si bien que, si l'on ne provoquait pas artificiellement la chromatolyse de ses cellules, il serait le plus souvent impossible, sur une coupe de Nissl, d'indiquer la position exacte du noyau ambigu (3). »

Ces notions rappelées, nous étudierons d'abord le noyau ambigu. Sur nos différentes coupes, ce noyau nous a présenté un nombre suffisant de grandes cellules radiculaires, munies de beaux prolongements, d'éléments chromatophiles nombreux et bien délimités. Le noyau est central. En somme, aucune lésion apparente au niveau des noyaux ambigus : les cellules y sont suffisamment nombreuses ; leur volume est normal ; il n'y a ni chromatolyse périnucléaire ou périphérique, ni hernie du noyau, ni coloration anormale du cylindre-axe : le noyau ambigu paraît donc normal.

Nous ferons quelques réserves sur l'état des cellules du noyau dorsal. D'abord, ces cellules n'affectent pas le type des cellules radiculaires : en second lieu, elles sont difficiles à distinguer des amas cellulaires voisins ; enfin, leur nature motrice, chez l'homme, n'est pas absolument prouvée. Ces réserves faites, nous dirons que les cellules qui constituent la majeure partie de ce noyau nous ont paru normales, et que les quelques cellules radiculaires rencontrées par la coupe nous ont semblé, elles aussi, ne présenter aucune modification importante. Aussi croyons-nous pouvoir affirmer l'intégrité des centres bulbaires du vago-spinal (1).

Pneumogastriques. — Après fixation de vingt-quatre heures dans l'acide osmique à 1 p. 100, les pneumogastriques ont été dissociés à des niveaux variés. Sur aucune des préparations, on ne peut découvrir de lésions évidentes : les fibres myéliniques n'offrent ni les lésions de dégénérescence wallérienne ni celles de la névrite segmentaire périaxile. Les noyaux de la gaine de Schwann semblent normaux comme nombre et comme volume, la myéline n'est pas segmentée. Quant aux fibres amyéliniques, elles ne paraissent présenter, elles non plus, aucune modification (2).

Ce cas nous a paru intéressant au double point de vue clinique et anatomique. Si, anatomiquement, c'est aux lésions cardiaques que l'on doit attribuer la mort, il faut remarquer que la terminaison fatale n'a pas été précédée des symptômes ordinaires de la myocardite aiguë, que le pouls est resté normal et les battements du cœur bien frappés jusqu'au dernier jour. C'est ainsi que tout se passe dans la mort subite de la fièvre typhoïde qu'on tend d'ailleurs actuellement à rattacher à une myocardite latente.

Toutefois, quelques réserves sont à faire du côté du rein, notre malade ayant présenté jusqu'au dernier jour une albuminurie persistante et assez abondante. Cependant, nous n'avons pas vu que la mort subite ait été signalée jusqu'ici dans la néphrite diphtérique.

Au point de vue anatomique, nous relèverons d'abord ce fait que le système nerveux, tant central que périphérique, ne présente aucune lésion appréciable, du moins par nos méthodes actuelles d'investigation : on ne saurait donc, ici, attribuer la terminaison fatale à une altération matérielle du bulbe ou des vagues.

L'origine nerveuse, névritique ou bulbaire, de la myocardite diphtérique a été soutenue par de nombreux auteurs : Pératé (3), Gubler (4), Billard (5), Duchenne [de Boulogne (6)], etc. ; elle a, contre elle, les examens histologiques de Gulat (7), Leyden (8), Unruh (9), Huguenin (10), Hermann, Liouville, Gombault (11), etc. Récemment, M. Vincent (12), à l'autopsie de deux malades atteints de myocardite diphtérique, n'a trouvé, dans le premier cas, aucune lésion des troncs nerveux, et, dans le second, a pu constater l'intégrité absolue des pneumogastriques, du bulbe et de la moelle cervicale. Notre cas vient donc grossir le nombre des observations où l'examen des centres nerveux et des nerfs

(1) Philippe et Majewicz. Lésions nucléaires du vague dans la sclérose latérale amyotrophique, *Cong. de neurol.*, Paris 1900.

(2) Gehuchten. *Anatomie du système nerveux.*

(3) Gehuchten. *Journ. de neurol.*, 1898.

(1) La moelle et les nerfs périphériques n'ont pu être examinés.

(2) On sait d'ailleurs que les lésions des fibres amyéliniques sont encore peu connues. (Voir à ce sujet : Babinski. Des névrites, *Traité de médecine*, t. VI, p. 652.)

(3) Pératé. Th. de Paris, 1858.

(4) Gubler. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1861.

(5) Billard *Gaz. méd. de Paris*, 1865.

(6) Duchenne (de Boulogne). *Traité de l'électrisation localisée*, p. 131

(7) Gulat. Th. de Paris, 1881.

(8) Leyden. *Zeits. f. klin. Med.*, 1882.

(9) Unruh. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1883.

(10) Huguenin. Th. de Paris, 1890.

(11) Cités par Vincent.

(12) Vincent. *Arch. de méd. expérim.*, 1894, p. 514.

périphériques est resté absolument négatif et contribue peut-être à montrer que l'on s'était un peu trop hâté de mettre dans tous les cas la myocardite diphtérique sur le compte d'une lésion nerveuse matérielle.

Quand aux lésions du myocarde dans la diphtérie, on sait qu'elles ont été considérées tantôt comme interstitielles, tantôt comme parenchymateuses, tantôt, enfin, comme mixtes. MM. Rabot et Philippe (1) ont décrit, au cours de la myocardite diphtérique, des foyers inflammatoires situés dans les interstices intermusculaires et composés d'un certain nombre d'éléments cellulaires et de fibrilles conjonctives jeunes. Ces foyers, qui contiennent aussi des cellules embryonnaires, écartent les fibrilles contractiles voisines qui ne tardent pas à s'atrophier. L'intégrité constante de l'endartère suffit, d'après MM. Rabot et Philippe, à dénier toute origine vasculaire à ce processus inflammatoire et à le considérer comme caractérisant une myocardite interstitielle, le plus souvent nodulaire.

Dans un travail expérimental très étudié, MM. Mollard et Regaud (2) se sont, au contraire, efforcés de prouver la nature parenchymateuse des lésions observées. Après Hesse (1892) et Comba, (1894) ces auteurs décrivent minutieusement les lésions parenchymateuses : disparition complète ou exagération de la striation transversale, atrophie hyperplasmique de la cellule, vacuolisation, etc. Pour ces auteurs, la prédominance appartient aux lésions parenchymateuses, les lésions connectives ne sont que secondaires.

Ces résultats expérimentaux ne doivent pas, sans doute, être appliqués intégralement à l'homme. Dans notre observation, comme dans la plupart de celles qui ont été publiées, les lésions parenchymateuses sont des plus légères, et l'on ne note que des lésions interstitielles aiguës. Nous conclurons donc que la myocardite diphtérique à prédominance interstitielle suffit, à elle seule, indépendamment de toute lésion nerveuse matérielle, à déterminer la mort subite (3).

LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

D'après M. H. Perreau (4).

On a pensé longtemps qu'à la pneumonie, maladie bruyante et violente, on devait opposer les plus énergiques et les plus sévères des traitements. « Jusqu'à ces dernières années, la saignée, le tartre stibié et le vésicatoire représentaient la trinité thérapeutique hors de laquelle il n'y avait pas de salut. On pouvait discuter le nombre des saignées, la quantité d'émétique, la largeur des vésicatoires, mais nul n'aurait osé s'élever contre le dogme même, sous peine d'être traité d'hérétique de la médecine. »

L'histoire de la *saignée* dans la pneumonie peut se diviser en quatre périodes. Dans une première, qui va des temps hippocratiques jusqu'au XVII[e] siècle, la saignée est régulièrement pratiquée à tout pneumonique; son utilité, sa nécessité même ne sont pas sérieusement discutées. La deuxième période va du XVII[e] siècle à Broussais. Stahl, Cullen, Huxham et Sydenham étudient avec soin les indications et contre-indications de la saignée dans la pneumonie. Dans une troisième période, la méthode antiphlogistique de Broussais donne un nouvel élan aux émissions sanguines : c'est l'époque où Bouillaud saignait jusqu'à la syncope et formulait une méthode de saignée que l'on n'applique heureusement plus aujourd'hui. Enfin, dans une dernière période, Louis, Skoda, Becquerel, Dielt, etc., montrent les excès de cette méthode thérapeutique; Grisolle conseille de n'employer la saignée ni chez les vieillards, ni chez les enfants, ni dans les pneumonies secondaires. Quelques années plus tard, M. Jaccoud indique les seules circonstances où l'on est en droit de pratiquer la saignée : la dyspnée intense, les troubles mécaniques de la circulation pulmonaire avec œdème, les phénomènes de stase encéphalique. Grâce à ces travaux, nous commençons à connaître les inconvénients et les dangers de la saignée chez un pneumonique. Lorsqu'on retire du sang par cette méthode, la tension artérielle qui existait dans la circulation pulmonaire est diminuée, la stase périphérique diminue, le malade va mieux. Mais cette amélioration n'est que de courte durée. De plus, la saignée détermine d'importantes modifications dans le liquide sanguin, modifications qui aggravent encore la dyspnée. C'est donc le malade qui paye les frais de ce soulagement momentané. Et souvent il n'est pas capable de supporter cette dépense, d'autant que la durée de la maladie n'en est pas modifiée d'une heure (Jaccoud). Aussi peut-on dire, avec M. A. Robin, que la saignée semble un véritable assassinat, dans les conditions d'appauvrissement et d'épuisement général où se présentent à nous l'immense majorité des pneumoniques.

Préconisé pour la première fois par Paracelse, puis condamné par la Faculté (1566), l'*antimoine* devait avoir les honneurs d'une réhabilitation royale. Louis XIV l'ayant, en effet, expérimenté sur lui-même, fait casser par le Parlement l'arrêt de 1566. Depuis cette époque, Stahl emploie avec succès cette médication chez les pneumoniques. Mais c'est avec le XIX[e] siècle que commença, avec Rasori, la véritable époque de l'émétique. Rasori s'efforce de combattre la diathèse de *stimulus* existant dans toute pyrexie par une dépression thérapeutique de contro-stimulus au moyen de tartre stibié administré à doses massives. Laënnec, Blache, Récamier, Trousseau, Rilliet et Barthez, Grisolle adoptent la médication contro-stimulante. Cependant, on ne tarde pas à signaler quelques accidents d'intoxication : Andral, Bouillaud, Forget pensent que l'émétique peut, à lui seul, déterminer la mort; et, après avoir été considéré longtemps comme le traitement par excellence de la pneumonie, l'émétique n'est plus employé qu'exceptionnellement et avec les plus grandes précautions.

Depuis Arétée, le *vésicatoire* est considéré comme une des meilleures médications de la pneumonie. Malgré les critiques de Rasori, Laënnec, Andral, Rostan, le vésicatoire continue à été journellement employé. « Le vésicatoire, dit M. A. Robin, joue un rôle diplomatique des plus importants en clientèle; il satisfait l'entourage, affirme le diagnostic d'affection pulmonaire, met à couvert la responsabilité du médecin en cas d'issue funeste, car on n'a rien à reprocher au médecin et tout a été tenté puisque le vésicatoire, espoir suprême et suprême pensée, a été appliqué. » Et pourtant le vésicatoire n'est pas exempt de dangers; il peut provoquer une intoxication cantharidienne, il expose aux infections secondaires, détermine souvent de l'agitation et de l'insomnie.

Les statistiques de Dielt et de Skoda, les recherches de Huss, Bennet, Laboulbène, Charcot, Le Gendre, Barth, Bou-

(1) Rabot et Philippe. *Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 647.

(2) Mollard et Regaud. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, n° 2.

(3) Véronèse, cité par Henschen (Dilatation aiguë du cœur dans la diphtérie, *Med. klin. Upsala*, Bd II, Iéna 1899), est le seul à admettre, sans aucune preuve d'ailleurs, que la mort subite au cours de la diphtérie relève d'une action nerveuse et non de la myocardite.

(4) Th. de Paris, 1901.

det, ont démontré que l'*expectation* à elle seule peut donner les meilleurs résultats. Et cependant elle ne convient pas à tous les cas. Comme l'a dit Peter, « toutes les médications systématiques sont mauvaises, chacune n'étant spécialement bonne que par des cas déterminés. » Les médications contro-stimulantes ou antiphlogistiques achèvent le malade, l'expectation le laisse mourir si on se borne à appliquer indistinctement à tous les cas cette méthode thérapeutique.

De tous les *traitements symptomatiques*, l'*alcool* est encore le plus employé. Todd pense que l'alcool, par ses puissantes qualités stimulantes, convient à merveille pour soutenir les forces défaillantes du pneumonique et pour donner à l'infection pneumococcique le temps d'évoluer naturellement. En particulier dans les formes adynamiques, l'alcool, administré à doses convenables, est le médicament de choix. « Maniez-le, a dit M. Jaccoud, avec les précautions qu'exige sa puissance et vous en aurez tout l'effet utile sans rien craindre de ses effets toxiques. »

Entrevue par Rasori et Traube, l'action contro-stimulante de la *digitale* dans la pneumonie est soutenue par Hirtz et ses élèves (1862). En 1882, Pétrescu (de Bucarest) préconise la digitale aux doses excessives de 4 à 10 grammes par jour en infusion dans le traitement de la pneumonie, affirmant qu'avec cette médication on obtient une mortalité de 2 p. 100 seulement. Ces heureux résultats n'ont pas été confirmés par les recherches ultérieures. Et aujourd'hui l'on admet avec Jaccoud que la digitale, donnée à haute dose, produit l'épuisement nerveux, le collapsus. Cependant, si l'on doit écarter la digitale comme traitement systématique de la pneumonie, il n'en reste pas moins que « c'est un médicament actif et précieux dans le traitement d'indications, particulièrement dans les cas où la maladie étant au poumon, le danger est au cœur. »

Le *sulfate de quinine* a été employé par Briquet, Vogt et Jürgensen ; son action sur la circulation est si profonde qu'il faut résolument écarter ce médicament du traitement de la pneumonie.

Les propriétés antipyrétiques de la *vératrine* ont été quelquefois utilisées, mais les critiques n'ont pas tardé à s'élever, et on délaisse complètement aujourd'hui cette substance qui, lorsqu'elle ne reste pas inactive, détermine des accidents graves d'intoxication.

La *réfrigération* n'est point une méthode nouvelle. Depuis 1850, Vogt, Liebermeister, Mayer, Jürgensen préconisent cette thérapeutique. Et de fait, elle donne de bons résultats dans certains cas, lorsque l'on est assuré préalablement que le cœur, les vaisseaux et les centres nerveux sont en état de la supporter, lorsque le collapsus n'est pas à craindre.

Nous ne ferons que citer d'autres médications moins importantes : *l'ergotine*, *le chlorure de calcium*, *le salicylate et le bicarbonate de soude*, *le calomel*, *les* inhalations *d'iodure d'éthyle*, *de nitrite d'amyle*, *de chloroforme*, les injections sous-cutanées *d'essence de térébenthine*, etc.

Le sérum de la pneumonie n'est pas encore trouvé. Cependant M. Talamon a eu l'idée hardie d'injecter systématiquement aux pneumococciques du *sérum antidiphtérique*. Ce traitement serait d'une innocuité absolue, et, avec lui, la mortalité ne serait que de 14 p. 100.

L'*ipéca*, préconisé depuis longtemps dans le traitement de la pneumonie par l'école de Montpellier, est employé systématiquement à Paris par M. Dreyfus-Brisac. Pour cet auteur l'ipéca donne de bons résultats dans tous les cas où il n'existe ni altération profonde du tube digestif ni lésions avancées du cœur. La dose suffisante est de 1 gramme dilué dans un julep gommeux de 120 grammes. Cette potion est administrée d'heure en heure par cuillerée à soupe, elle est généralement bien tolérée et doit ne produire que l'état nauséeux et non le vomissement. D'après M. Perreau elle calme la dyspnée, fluidifie l'expectoration, abaisse le mouvement fébrile et tonifie l'état général.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

A propos du cancer à deux. — M. Robert Behla, médecin à Luckau, poursuit ses intéressantes études sur l'épidémiologie du cancer ; aujourd'hui, il publie la relation de 14 cas personnels de « cancer à deux », auxquels il en adjoint quelques autres dont l'histoire lui a été relatée par des confrères.

En parcourant la série de ces observations, on note que fréquemment la mort des deux conjoints par cancer a lieu à un court intervalle de trois mois à deux ans.

L'auteur rappelle les principales constatations faites par d'autres auteurs, notamment par Guelliot, dans cet ordre d'idées ; les observations de cancer endémique faites par des médecins français et anglais et par Behla lui-même, à Luckau (1).

Il signale ensuite une série de cas de contagion survenus chez des personnes appelées à soigner des cancéreux, notamment chez celles qui ont utilisé pour elles-mêmes des canules ayant servi à des gens atteints de cancer. Il relate également les cas de cancer de la verge observés chez des hommes vivant avec des femmes atteintes de cancer de l'utérus. Tous ces faits, et quantité d'autres du même genre, sont bien connus des lecteurs de ce journal (2).

Je signalerai seulement ce fait, constaté par Budd et rappelé par Behla, de la mort par cancer de cinq chirurgiens dans l'hôpital de cancéreux, ainsi que celui d'un chirurgien du St-Thomas Hospital, qui mourut d'un cancer de la langue après avoir goûté un suc cancéreux.

Behla rapporte ensuite l'opinion et les observations d'auteurs anciens qui croyaient à la contagiosité du cancer ; il cite des faits intéressants, notamment le fait qu'en 1750, à Reims, on isolait les cancéreux dans des hôpitaux spéciaux, comme on le fait aujourd'hui en Angleterre et en Amérique, et comme on tend à le faire en Allemagne (3).

Behla termine son intéressant article en passant en revue les faits de contagion observés chez les animaux. (*Deuts. med. Wochens.*, 1901, n° 26, p. 428.) P. V.

Altérations objectives de la sensibilité thoracique dans un cas d'anévrysme de l'aorte. — M. H. Frick (de Manheim) rapporte l'observation d'un malade atteint depuis cinq mois de douleurs dorsales irradiées aux flancs ; ces douleurs s'exaspèrent quand il essaye de se coucher sur le dos ou le côté ; à l'examen on constate de la matité au niveau du premier espace intercostal gauche qui est animé de battements nettement perceptibles ; la voix et les mouvements du larynx sont conservés.

Au mois de décembre 1900, le malade éprouve une sensation particulière du côté gauche du thorax qu'il distingue de la douleur intercostale éprouvée par lui depuis longtemps.

Frick constate alors l'existence d'une zone d'hypoesthésie, d'hypoalgésie et de thermohypoesthésie, large de 2 cen-

(1) Voir *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1899, n° 27, p. 719.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 82, p. 753.

(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 58, p. 588 (analyse d'un article de Czerny sur les cancers inopérables).

timètres à 2 centimètres et demi, étendue de la ligne axillaire gauche à la ligne médiosternale.

Ces symptômes mobiles et fugitifs persistaient encore un an plus tard.

Il est intéressant de noter, dans ce cas, la longue durée de la névralgie intercostale comme premier symptôme unique et subjectif d'un anévrysme de l'aorte dont le volume était déjà respectable ainsi qu'en témoignaient les signes physiques et l'épreuve des rayons Röntgen.

Mais l'intérêt particulier de ce cas réside dans les altérations de la sensibilité cutanée mises objectivement en évidence ici, altérations liées à cette névralgie intercostale. Il s'est agi, sans doute, non pas d'une simple névralgie, mais d'une névrite par compression d'un nerf intercostal.

L'auteur insiste sur les caractères particuliers de mobilité et de variabilité des troubles de la sensibilité dans ce cas, ce qui lui paraît être en rapport avec la nature de la compression, un anévrysme ne comprimant pas un nerf avec la même rigueur qu'une cicatrice par exemple. Il pourrait y avoir là, selon lui, un caractère assez spécial aux compressions anévrysmales. (*Wien. klin. Woch.*, 1901, n° 25, p. 611.) P. V.

LARYNGOLOGIE

Sur une éruption du voile du palais dans l'influenza. — M. Kolipinski donne la description d'un signe qu'on observerait d'une façon certaine dans tous les cas de grippe épidémique. Il s'agit d'une éruption qui a pour siège le voile du palais; elle se manifeste sous la forme de petites saillies convexes, de coloration gris perle, parfois presque incolores. Leur dimension ne dépasse guère celle d'un grain de sable, tantôt elles n'existent qu'en petit nombre, tantôt elles sont confluentes et couvrent presque toute la face antérieure du voile du palais. Pour les examiner on doit regarder la gorge à la faveur d'un bon éclairage; la lumière solaire est préférable, mais une lampe assez puissante peut suffire. Parfois ces papules se confondent avec de petits amas de mucus ou bien sont masquées par des produits de sécrétion; mais il suffit, en pareil cas, de déterger la muqueuse pour les mettre en évidence. L'auteur pense qu'il s'agit de glandes muqueuses enflammées, mais il n'a pas eu l'occasion de pouvoir s'en assurer. La présence de ces lésions ne se traduit par aucune sensation subjective. (*Med. News*, 1er juin 1901.)

A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Injections sous-cutanées de paraffine. — Les résultats que les injections sous-cutanées de paraffine, recommandées par Gersuny, ont donnés au docteur Ludwig Moskowicz (de Vienne), méritent d'attirer l'attention :

La méthode est basée sur ce fait d'observation que la paraffine ou la vaseline (onguent de paraffine) peuvent être introduites dans l'organisme sans danger, qu'elles ne s'y résorbent pas, ne déterminant cependant aucune réaction au point où on les injecte, constituant un corps étranger indolore.

Cette méthode a été utilisée d'abord dans un but de prothèse testiculaire par Gersuny; c'est à elle que cet auteur a été redevable depuis d'une cure remarquable d'incontinence d'urine chez une jeune femme qui avait subi une série d'interventions sans résultat. L'effet obtenu par Gersuny avec la paraffine subsistait encore un an après l'injection. Le lecteur trouvera le résumé des observations de Gersuny dans l'article que j'analyse aujourd'hui.

Moskowicz dit qu'en général une paraffine ayant la consistance d'une pommade, injectée sous la peau à la température de la chambre, constitue au bout de huit jours une masse dure que le massage influence encore, au bout d'un mois ou deux; la consistance est celle du cartilage, ce qui est dû sans doute à l'encapsulement de la paraffine; pour que cet encapsulement puisse se faire, il faut que la masse de paraffine ne subisse pas le contre-coup de heurts extérieurs ou de contractions musculaires.

Moskowicz espère obtenir des résultats durables, ayant constaté que le dépôt de vaseline subsistait intact, au bout de deux ans, dans un cas, le plus ancien de ceux qu'il a ainsi traités. L'avenir seul apprendra ce que l'on est en droit d'attendre d'une méthode dont les applications sont encore trop récentes pour qu'il soit possible de juger définitivement sa valeur.

Parmi les nombreux cas (30) dans lesquels Moskowicz a utilisé cette méthode, je citerai des cas de défectuosités du palais et du voile, d'incontinences des matières fécales, de prolapsus du vagin et de l'utérus, de difformités nasales, de cicatrices défectueuses.

J'engage le lecteur à se rapporter à l'article original qui est accompagné de photographies et où il trouvera le détail des observations que je viens d'énumérer. (*Wien. klin. Wochens.*, 1901, n° 25, p. 603.) P. V.

Vaste épithélioma de la face; impuissance du traitement chirurgical, guérison depuis un an par l'acide arsénieux. — M. Fromaget (de Bordeaux) a présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux une malade qu'il a déjà montrée en octobre 1900, alors qu'elle était guérie d'un épithélioma ayant détruit les deux paupières, l'œil, l'orbite, la moitié de la joue et la base du nez. La guérison a été obtenue par six applications de pâte à 1/15 et elle s'est absolument maintenue. L'orbite est comblé et recouvert d'une peau que l'autoplastie la plus habile n'aurait pu réaliser. Il ne reste que l'orifice des fosses nasales qui n'a pu se combler, la charpente osseuse de la base du nez ayant été détruite. Mais cet orifice, qui présente la largeur d'une pièce de 3 francs, est entouré de peau d'une souplesse merveilleuse et les fosses nasales sont indemnes de lésions épithéliomateuses. Peut-être il sera possible de combler cet orifice par une autoplastie. On peut donc considérer cette malade comme guérie.

Il semble donc, et cela ressort de la discussion qui a suivi, que l'acide arsénieux ait une action assez nette sur les épithéliomes cutanés. (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 juillet 1901). L. G.

Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique. — MM. Pollak, A. Kuhn et Hœdlmoser ont expérimenté l'acide cinnamique comme traitement de la tuberculose pulmonaire et ont obtenu des résultats assez variables.

Pollak, qui a soumis 64 malades à cette thérapeutique, déclare avoir obtenu, dans 87 p. 100 des cas, une amélioration notable; il faut employer des doses élevées, mais celles-ci sont bien supportées. Parmi les améliorations, il signale le cas d'un pneumothorax.

Kühn a expérimenté l'acide cinnamique dans 11 cas; il a fait, tous les deux jours, une injection intra-veineuse d'une solution à 10 p. 100; il débute par 1 centigramme et augmente progressivement d'un 1/2 miligramme.

Les résultats obtenus furent pour ainsi dire nuls : les symptômes pulmonaires qui existaient avant le traitement n'ont pas été modifiés; parmi les 11 malades traités, 7 ont continué à maigrir, 3 ont augmenté en poids, 1 est resté stationnaire.

Enfin, Hœdlmoser a obtenu des résultats variables chez 18 malades; les injections intra-veineuses n'ont jamais provoqué d'accidents ni de réaction locale; la durée du traitement a été de un à six mois.

Cet auteur signale de grandes améliorations dans 16 p. 100 environ des cas; une tuberculose pulmonaire cavitaire notamment fut très améliorée. (*Wien. klin. Wochens.*, 1901, n° 9, et *Münch. med. Wochens.*, 1901, n° 12.) S. L.

HYGIÈNE PRATIQUE

Nouveau procédé pour fabrication de planchers hygiéniques.

Peu de questions ont soulevé un plus vif intérêt parmi les hygiénistes que la recherche des parquets hygiéniques. Supprimer les fentes du plancher en employant des matériaux qui permissent de substituer le balayage humide au balayage à sec, tel a été le but de tous les enduits avec lesquels on a essayé de résoudre la question.

Après des années de recherches, les hygiénistes en sont encore, pour la plupart, à des moyens insuffisants, tels que le coaltar, dont on enduit les vieux planchers dans les casernes, où à la fois cher et d'une usure rapide, tel le paraffinage des parquets dans les hôpitaux.

Il est donc intéressant de signaler aux médecins un produit inusable, imperméable, ininflammable, le xylolith, que nous avons vu employer depuis quelque temps dans des casernes et des hôpitaux, voire même dans de grands magasins de nouveautés.

Ce produit, simple composé à base de sciure de bois aggloméré d'une façon homogène, présente l'aspect d'un linoléum et la dureté de la pierre. Peu sonore, le xylolith est mauvais conducteur du froid et de la chaleur.

Il s'emploie sur un bon béton de ciment ne nécessitant aucune opération préalable et réalisant bien l'isolement entre la chambre et les poussières de l'entrevous. Il se lave admirablement et constitue, en un mot, le sol idéal pour une chambrée, une salle d'hôpital, une salle de bains ou d'opérations. Si l'on ajoute que son prix de revient est des plus abordables, on verra que le xylolith mérite d'attirer particulièrement l'attention des hygiénistes. P. S.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — M. Cestan, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est nommé chirurgien.

M. Audebert, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé accoucheur.

Marine. — M. le médecin de première classe Ardeber, actuellement embarqué sur le croiseur le *Lavoisier*, a été désigné pour embarquer sur le croiseur cuirassé le *Montcalm*, en essais à Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe Roux, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le *Duguay-Trouin.*

Le traitement de la blennorragie dans le Liptako. — Le Liptako est une des plus grandes provinces de la boucle du Niger, c'est actuellement terre française. Cette région a été étudiée au point de vue médical par M. Vallet, médecin des colonies. Notre confrère a noté dans cette région un traitement bien curieux de la blennorragie, affection très commune chez les noirs. Le traitement est le suivant : on fait bouillir des morceaux d'écorces d'un arbre qui pousse dans la brousse et qui s'appelle Lede douhol. Cette décoction une fois tiède est aspirée au moyen d'une tige creuse de paille, de la même façon que sur nos boulevards on aspire en été les boissons glacées.

L'opérateur se remplit la bouche du liquide et l'insuffle dans le canal urétral. On recommence cette opération une fois ou deux par jour. Le liquide expulsé est mélangé à de l'eau froide ; on s'en sert pour faire un gâteau de mil qu'on mange.

Quand la blennorragie a occasionné un rétrécissement, la technique à suivre pour rendre la perméabilité au canal urétral est de prendre, soit des poux, soit des moustiques, qu'on introduit au nombre de deux ou trois dans le méat urinaire, puis on écrase les bestioles en appuyant fortement sur le gland. Ce traitement a le mérite de la facilité ; notre confrère ne garantit pas son efficacité. (*Écho méd. du Nord.*)

Cours de vacances. — *Cours pratique d'ophtalmologie.* — M. le docteur F. Terrien, chef de clinique, recommencera le mardi 20 août, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades). — Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil.

2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).

Le cours durera six semaines et aura lieu les mardis, jeudis et samedis à cinq heures. S'inscrire d'avance tous les matins à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; Foureur (de Saumur).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 92. — SAMEDI 10 AOUT 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 10 AOUT 1901. — Nº 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours. DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (XIe session, tenue à Limoges, du 1er au 7 août 1901, sous la présidence de M. G. BALLET, président). Discussion sur le *délire aigu* et les *contractures*; communications diverses. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de l'acné nécrotique; — Action thérapeutique d'un nouveau diurétique. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

XIe session, tenue à Limoges du 1er au 7 août 1901.

PRÉSIDENCE DE M. G. BALLET.

DISCUSSION SUR LE DÉLIRE AIGU

(M. CARRIER, rapporteur.)

M. RÉGIS. Le délire aigu est un syndrome d'origine toxique susceptible de survenir, dans des conditions étiologiques favorables, dans la plupart, sinon dans toutes les infections et intoxications. Il n'existe pas de barrière infranchissable entre les délires survenant au cours des infections et intoxications et le délire aigu décrit par Calmeil. L'origine toxique de ce délire aigu, non encore démontrée par la bactériologie et l'anatomie pathologique, se dégage cependant nettement de sa symptomatologie que caractérisent et des signes physiques et des signes mentaux. Parmi les signes physiques, il faut mettre au premier plan : la céphalée, tenace, opiniâtre, si rare au contraire dans les vésanies proprement dites; cette céphalée peut être assez opiniâtre pour devenir le point de départ d'une idée fixe; deux de mes malades croyaient avoir un abcès du cerveau; cette céphalée continue peut survivre même au délire; les attaques épileptiformes, hystériformes, les états catatoniques sont fréquents, de même l'inégalité pupillaire et les troubles de la parole, à tel point que certaines formes de délire aigu peuvent être décrites comme des cas de paralysie générale aiguë. Les réflexes tendineux sont modifiés, diminués ou exaltés. L'état général du malade est analogue à celui des malades intoxiqués avec hyperthermie, urines peu abondantes, parfois albumineuses, contenant souvent de l'indican. Enfin il peut exister un véritable épuisement bulbo-encéphalique avec pouls petit, rapide, avec arrêts inspiratoires analogues à ceux de l'empoisonnement diabétique. Dans la convalescence, survient une crise urinaire parfois considérable et souvent de l'hypothermie.

Les signes mentaux consistent à la période d'état ou état de délire de rêve, de délire outrique avec hallucinations; mais, à la convalescence, le malade peut être atteint d'une *idée fixe*, post-outrique, reliquat d'une des idées principales qui ont constitué la trame du rêve; il peut présenter aussi une *amnésie* soit absolue soit transitoire, soit rétrograde soit antéro-rétrograde, et l'hypnose peut alors permettre de reconstituer la trame du délire outrique. Dans deux cas, j'ai trouvé une fois le streptocoque (délire mortel dans une infection puerpérale), une fois le staphylocoque blanc (délire au cours d'une infection utérine). Il n'existe pas un délire aigu spécial créé par un bacille spécial; le délire aigu est d'ordre toxique et peut survenir dans toutes les maladies toxiques ou infectieuses (typhoïde, coprostase, grippe, rage, insolation). Il faut signaler l'heureuse influence dans certains cas du délire aigu sur certaines vésanies chroniques lorsqu'il se développe pendant leur évolution, à tel point qu'on a voulu, pour guérir des vésanies chroniques, inoculer aux malades une maladie infectieuse. Ces considérations montrent que les délirants aigus ne sont pas des malades à interner mais des malades à surveiller dans des salles d'isolement qui seraient rattachées aux hôpitaux généraux.

M. BRIAND. Le délire aigu est un syndrome mental d'ordre toxique comme j'ai essayé de l'établir un des premiers. Il n'est pas créé par un microbe spécial, mais résulte de toxi-infections variées et encore peu connues. Cependant le délire aigu décrit par Calmeil ne doit pas être confondu avec les poussées délirantes survenant au cours de maladies infectieuses (fièvre typhoïde par exemple). Il forme un syndrome spécial, qui permet d'ailleurs de le distinguer de la manie aiguë fébrile. Le maniaque aigu est cependant souvent un systématisé derrière le flux en apparence incohérent de ses paroles; il est agité, ne se plaint pas; il est donc encore d'une force musculaire qui lui permet de gesticuler, de se débattre violemment. Au contraire le délirant aigu est un incohérent dans ses idées et dans son débit; c'est aussi un adynamique dont la force musculaire est très diminuée sous l'influence de l'auto-intoxication. De même que nous

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, nº 88.

savons maintenant que la pneumonie n'est pas causée uniquement par le pneumocoque, de même nous pouvons supposer que le délire aigu peut être créé par des infections variées; son existence est rare, mais il forme une entité nosologique qui ne peut être confondue avec les poussées délirantes d'aspect clinique assez semblable que l'on voit survenir dans les infections.

M. MARCHAND. On ne trouve dans les observations de délire aigu aucun symptôme constant. L'agitation, la dépression, les hallucinations, l'hyperesthésie sensorielle, la fièvre sont dissemblables. L'évolution, la pathologie, l'étiologie sont également différentes suivant les cas. En outre, les délires décrits dans les maladies infectieuses, dans la pneumonie, dans les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, la granulie, dans les septicémies, ressemblent aux divers tableaux que l'on a donnés sous le nom de délire aigu; si on considère maintenant les lésions que l'on rencontre dans le système nerveux des malades morts de délire aigu et celles décrites dans ces mêmes organes à la suite de maladies infectieuses avec délire, on est encore frappé de la ressemblance des lésions. A ce sujet, l'auteur présente des coupes provenant du système nerveux d'une malade morte de bronchopneumonie avec délire. On ne peut pas trouver, dans l'examen des coupes, de caractères différentiels entre les lésions du système nerveux d'un malade mort à la suite d'un délire apparu dans le cours d'une maladie aiguë toxi-infectieuse et celle du système nerveux d'un sujet mort de délire aigu proprement dit.

M. CROCQ. On peut observer au cours de maladies infectieuses des lésions de chromatolyse des cellules corticales bien que le malade n'ait pas présenté de troubles mentaux.

M. BALLET. Les lésions de chromatolyse des cellules corticales ne sont pas caractéristiques de tel ou tel délire. Il est possible qu'un délire aigu survienne sans créer de la chromatolyse à cause de la rapidité de son évolution; mais lorsqu'on constate des lésions prononcées de chromatolyse dans les cellules corticales, il est difficile d'admettre qu'un examen minutieux n'aurait pas fait constater quelque désordre mental du malade. Au surplus, nos connaissances sur les lésions du délire aigu sont très restreintes, car le délire aigu vrai est très rare; on a surtout décrit les lésions de ce qui n'est pas le délire aigu, les poussées délirantes survenant au cours de toxi-infections.

M. ROUBINOVITCH (Paris). Au point de vue de l'évolution clinique, il est intéressant de signaler la possibilité assez rare de voir *débuter le délire aigu par une phase à forme paranoïaque*.

J'ai eu l'occasion d'observer, en 1898, une jeune femme de trente-deux ans atteinte, pendant l'allaitement, de septicémie consécutive à un gros abcès du sein. Les troubles mentaux initiaux ont consisté, après une insomnie de plusieurs nuits, en un délire à apparence systématisée. La malade se croyait poursuivie pour ses opinions politiques et religieuses; elles avait des illusions et des hallucinations visuelles, auditives et tactiles qui se rattachaient nettement à ce délire de persécution auquel sont venues se joindre des idées de grandeur : on la poursuivait parce qu'elle était riche, parce qu'elle portait un nom célèbre. Pendant trois jours, on crut assister à une de ces bouffées délirantes d'emblée, à apparence systématique, qui ont été décrites chez les déséquilibrés, en France par Magnan et ses élèves, en Allemagne par un grand nombre d'auteurs, sous le nom de paranoïa aiguë. Mais au bout du troisième jour, le délire aigu prit sa forme ordinaire de confusion, et six jours après la malade mourut. Tous les autres symptômes psychiques et physiques étaient ceux indiqués par les honorables rapporteurs.

Il semble donc que le délire aigu peut débuter parfois par un syndrome d'aspect systématisé de courte durée. Dans le cas particulier, il s'agissait d'une femme à tares arthritiques. Elle était obèse. De plus, à l'âge de dix-sept ans, à l'occasion de la menstruation, la malade avait déjà présenté un accès de troubles psychiques d'une durée de trois semaines, caractérisé par une exaltation maniaque avec préoccupations mystiques et métaphysiques, suivie d'une phase dépressive avec abattement.

Le terrain était donc préparé par l'arthritisme et l'affection psychique antérieure. Peut être ces antécédents expliquent-ils, jusqu'à un certain point, la raison de l'apparition du délire systématisé comme prélude au délire aigu.

M. ARNAUD. J'insisterai sur l'existence de la céphalée au cours du délire et sur l'existence d'un état de tristesse particulier; ces malades ont un aspect souffreteux, ce sont des tristes à travers leur excitation.

DISCUSSION SUR LES CONTRACTURES

(M. CROCQ, rapporteur.)

M. GRASSET. J'estime trop simple la théorie qui localise uniquement le tonus dans la zone corticale cérébrale. En réalité, le mécanisme qui maintient le tonus musculaire est plus complexe; il semble qu'il comprend trois étages successifs. Le premier étage est formé par l'axe réflexe simple qui réunit le ganglion sensitif rachidien à la cellule motrice du même niveau; le deuxième étage comprend les masses grises de la base du cerveau (cervelet, noyau rouge, ganglions cérébraux), masses grises en relation avec les centres médullaires par les faisceaux sensitifs ascendants et les faisceaux cérébelleux pour la voie centripète, par le faisceau cérébro-spinal de Monakow en particulier pour la voie centrifuge. Enfin le troisième étage est cortical. Au surplus, le maintien du tonus a besoin non seulement des impressions venues par les voies sensitives médullaires, mais aussi par les voies centripètes de l'orientation (nerf labyrinthique, etc.) qui viennent agir sur les masses grises du mésocéphale.

M. PITRES. Il n'est pas prouvé que la trépidation spinale du pied et l'exagération du réflexe rotulien soient des phénomènes du même ordre. En effet, j'ai publié déjà plusieurs travaux où se trouvaient démontrés les faits suivants : on peut constater cliniquement un état normal du réflexe rotulien et cependant une trépidation spinale du pied très franche (fièvre tyhoïde, fracture de jambe); enfin par une application de la bande d'Esmarch on peut supprimer la trépidation spinale avec, néanmoins, persistance du réflexe achilléen.

M. MENDELSSOHN. Je n'ai jamais dit que la section de la moelle cervicale abolissait les réflexes au-dessous de la section. D'abord, je n'ai pas envisagé les réflexes tendineux, car je ne suis pas certain que ce soient là de véritables réflexes; nous n'avons étudié avec M. Rosenthal que les réflexes cutanés. A ce point de vue, nous avons simplement voulu dire que la voie normale des réflexes passait par la région bulbo-spinale. Si l'on détruit cette région, les réflexes persistent, mais ils ne se manifesteront que sous l'influence d'une excitation beaucoup plus forte; les réflexes sont fonction de l'intensité des irritants, d'autre part, ils

peuvent parcourir la moelle dans tous les sens, ils peuvent diffuser, ils n'ont pas une localisation précise, voilà pourquoi ils possèdent une valeur diagnostique restreinte. Je ne crois pas qu'une section complète de la moelle les supprime au-dessous de la section. Il n'est pas démontré comme une loi certaine que les réflexes suivent des voies d'autant plus longues que l'on s'élève dans la série animale, car j'ai prouvé que, chez certains mollusques, ils suivaient déjà une voie longue.

M. BRISSAUD. La théorie de M. Crocq veut que la contracture soit due à l'action de la corticalité cérébrale ou à l'irritation des fibres pyramidales. Elle ne s'accorde pas avec les cas de destruction de la capsule interne qui, d'une part, isole le manteau cortical, d'autre part, sectionne les fibres pyramidales; or, il existe des cas semblables de destruction de la capsule interne. Elle ne s'accorde pas avec les faits de destruction transverse de la moelle avec conservation des réflexes. On a décrit des cas de lésion transverse totale de la moelle avec paraplégie flaccide, mais on peut expliquer cette flaccidité non par l'interruption de fibres encéphalo-médullaires, mais par un état de shock de la région lombaire, ou même par des troubles circulatoires dus à la lésion de l'artère spinale antérieure. Enfin, nous constatons que presque toujours la main de l'hémiplégique se contracture en flexion par hypertonicité des fléchisseurs, il faudrait donc supposer que presque toujours dans les lésions qui créent l'hémiplégie, ce sont les fibres pyramidales destinées aux extenseurs qui sont détruites.

M. CESTAN. J'approuve dans ses critiques le remarquable rapport de M. Crocq, car déjà en 1889, j'étais arrivé à cette conclusion que nous n'avions pas une théorie de la contracture capable d'en expliquer les modalités cliniques. Mon opinion n'a pas changé et je ne puis accepter la théorie de M. Crocq. En effet, il admet que chez l'enfant le tonus est purement médullaire, chez l'adulte purement cortical; il me paraît difficile de comprendre qu'il s'établisse ainsi une opposition aussi absolue. D'autre part, il admet que la contracture est due à l'irritation des cylindraxes du faisceau pyramidal, or, j'apporte des faits de destruction complète du faisceau pyramidal avec cependant contracture active. Je ne veux pas prendre parti dans la discussion de la section aiguë de la moelle, je tiens simplement à établir que dans les deux cas de tumeur médullaire que je présente, les deux faisceaux pyramidaux sont tout à fait disparus malgré l'existence d'une paraplégie spasmodique intense. Voici les deux faits que je communique au nom de M. le professeur Raymond et au mien propre.

Nous avons observé deux cas tout à fait superposables, il s'agit de malades ayant présenté une paraplégie spasmodique progressive avec trépidation spinale et signe de Babinski; bientôt sont survenus une anesthésie des membres inférieurs, des troubles sphinctériens et des escares. Les malades sont mortes l'une au bout de dix ans, l'autre au bout de cinq ans avec persistance d'une paraplégie très spasmodique. A l'autopsie, on a trouvé dans les deux cas une tumeur extra-médullaire, un endothéliome miningé angiolithique, ayant comprimé le huitième segment médullaire dorsal. A ce niveau, la moelle est très aplatie; on aperçoit encore quelques tubes, mais malades, entourés d'une grosse prolifération névroglique; d'ailleurs tout aspect normal de la moelle a disparu, dans un cas elle forme une mince bandelette d'un quart de millimètre d'épaisseur sur 1 centimètre de longueur, dans l'autre une petite masse d'un tiers de millimètre de diamètre; au-dessus et au-dessous de la lésion on voit une dégénérescence complète et ancienne des faisceaux médullaires ascendants et descendants. Nous croyons que si la moelle n'est pas détruite en totalité, du moins la partie respectée est trop petite et trop malade pour jouer un rôle de destructibilité. Nos cas prouveraient donc qu'une destruction complète de la moelle dorsale peut, contrairement à l'opinion de Bastian, déterminer une paraplégie spasmodique. Nous insistons sur ce fait important : dans nos cas, la destruction s'est opérée très lentement, au bout de plus de plusieurs années; il se pourrait donc très bien qu'une destruction transverse très lente n'entraînât pas le même résultat qu'une destruction rapide et que l'on pût observer, dans le premier cas une paraplégie spasmodique, dans le deuxième cas une paraplégie flaccide.

MM. L. MARCHAND et CL. VURPAS. L'observation de plusieurs cas cliniques nous ont engagés à entreprendre quelques expériences touchant le mécanisme et les conditions de production des réflexes.

Différentes catégories de malades, chez lesquels les réflexes patellaires étaient normaux, abolis ou exagérés, ont été le sujet de nos expériences. Un myographe, appliqué sur la partie moyenne de la cuisse, était en communication avec un tambour enregistreur de Marey. Il en était de même pour une mince ampoule de caoutchouc placée en avant de la partie qu'on devait percuter.

Nous avons aussi, au moyen du même dispositif, étudié chez une malade le réflexe cutané plantaire.

Des expériences entreprises semblent découler les quelques considérations suivantes :

1° Il peut y avoir contraction du quadriceps sans projection du pied en avant. Faut-il dire, dans ces cas, que les réflexes n'existent pas?

2° Le temps écoulé entre la percussion et le début de la contraction musculaire varie suivant chaque sujet et semble même augmenter chez une hémiplégique à réflexes patellaires très exagérés.

3° Le temps écoulé entre le choc du marteau et le début de la contraction est le même, que l'on percute le tendon rotulien au-dessus ou au-dessous de la rotule, ou que la percussion porte sur le muscle lui-même, soit à sa partie inférieure, soit à la racine de la cuisse.

4° La lecture des différents graphiques semble montrer que la contraction qui fait suite au réflexe idio-musculaire varie peu d'intensité dans les divers cas; celle qui suit la percussion du tendon rotulien varie au contraire beaucoup chez nos différents sujets.

Le réflexe cutané plantaire, qui est un véritable réflexe (vingt-cinq centièmes de seconde), a donc un tout autre mécanisme que le réflexe patellaire (trois centièmes de seconde).

En résumé, il semble que le temps écoulé entre le choc et le début de la contraction musculaire soit le même que l'on percute le tendon du muscle ou le muscle lui-même à différentes hauteurs, alors que le réflexe cutané plantaire exige, pour se produire, au moins un temps huit fois plus long.

Le réflexe patellaire et le réflexe idio-musculaire du quadriceps serait donc de même nature. La différence des réactions musculaires dans les réflexes tendineux et les réflexes idio-musculaires, chez les différents sujets, tient peut-être à ce que, dans le premier cas, le muscle est tiraillé suivant

la longueur même de ses fibres; dans le second, à ce que le choc est transmis perpendiculairement à ses fibres.

Les réflexes patellaires, qui ne seraient ainsi que des réflexes idio-musculaires, dépendraient de la tonicité du muscle, qui, elle-même, serait sous la dépendance de l'état du système nerveux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. BOURNEVILLE. J'ai observé chez plusieurs malades une **éruption cutanée d'aspect purpurique au cours d'accès d'épilepsie**. Cette éruption est très rare ; elle est soit généralisée, soit le plus souvent localisée à la face; elle est formée de petits points hémorragiques ne s'effaçant pas à la pression, survenant trois ou quatre heures après la période congestive de l'accès et disparaissant trois ou quatre jours après. L'accès épileptique ayant créé l'éruption ne diffère pas des autres accès et d'autre part les malades ne sont ni des hémorragiques ni des intoxiqués. D'ailleurs, on peut observer aussi dans la phase congestive de l'épilepsie une congestion marquée de la conjonctive, une congestion avec parfois même écoulement de sang au niveau des éraflures cutanées mécaniques des épileptiques.

M. MARCHANT. Les cas de **tumeurs du cervelet** non reconnues du vivant du malade sont rares ; je rapporte l'observation d'une tumeur sarcomateuse de la grosseur d'une noix développée au niveau du lobe pneumogastrique et ayant comprimé le cervelet, le bulbe et la protubérance. Or cette tumeur ne s'est manifestée chez mon malade que par des crises d'épilepsie; la première crise a eu lieu à l'âge de trente ans; pendant plusieurs années les accès sont très rares mais le malade meurt à trente-huit ans après avoir présenté une série d'accès convulsifs suivis de délire violent.

M. DEVAY. Je rapporte cinq observations de **paralysie générale juvénile**, dont trois développées vers l'âge de vingt-cinq ans, après une infection syphilitique à l'âge de vingt ans.

M. RÉGIS. J'estime que la paralysie générale juvénile est définitivement admise par les auteurs, j'ai rapporté une observation dans les *Archives de neurologie* de 1901 et l'autopsie vient de confirmer ces jours derniers l'exactitude de mon diagnostic. Mais ces faits sont assez rares. A mon avis on ne doit pas parler de paralysie générale juvénile après vingt ans. D'ailleurs dans les cas de M. Devay, il s'agit de malades ayant une syphilis acquise. Au contraire, c'est l'hérédo-syphilis qui est la cause de troubles mentaux; ces troubles ne présentent pas la même allure que ceux de la paralysie générale de l'adulte; la paralysie générale juvénile arrive rapidement à la démence sans phase d'excitation, crée ainsi des erreurs de diagnostic, car ces malades sont considérés comme des idiots ou des épileptiques.

M. BALLET. Une observation de M. Devay signale l'apparition de la paralysie générale un an après l'accident syphilitique primitif. Il semble bien que le tabes et la paralysie générale apparaissent d'une manière plus précoce de nos jours qu'autrefois; cependant je ne connais pas de cas de paralysie générale survenue aussi rapidement après le chancre induré.

M. RÉGIS. Je dresse depuis longtemps la statistique de l'époque d'apparition de la paralysie générale; les cas habituels évoluent dix ans environ après le chancre, les plus précoces quatre ans après l'infection. J'ajoute que je ne crois pas que la syphilis soit la seule infection capable de déterminer la paralysie générale; c'est la plus fréquente, mais non l'unique cause.

M. MARTIN. J'ai observé un cas de **torticolis mental** survenu chez un mélancolique dégénéré guéri par la rééducation poursuivie avec patience pendant une année.

M. MEIGE. J'ai déjà insisté à plusieurs reprises, en collaboration avec M. Feindel, sur l'état mental des tiqueurs et la possibilité de la guérison par la rééducation des mouvements. De même, j'ai déjà indiqué à la Société de neurologie la genèse des tics, qui résultent d'une mauvaise habitude née soit par le costume, soit par une petite infirmité. Le torticolis mental n'est qu'une variété des tics mentaux; il peut donc récidiver ou être remplacé par un autre tic.

M. BRISSAUD fait remarquer que la rééducation agit à la fois sur le tic et sur le caractère du malade, qui reprend confiance en lui-même.

M. BRIAND. Ces malades délirent facilement; ce sont des tristes, instables.

MM. MEIGE et FEINDEL. L'état mental des tiqueurs se caractérise par une instabilité mentale, une déséquilibration, qui ne va pas d'ailleurs, dans certaines circonstances, sans une intelligence souvent remarquable; en résumé, c'est l'état mental des dégénérés, qui ne peuvent pas fixer leur volonté.

M. BALLET. On exagère peut-être la gravité de l'état mental; parfois, on doit parler non de dégénérescence, mais bien simplement de déséquilibration mentale.

M. PAILHAS. J'ai observé, dans le département du Tarn, que certaines localités fournissaient un contingent très élevé d'aliénés, et cela depuis plusieurs années. Or ces villes sont isolées, d'anciennes places fortes, et il est probable qu'on peut décrire, à côté de la dégénérescence individuelle, une **véritable dégénérescence d'un groupe d'habitants** isolés par les conditions sociales pendant de longues années.

M. HARTENBERG. J'ai traité des affections nerveuses diverses par des **injections sous-cutanées de lécithine**, en raison de 1 gramme de lécithine par jour. J'ai obtenu de bons résultats, mais surtout dans la neurasthénie et l'hystérie ; mais je ne crois pas que la lécithine vienne agir directement sur les cellules nerveuses ; la lécithine doit agir en modifiant la nutrition générale et aussi secondairement le système nerveux.

M. DEVAY. J'ai observé un nouveau **cas de psychose post-opératoire** : jeune homme de vingt-six ans, sans tare mentale, non alcoolique ; il se fait opérer d'un kyste dermoïde du sourcil, opération qui se fait régulièment et n'entraîne pas de suppuration. Le malade présente au bout de quelques jours une phase de mélancolie et bientôt une phase de confusion mentale avec délire outirique, hallucinations auditives et délire de persécution. Le malade a guéri. La plaie n'a pas suppuré, le sommeil chloroformique a été court et normal, il n'existait ni tare alcoolique, ni antécédent mental. Ce cas paraît donc rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires. Je crois que la cause du délire réside peut-être dans le siège de l'opération, très voisin du cerveau.

M. RÉGIS. Mon opinion ne s'est pas modifiée depuis le Congrès d'Angers. Je crois que la psychose post-opératoire est un délire toxique, si on met à part les cas de vésanies survenant sur un terrain prédisposé à l'occasion du trau-

matisme chirurgical. La psychose post-opératoire rentre par suite dans la classe des psychoses toxiques, dont elle offre toute la symptomatologie ; elle est souvent sous la dépendance de l'auto-intoxication développée par l'opération. Les faits se multiplient qui corroborent mon opinion; c'est ainsi que j'ai vu un vieillard faire un délire après une opération de la cataracte, délire qui a cédé à une purgation énergique; les mêmes raisons expliquent la rareté de ces psychoses chez les enfants, car, chez eux, l'auto-intoxication est rare.

Sur la théorie de l'obsession. — M. F.-L. ARNAUD (de Vanves). On a appliqué à l'obsession l'une et l'autre des deux théories principales de l'émotion, la théorie *intellectuelle* et la théorie *physiologique*. Ces deux théories paraissent également insuffisantes pour expliquer cet état morbide.

La théorie intellectuelle néglige presque absolument les symptômes organiques, elle admet que tout vient d'en haut c'est-à-dire de l'idée dont les autres symptômes sont de simples réactions. On lui objecte que l'idée ne devient obsédante que grâce à l'existence d'un trouble préalable; les obsédés sont des malades avant d'avoir des obsessions précises. En outre, dans certaines obsessions, les symptômes émotifs précèdent et annoncent l'apparition de l'idée. D'un autre côté, la marche de l'obsession par accès, le défaut de rapports constants entre la nature de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse, la variabilité de l'idée (dans les cas de panophobie, par exemple) comparée à l'identité des symptômes émotionnels, etc., tout cela s'accorde mal avec l'hypothèse qui attribue à l'idée un rôle toujours prépondérant dans l'obsession.

Inversement, la théorie physiologique ou émotive (Lange, W. James, Ribot, etc.) exagère l'influence des troubles vasomoteurs et de l'expression émotive, au détriment des centres cérébraux supérieurs. Il n'est pas du tout prouvé que, toujours, nous soyons tristes parce que nous pleurons ou effrayés parce que nous tremblons; il s'en faut qu'il y ait toujours parallélisme entre l'intensité de l'émotion et son expression. Dans bien des cas, il paraît évident que l'émotion naît de l'idée; à plus forte raison pour l'obsession, dans laquelle l'élément intellectuel est plus important que dans l'émotion simple.

Nous pensons que le rôle essentiel, dans la genèse de l'obsession, appartient aux *troubles de la volonté*. Si l'on étudie l'état des obsédés, en dehors de leurs crises angoissantes, on reconnaît que ces malades sont tous des *abouliques*, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. L'étude des mouvements volontaires est, à cet égard, très instructive chez les obsédés. On retrouve ces troubles moteurs dans la *folie du doute*, type des obsessions dites *intellectuelles*, aussi bien que dans les diverses phobies. C'est la perte ou l'amoindrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent.

En résumé, l'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments moteurs communs à la volonté et à l'intelligence; ce trouble est une *aboulie* permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions se fait sentir dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est, avant tout, une *maladie de la volonté*.

M. H. MEIGE. **L'écriture « en miroir »** est tracée normalement de la main gauche, sans éducation préalable, par toute personne qui sait écrire couramment de la main droite en écriture ordinaire. L'expérience n'est jamais en défaut : il suffit d'écrire ou de faire écrire la même phrase des deux mains, simultanément, en divergeant, en partant du milieu d'une feuille de papier. La main droite écrit en écriture « droite »; la main gauche écrit les mêmes mots « en miroir ». Dans ces conditions, les mouvements de l'écriture en miroir de la main gauche s'exécutent avec une facilité remarquable, d'une façon automatique, même et surtout lorsque le sujet écrit ainsi des deux mains pour la première fois; cette écriture en miroir d'une main non éduquée, spontanée et immédiatement courante, a pour elle tous les avantages lorsqu'on la compare à l'écriture en caractères ordinaires que le droitier peut obtenir de sa main gauche : une longue éducation est nécessaire pour arriver à une rapidité d'écriture médiocre.

Ce qui est vrai pour l'écriture l'est également pour tout autre mouvement appris par la main droite. A mesure que le membre supérieur droit, ou que le centre cortical des mouvements du membre supérieur droit se perfectionne, il se fait une éducation « en miroir » du centre du membre supérieur gauche.

L'éducation en miroir, latente mais réelle, du centre symétrique de celui qui a été visiblement et laborieusement éduqué, n'est pas d'un intérêt simplement théorique. Il est possible de déduire de ce fait des applications utiles. Par exemple, si, par suite d'un accident, d'une maladie, une personne vient à être privée temporairement ou définitivement de l'usage de sa main droite, il est précieux pour elle de pouvoir, spontanément, ou du moins avec très peu d'exercice, écrire de la main gauche presque aussi rapidement et correctement que de la main droite. Cette écriture sera en miroir, il est vrai; mais, tracée sur un papier transparent, il suffira de retourner la feuille pour la rendre lisible pour tous.

La thérapeutique saura aussi mettre à profit les mouvements « en miroir ». Ce n'est plus ici des mouvements de la seule main gauche qu'il s'agit. D'une façon générale, on peut dire que l'éducation d'un centre moteur (gauche ou droit) a eu son retentissement en miroir sur le centre moteur symétrique (droit ou gauche). On peut dire aussi que dans le moment même où un centre préside à l'exécution d'un mouvement, le centre symétrique tend à commander ce même mouvement, mais en miroir. Il en résulte qu'un mouvement sera appris par un membre malade avec bien plus de facilité si le membre symétrique sain exécute et répète lui-même ce mouvement. La gymnastique rééducatrice devra donc profiter de cet avantage toutes les fois qu'elle aura à s'adresser à des troubles moteurs dimidiés. Lorsqu'il s'agira d'une lésion passagère ou peu accentuée d'un centre, la rééducation sera facilitée par la mise en jeu des mouvements en miroir. Mais c'est surtout pour la correction des troubles moteurs des maladies sans lésion, pour les *tics* en particulier, que l'emploi des mouvements en miroir (écriture ou dessin des deux mains, exercices gymnastiques des muscles symétriques) semble surtout recommandable.

MM. ROUBINOVITCH et PHILIPPET (de Paris). Des expériences faites sur l'**hédonal** ont donné les constatations suivantes :

1° *En ce qui concerne son action physiologique :*

a. L'hédonal détermine, aussitôt après l'absorption, une

hyperthermie de deux à cinq dixièmes de degré, puis une hypothermie de deux à trois dixièmes de degré.

b. L'hédonal a, relativement au chloral, très peu d'action sur la respiration et la pression sanguine; pour ralentir la première et diminuer la seconde, il faut employer des doses environ dix fois plus fortes du nouvel hypnotique que si on se servait du chloral.

c. La toxicité mortelle de l'hédonal semble être de 1 gramme par kilogramme.

d. L'hédonal augmente le taux de l'urée.

2° *En ce qui concerne son action hypnotique :*

a. L'hédonal, quand il endort, le fait assez rapidement, en moyenne une heure et demie ou deux heures après l'absorption, sans phase préalable d'agitation. Le sommeil produit est calme; il n'est pas de très longue durée, au maximum quatre heures, du moins à la dose de 1 ou 2 grammes; le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise.

b. L'action de l'hédonal est plus sûre contre l'insomnie des affections dans lesquelles n'entrent pas d'éléments mentaux.

En somme, nous avons dans l'hédonal un hypnotique inoffensif.

A dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal.

M. CROCQ a obtenu de bons résultats thérapeutiques à la dose de 3 grammes chez les simples nerveux et de 6 grammes chez les aliénés. On peut atteindre sans crainte ces doses élevées, car l'hédonal est bien moins toxique que le trional.

MM. FAURE et LAIGNEL-LAVASTINE. De l'ensemble de rerecherches **ayant porté sur 200 cas de maladies diverses** il résulte que, chez des malades atteints d'infections variées, qui se sont parfois accompagnées de troubles mentaux bien nets et intenses, nous n'avons *jamais* rencontré, soit dans le tissu cérébral, soit dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le sang, un élément microbien auquel on pût imputer un rôle dans la genèse de la maladie. Il en est de même chez des aliénés atteints, ou non, d'infections apparentes (paralysie générale, confusion mentale, délires, etc.). Il en résulte aussi que, d'une manière générale, il est excessivement rare de trouver des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien et le sang des malades, atteints ou non de troubles mentaux, lorsque cependant ils présentent des signes généraux d'infection (hormis les cas bien connus où il y a infection localisée de l'axe cérébro-spinal, des méninges, ou du sang, méningites infectieuses, abcès, encéphalites et myélites infectieuses, maladies infectieuses du sang). Nous nous étonnerons donc qu'on ait si souvent et si facilement rencontré des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien et le sang des aliénés.

Nous trouverons dans ces faits un argument puissant en faveur de la théorie pathogénique que nous soutenons, et que l'un de nous a déjà plusieurs fois exposée et défendue :

Les troubles mentaux infectieux sont en réalité des troubles mentaux toxiques. C'est par l'intermédiaire des poisons secrétés dans le foyer infectieux (où qu'il soit) et répandus dans tout le milieu intérieur, ou des poisons fabriqués dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, troubles de la respiration et des fonctions de la peau), que se produit le trouble mental, dû à l'action du milieu intérieur vicié sur les fonctions cellulaires cérébrales.

Voilà pourquoi la physionomie clinique des troubles mentaux toxi-infectieux est la même que celle des troubles mentaux toxiques; voilà pourquoi les lésions cérébrales, que nous avons rencontrées dans quelques cas de troubles mentaux toxi-infectieux, sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans d'autres parties du système nerveux, au cours de l'alcoolisme, par exemple, ou d'autres intoxications analogues.

M. DOUTREBENTE présente une **pétition signée par 152 commis et employés de 39 asiles d'aliénés**, qui sollicitent un avis favorable de leurs supérieurs hiérarchiques présents au Congrès de Limoges.

Dans cette pétition, ces modestes employés, qui travaillent sans avenir et sans possibilité d'améliorer leur situation, demandent que désormais les emplois d'économe et de receveur qui deviennent vacants leur soient attribués au lieu d'être donnés, comme cela arrive souvent, à des personnes étrangères au personnel de ces divers établissements.

Le docteur Doutrebente estime que les directeurs-médecins ne doivent pas rester indifférents au choix de ces fonctionnaires et que, d'ailleurs, ainsi qu'il résulte d'une décision du ministre de l'Intérieur, en date du 5 décembre 1843, ils ont un droit de présentation au préfet concurremment avec la commission de surveillance.

R. CESTAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'acné nécrotique.

M. Dubreuilh (de Bordeaux) traite localement l'acné nécrotique par les mercuriaux et surtout les sulfureux, qui donnent des résultats rapides.

Il emploie la formule suivante :

Axonge		30 grammes.
Soufre	} àâ	4 —
Savon vert		

Quant au traitement général, il est variable suivant les cas, car jusqu'à présent on ne sait rien de précis sur la pathogénie de l'affection (1).

Action thérapeutique d'un nouveau diurétique.

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique (12 juin 1901), M. Destrée (de Bruxelles) est venu apporter les résultats que lui a fournis comme diurétique le sel double de théobromine sodée et d'acétate de soude (agurine). Il résulte de ses expériences que ce sel est bien supporté, grâce à sa faible causticité; qu'il agit à des doses relativement faibles, ses effets pouvant déjà se manifester à la dose de 0g25 à 0g50 par jour; que ses effets ne se portent pas seulement sur la quantité éliminée, mais aussi sur les éléments solides excrétés par le rein; que les effets persistent plusieurs jours (souvent une semaine) après la cessation de son administration; que l'élimination de phosphates de l'urine est surtout accrue sous son influence, et qu'à ce titre le médicament doit être rejeté quand il y a phosphaturie.

Notons cependant que ses effets sont inconstants dans les affections rénales et peut-être même nocifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. Laurent, médecin principal de deuxième classe de réserve, est nommé officier de la Légion d'honneur.

Guerre. — MM. les médecins de première classe Bellard

(1) Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 5 juillet 1901.

(E.-M.-G.) et Vallot (G.-G.), du cadre de Cherbourg, sont désignés pour aller servir : le premier au 8e d'infanterie coloniale à Toulon; le second au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort, en remplacement de MM. les docteurs Pelissier et Gombaud.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 31e semaine, 890 décès, au lieu de 859 pendant la semaine précédente et au lieu de 926, moyenne ordinaire des semaines de juillet.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 10); la variole, en légère augmentation sur la 30e semaine, a causé 8 décès; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a aussi augmenté légèrement (57 au lieu de 33); la rougeole 10 décès (au lieu de 15 pendant la semaine précédente et de la moyenne 21); la coqueluche, 4 (au lieu de 8 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6); la diphtérie 12 (au lieu de 13 pendant la semaine précédente et de la moyenne 5); le nombre des cas signalés par les médecins s'est élevé à 110 (au lieu de 103 et 102 pendant les deux dernières semaines).

On n'a signalé aucun décès par la scarlatine.

La diarrhée infantile a causé 93 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 99), dont 80 dans les dix arrondissements périphériques et 13 seulement dans les dix arrondissements du centre. Cette mortalité assez forte va probablement persister pendant tout l'été. On ne saurait donc assez recommander aux familles de veiller à la pureté du lait donné aux enfants et à la méticuleuse propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté. Ce conseil nécessaire leur a d'ailleurs été donné par voie d'affiche.

En outre, la diarrhée a causé 7 décès d'un à deux ans et deux à l'âge adulte. Trois autres décès, concernant les adultes, ont été attribués à des affections cholériformes.

En outre, 43 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 109 décès (chiffre identique à la moyenne de juillet), au lieu de 98 pendant la semaine précédente. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 12 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 20 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 67 (moyenne 57), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 32 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès; la méningite tuberculeuse, 16 décès; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 32 décès; les maladies organiques du cœur, 50; le cancer a fait périr 57 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 22; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Roussel (de Genève), connu par ses travaux sur la transfusion sanguine, et Remond (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 93. — MARDI 13 AOUT 1901. 74e ANNÉE MARDI 13 AOUT 1901. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — SCIATIQUE DE CAUSE PSYCHIQUE, par MM. A. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris, et ROLLET, interne du service. — L'ASPIRATION ÉVACUATRICE DANS LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUES, par M. Paul GUÉNIOT, interne des hôpitaux de Paris. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids; — L'analgésie par les injections sous-arachnoïdiennes de quinine. — VARIÉTÉS. Une femme incomplète au point de vue physiologique peut-elle convoler en justes noces? — Vénus ou les deux risques. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SCIATIQUE DE CAUSE PSYCHIQUE

Par MM. A. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris, et ROLLET, interne du service.

Ch... (Denis), quarante et un ans, manouvrier, entre à l'hôpital le 13 juin 1901, salle Eudes III, n° 27, pour une sciatique droite.

Antécédents héréditaires. — Son père, de caractère violent, est âgé de quatre-vingt-quatre ans, bien portant. Sa mère est morte à soixante-cinq ans, hémiplégique droite depuis huit ans. Le grand-père paternel est mort à quatre-vingts ans, de maladie inconnue du malade. Il ne peut donner de renseignements sur ses grands-parents maternels. Il a deux frères vivants. L'un a été réformé au régiment pour faiblesse de constitution. Tous deux sont mariés. Celui qui fut exempt du service a un enfant bien portant, l'autre n'en a pas. Une sœur est morte à quarante-huit ans de tuberculose pulmonaire. Elle exerçait le métier de cuisinière dans un château, était sujette à de violentes crises d'hystérie. Une opération de fistule anale hâta le dénouement fatal de sa tuberculose.

Antécédents personnels. — Denis n'a pas eu de convulsions dans son jeune âge. Rougeole vers sept ou huit ans sans complications. A douze ans, accès fébriles difficiles à caractériser. A quatorze ans, pneumonie d'allures graves, pendant laquelle il eut un délire accusé. Cette maladie dura cinq semaines. A vingt-sept ans, blennorragie qui disparut en trois semaines.

Le 19 juillet 1898, il travaillait aux champs, empilant des gerbes de blé. Survint un orage au cours duquel il fut foudroyé en plein champ, roulé par le fluide sur un espace de 10 à 15 mètres. Il perdit alors connaissance et quand il revint à lui, deux heures environ après l'accident, il était paralysé de tout le côté droit. Il était resté durant ce laps de temps sur la terre détrempée par une pluie abondante. En reprenant ses sens, il avait oublié tout ce qui s'était passé, et ce ne fut que plusieurs heures ensuite que lui revint la mémoire de l'orage et des suites. Il éprouvait une douleur très violente dans tout le corps, principalement dans le membre inférieur droit, complètement inerte. Le membre supérieur droit, atteint lui-même de paralysie, avait, après trois jours, recouvré la motilité. Conduit à l'hôpital le 20 juillet 1898, il n'en sortait que le 12 février 1899, mais guéri radicalement, après avoir été soigné pour une sciatique-névrite droite.

Cet homme est alcoolique. Outre le vin dont il abuse aux repas, le marc, les apéritifs vulgaires, l'absinthe, le café sont ses boissons préférées entre les repas. Il paraît avoir toléré jusqu'ici ce régime de boissons prises d'une façon continue.

Au sortir de l'hôpital, après ce premier séjour de plusieurs mois, le malade était assez robuste pour reprendre son travail. Pendant quatre mois, la marche avait été pénible de la jambe droite. Mais insensiblement tout était rentré dans l'ordre, et ce manouvrier avait recommencé sa vie ordinaire et ses libations copieuses.

Jusqu'au 9 juin 1901, aucun épisode morbide. Cet homme fait une remarque importante pour le sujet qui nous occupe. Il est devenu très peureux de tout orage. Chaque fois que le temps menace, il est mal à l'aise, nerveux, agité. Quand l'orage éclate, ces troubles nerveux sont portés à leur paroxysme. Chaque éclair le fait trembler, il ne sait où se mettre. Si la foudre tombe, le coup violent qui accompagne la décharge le met hors de lui. Surpris par un orage, dans les champs, il est pris d'angoisse, ne redoute rien tant que d'être foudroyé derechef. A la maison, la peur est moins grande; environné de personnes, il a moins peur encore. Mais cette frayeur existe toujours à une intensité variable. Le calme ne lui revient qu'avec la disparition de la tempête. Outre cette peur, qu'il ne raisonne pas, dont il fut objet de risée, il a constaté que tout orage lui cause des douleurs dans le membre inférieur droit, sur le trajet de son nerf sciatique. Telle est la violence de cet orage, telle est l'intensité de la douleur. Elle vient avec la perturbation atmosphérique et s'envole avec elle. Cette sciatique se reproduit, depuis l'accident primaire, à chaque orage; peu importe qu'il soit chez lui ou dehors, qu'il soit ou non exposé à la pluie, qu'il soit levé ou couché.

Or, le 9 juin 1901, à onze heures du soir, notre contrée fut malmenée par un orage très violent. Cette journée se passa tranquille pour le malade, sauf que dans la soirée il fut pris de l'énervement et du malaise avant-coureurs de ce qui devait se passer. Ajoutons, fait important en l'espèce, que c'était un dimanche, fort bien employé à boire. N'ayant pas de travail obligatoire, il s'était livré à des libations d'autant plus exagérées que la chaleur était plus accablante : 2 litres

de vin, une absinthe forte, du café avec marc, des apéritifs, tel était son bilan liquide. Rentré chez lui à neuf heures du soir, il se coucha. Il ne put dormir, fut agité et attendit l'orage qu'il pressentait, le redoutant plus encore que de coutume. Au premier coup de tonnerre, il est subitement pris d'une douleur très vive dans le membre inférieur droit, le long du trajet du sciatique.

Les coups de foudre furent particulièrement forts durant cet orage et le malade en ressentit les effets sous forme de terreur, d'agitation indescriptible et de souffrance aiguë. La nuit fut plutôt mauvaise pour lui, néanmoins il se rendit le matin à son travail et ce fut à midi qu'il dut regagner son lit à cause de sa sciatique. Il resta ainsi deux jours chez lui, mais voyant qu'il ne pouvait se lever sans souffrir, il se décida à venir nous voir à l'hôpital.

Voici le tableau clinique à l'entrée. Homme très nerveux, très agité, ayant un tremblement de la langue, des lèvres, des mains, absolument caractéristique. Il accuse une insomnie rebelle causée par des cauchemars continus. La langue est saburrale. Pituites matinales. Diarrhée matutinale, sensibilité de la région hépatique sans hépatomégalie manifeste. Tous signes dont l'étiologie n'échappe pas. Denis ne se plaint pas de ces symptômes, il les ignore; il est venu réclamer un soulagement à sa douleur sciatique. Durant son premier stage hospitalier, il fut l'objet d'une étude suivie et consciencieuse. Comme tout bon névropathe, il sut profiter des leçons faites à son lit et présentement, de lui-même, il nous montre les points douloureux classiques de la sciatique y compris le signe de Lasègue. Quelques contractions fibrillaires paraissent dans les muscles du membre inférieur pendant l'examen. La mensuration ne relève aucune atrophie. La marche est possible sans appui et sans canne. Le hasard ayant placé une sciatique névralgique authentique dans la salle, il nous fut facile de comparer la démarche des deux malades. Notre nerveux marche normalement, sans claudication, tandis que le jeune homme, atteint véritablement, déambule avec peine et fournit une claudication manifeste.

Denis a gardé de sa première atteinte de sciatique une scoliose à concavité gauche. La station sur un seul pied est possible des deux côtés. Varices aux deux jambes. Nous n'avons relevé comme trouble de la sensibilité que la diminution à droite de la sensibilité thermique. Les réflexes rotuliens, crémastériens, du tendon d'Achille, pharyngien sont normaux. Le réflexe plantaire droit est un peu amoindri. Le champ visuel n'est pas rétréci. Le 30 juin dernier, lors du cyclone, le malade eut une vive frayeur. Elle fut néanmoins atténuée par la présence des malades dans la salle. Toutefois, la douleur sciatique subit, de ce fait, une exacerbation transitoire.

Nous pûmes, au cours d'un orage survenu durant la visite, être témoins des phénomènes douloureux produits et assister à la scène de frayeur subie par ce patient.

C... est un malade intéressant à plusieurs points de vue. Il supporte une tare héréditaire chargée qui met en jeu son système nerveux au premier ébranlement sérieux. Son père est de tempérament violent, sa mère meurt d'hémiplégie, sa sœur est une grande hystérique. Qu'il ait une maladie sérieuse, telle qu'une pneumonie, et le délire paraît. En prenant de l'âge, il développe sa tare par ses habitudes d'intempérance. Le terrain est fort bien préparé pour l'éclosion d'accidents nerveux. Ceux-ci surviennent à propos d'un coup de foudre; tout autre pourrait être la cause provocatrice. Ici, elle provoque une phobie. Avec ces prédispositions acquises et héréditaires, y joignant les influences ambiantes comme le séjour prolongé sur le terrain mouillé, et notre sujet est atteint d'une névrite localisée au sciatique en raison de son décubitus. Peut-être faut-il encore voir en cette localisation l'appel des troubles névritiques alcooliques sur les membres inférieurs. Mais quand on assiste ultérieurement à la détermination des mêmes accidents sur un organe fortement frappé antérieurement, que conclure? Cette sciatique existe-t-elle réellement à chaque orage? Lorsque le malade est venu solliciter notre secours, était-il atteint d'une sciatique véritable? Nous nous croyons autorisés à répondre par la négative. Il offre cependant le tableau clinique de l'affection. Nous insisterons ici encore sur son éducation médicale à ce sujet. Et une preuve nous semble péremptoire : tous les points douloureux ignorés du malade font défaut, il ne marche pas comme le voisin atteint d'une sciatique indiscutable. Est-ce à dire qu'il simule? Nous ne le croyons point. Il n'est pas hystérique, puisque nous n'avons pu relever de stigmates. Il y a une autre explication. Le jour, où cet orage violent éclate, a été marqué de libations abondantes. La prédisposition était accentuée de ce fait, la peur portée à son comble. Si la douleur et ses conséquences n'ont pas de substratum anatomo-pathologique, elle existe cependant, réelle, mais elle est psychique. Par association d'idées, par prédisposition nerveuse acquise et héréditaire, par le *modus vivendi*, l'équilibre du système nerveux est sans cesse instable et Denis, à chaque orage qui ébranle ses éléments nerveux, répond par une souffrance subjective localisée à un territoire nerveux qui fut réellement et gravement atteint, qui demeure et restera pour lui son *locus minoris resistentiæ*. Cet homme souffre donc en réalité, mais sa douleur est purement cérébrale, sans lésions tangibles. Il rentre dans la catégorie des malades nerveux dont se sont occupés MM. le professeur Raymond et Pierre Janet. Durant la saison propice aux orages, Denis est sous l'empire d'une phobie, l'*électrophobie*. Quand les phénomènes atmosphériques s'y prêtent la peur atteint à son apogée, et en raison de l'accident subi autrefois, les coups de foudre associent la douleur à la frayeur et font revivre au patient une phase plus ou moins longue, mais toujours pénible, de son existence. Sous l'influence du traitement moral, des douches, du bromure de potassium, de la suppression de l'alcool, le malade a recouvré la santé et est reparti au travail.

Quel sera son avenir? En continuant l'intoxication, il est probable qu'il aboutira à une psychose d'allures spéciales qui l'empêchera de gagner sa vie ; puis, les paralysies alcooliques frapperont une proie trop facile à vaincre, puisque leur évolution aura été préparée de longue date.

L'ASPIRATION ÉVACUATRICE DANS LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUES

Par M. Paul Gueniot, interne des hôpitaux de Paris.

Le drainage purement abdominal n'assure pas l'évacuation complète des liquides péritonitiques, à cause de la stagnation forcée dans les parties déclives. Aussi bien des chirurgiens emploient avec faveur le drainage périnéal ou vaginal.

Pour obtenir, par le simple drainage abdominal, une évacuation aussi parfaite que possible, on a coutume, en renouvelant le pansement, d'exercer sur le ventre une pression qui fait sourdre une nouvelle quantité de liquide. Cette manœuvre atténue, mais elle ne supprime pas d'une façon absolue l'effet de la déclivité. D'autre part, cette pression, qu'on fait d'autant plus forte qu'on la veut plus efficace, est souvent douloureuse pour le malade, surtout avec la péritonite qui exagère la sensibilité abdominale.

On obtient une évacuation bien plus parfaite, et sans douleur pour le malade, en substituant à la méthode d'expression couramment employée la méthode d'aspiration, peu usitée et qu'il est pourtant facile d'appliquer comme il suit.

Un gros drain de caoutchouc, sans trous latéraux, plongeant à fond dans le ventre, jusque dans le cul-de-sac de Douglas, un tube de verre de moindre calibre et suffisamment long est introduit à l'intérieur de ce drain, et on l'enfonce progressivement, aussi profondément qu'il le faut; à l'extrémité extra-abdominale du tube de verre se trouve adapté un tube de caoutchouc dont l'autre extrémité présente un embout qui sert à le relier à la pompe de l'aspirateur Dieulafoy. La pompe est alors manœuvrée, grâce à son jeu de robinets, de manière à aspirer d'abord le liquide du ventre, puis à le refouler à l'extérieur : la manœuvre aspirante et foulante est recommencée autant de fois qu'il est nécessaire pour assécher la cavité péritonéale.

L'indication la plus formelle et le succès inespéré de cette méthode, c'est la septicémie péritonéale aiguë, avec présence dans le ventre d'une faible quantité de liquide, de sérosité sale, très toxique. On peut guérir quelques-uns de ces cas désespérés, grâce à l'aspiration évacuatrice poussée à fond, renouvelée aussi fréquemment qu'il est besoin, et combinée, bien entendu, à l'emploi des injections massives et réitérées de sérum artificiel, sous-cutanées ou au besoin intra-veineuses, des injections répétées de caféine, de la glace à l'intérieur et de l'application large sur le ventre de vessies de glace, placées non pas au-dessus du pansement, mais dans l'intérieur même du pansement, entre deux couches d'ouate. La tenacité du thérapeute trouve de temps à autre, dans la guérison inespérée d'un de ces cas d'une extrême gravité, la récompense d'efforts dépensés inutilement dans cent autres.

Je me borne, pour le moment, à l'énoncé des faits, ce sujet ayant assez d'importance pour mériter d'être développé, avec observations à l'appui, dans un travail ultérieur.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids.

Le professeur Lemoine (de Lille), dans les cas où l'emploi des bains froids est impossible, les remplace par des lavements froids. Il procède de la façon suivante (1) :

« Le lavement est donné toutes les trois heures et même toutes les deux heures quand la température monte rapidement à un degré élevé; pour le donner, je me sers de bock et d'une canule rectale, enfoncée de 15 à 20 centimètres. Le malade est couché sur un vase plat glissé sous le siège et reçoit le lavement sous une faible pression; le bock ne doit pas être élevé au-dessus de lui de plus de 50 centimètres. Il faut faire passer ainsi, à chaque fois, 2 litres d'eau, et cela très lentement, en interrompant le courant de temps en temps et en permettant à l'intestin de se vider graduellement, de façon à ne pas être soumis à une trop forte distension du fait de l'accumulation du liquide; c'est, par conséquent, plutôt une sorte de douche ou d'irrigation qu'un lavement.

Je me sers d'eau bouillie, ramenée à la température de 18 à 20 degrés, car avec de l'eau plus froide on peut provoquer des contractions de l'intestin suivies de coliques douloureuses et capables peut-être de faciliter les perforations; avec de l'eau plus chaude, l'effet réfrigérant n'est pas suffisamment obtenu.

Les lavements froids agissent de deux façons : en baaissant la température et en désinfectant l'intestin.

On sait que les bains froids n'abaissent pas toujours brusquement la température du malade, et il n'est pas rare d'observer sur un sujet la même température avant qu'après le bain. Mais, en général, il y a abaissement, plus ou moins grand, selon le cas. Avec les lavements froids, c'est la même chose, et on observe les mêmes variations; cependant, s'il y a une différence, c'est en ce sens que le lavement paraît abaisser la température plus rapidement que le bain, mais d'une façon moins durable, et c'est là ce qui constitue, à mon avis, l'infériorité de la méthode des lavements sur celle des bains. Le minimum d'abaissement est obtenu environ vingt à trente minutes après le lavement, puis la température remonte et, une demi-heure plus tard, elle revient au degré où elle était auparavant.

Malgré cela, il est rare de voir les phénomènes nerveux apparaître, et le délire est l'exception. Le malade conserve un bon appétit, la langue humide et toute sa lucidité, comme celui qui est traité par la méthode de Brandt.

La désinfection de l'intestin est certainement activée par ces lavements répétés. En effet, le malade étant dans la position horizontale et la sonde rectale introduite de 20 centimètres, l'eau du lavement pénètre loin et balaye tout le gros intestin. Chaque lavement est suivi d'une évacuation de matières fécales plus ou moins abondantes et souvent noyées dans l'eau et rendues avec elle; les selles sont rares dans les intervalles.

C'est à cette désinfection, à chaque instant répétée, que j'attribue ce fait que les malades soumis à la méthode des lavements présentent, en général, une hyperthermie moindre que ceux qui sont traités par les bains. L'ensemble de leur courbe est plus régulier, peut-être avec des minima moindres, mais sûrement aussi avec des maxima inférieurs. Le nombre des cas, ainsi traités et observés directement par moi, est encore trop faible pour que je puisse donner une statistique; sur 32 cas, je n'ai eu qu'un seul cas de mort, ce qui ferait une mortalité de 3 p. 100, à peu près celle des bains froids; mais, je le répète, on ne base pas une statistique sur un aussi petit nombre de faits et si je recommande cette méthode, c'est plutôt d'après l'impression faite sur moi par l'évolution tranquille et normale de la maladie chez tous les individus traités qu'en me basant sur l'éloquence des chiffres.

Teissier (de Lyon) s'est servi aussi des lavements froids et en a été satisfait. Beaucoup de mes élèves les emploient dans la clientèle pauvre, là où on ne peut songer aux bains, et en sont contents. Je n'ai pas la prétention de substituer les lavements aux bains, comme méthode de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais je serais heureux de vulgariser leur emploi, car je les considère comme infiniment supérieurs aux lotions froides et aux enveloppements froids qui fatiguent le malade sans enlever de la gravité à la fièvre dont il est atteint et sans diminuer beaucoup la mortalité. »

L'analgésie par les injections sous-arachnoïdiennes de quinine.

D'après M. Jaboulay [de Lyon (1)], la quinine, injectée dans l'espace sous-arachnoïdien au niveau des lombes, produit une anesthésie analogue à celle des mêmes injections de cocaïne.

L'analgésie est moins étendue, mais plus durable que celle produite par la cocaïne; elle s'étend aux téguments sacro-coccygiens, du périnée, des bourses, de la verge et

(1) *Nord médical*, 1er août 1901.

(1) *Lyon médical*, 4 août 1901.

de l'urètre, de la vulve, du vagin, de l'utérus, de la vessie et du rectum. Elle produit la paralysie des muscles correspondants; enfin, avec une dose plus élevée, on obtien- l'anesthésie du pied et de la partie inférieure de la jambe, parfois de la région externe de la cuisse.

La quinine, comme la cocaïne, provoque une réaction méningée avec céphalée, vomissements et élévation de la température.

M. Jaboulay pense donc que ces injections ne doivent être utilisées que pour calmer la douleur chez les malades atteints de cancer de la colonne vertébrale ou du rectum, avec envahissement de l'anus et du périnée, de cystite purulente, sciatique, etc.

On emploie une solution cencentrée (0gr50 pour un centimètre cube) et on injecte 0gr025 milligrammes à 0gr050 milligrammes de quinine. Pour obtenir un mélange parfait avec le liquide céphalo-rachidien, M. Jaboulay conseille de chauffer la solution à 37°5.

VARIÉTÉS

Une femme incomplète au point de vue physiologique peut-elle convoler en justes noces?

Non, vient de déclarer la cour de Douai, et son jugement est basé sur les considérations suivantes :

Attendu que la prétention de la dame Y..., si elle était admise, aurait pour résultat de maintenir le sieur G... dans les lieus du mariage où il ne rencontrerait ni la satisfaction des besoins sexuels, ni l'espoir si universellement conçu, si légitime et si respectable de reporter son affection sur sa descendance, ni l'espérance non plus, toujours si douce à l'esprit humain, d'assurer la continuation de sa personnalité dans cette descendance;

Attendu que G..., dans les cas où il n'accepterait pas les privations de tout genre que comporte une pareille union, se verrait exposé, le cas échéant, soit aux sanctions de la loi pénale en cas d'adultère, soit aux rigueurs de la loi civile en cas d'abandon de sa femme, refus de cohabitation, etc.;

Attendu qu'avant d'admettre que la loi soumet à une telle épreuve un conjoint qui n'a eu aucun tort et qui est victime d'une tare constitutionnelle de l'autre conjoint, tare dont il ne pouvait se rendre compte avant la célébration du mariage, il convient de rechercher si cette solution s'impose au juge chargé d'interpréter la loi, d'une façon tellement inéluctable qu'il soit obligé de la consacrer;

Attendu que, s'il arrive quelquefois à la loi de léser certains intérêts particuliers et personnels, elle ne le fait jamais et n'a droit de le faire que si sa décision est imposée par un intérêt supérieur ou d'ordre public;

Attendu qu'on ne voit pas quel intérêt supérieur de morale, d'humanité ou d'ordre public imposerait le maintien d'un mariage dans les conditions afférentes à l'union des époux G..., mais qu'au contraire le maintien de cette union semble ne pouvoir favoriser ou encourager que les individus assez négligents pour ne pas tenir compte de leurs tares constitutionnelles, ou d'assez mauvaise foi pour les cacher;

Attendu que tel est précisément le cas de la dame G...; que celle-ci ne pouvait ignorer tout ce que son état tout spécial avait d'anormal et de préjudiciable au point de vue matrimonial, et qu'il ne tendait qu'à elle, en recourant aux conseils d'un médecin, de vérifier quelles pouvaient être ses aptitudes physiques, au point de vue du mariage; qu'en ne tenant aucun conpte de son état physiologique, elle a tout au moins commis une grave imprudence, sinon une faute, dont elle ne peut se plaindre d'avoir à supporter les conséquences;

Attendu que la dame G..., n'ayant point en sa faveur l'équité, compte, pour faire admettre sa demande, sur le mutisme du législateur au sujet des nullités de mariage qu'on invoque contre elle;

Attendu, en effet, que le Code civil n'a point expressément fait un cas de nullité du mariage du défaut de conformation sexuelle de l'un des époux; mais que le sieur G... soutient que, lorsque certains organes font défaut, comme dans l'espèce, l'individu doit être considéré comme n'appartenant pas au sexe qu'annonce sa conformation extérieure, et que, dès lors, l'union avec une personne ainsi constituée n'est pas un mariage;

Attendu, en ce qui concerne la prétention de G..., que de tout temps, chez tous les peuples, dans la terminologie juridique, religieuse ou philosophique, on a désigné sous le nom de mariage, toujours et exclusivement, la consécration de l'union entre un homme et une femme, union impliquant des relations à avoir et la procréation d'une famille dans des conditions déterminées par les lois, la religion et les mœurs;

Attendu que si le mariage comporte, pour le bon fonctionnement de la vie conjugale, et si la loi prescrit la mise en commun de qualités morales et d'intérêts matériels, on n'a jamais considéré cette mise en commun comme constituant un mariage, lorsqu'elle avait lieu en dehors de l'acte de rapprochement; qu'aussi les lois n'ont jamais réglementé l'association que faisaient dans ces conditions un homme et une femme réunis par un sentiment de mutuelle estime, sans communauté d'intérêts, une pensée d'assistance réciproque;

Attendu, à la vérité, que les lois n'ont pas refusé la consécration du mariage à l'union de deux personnes trop âgées pour créer une descendance, ou même sur le point de quitter la vie; mais que, si de pareilles unions ont été consacrées par respect des bienséances ou pour donner satisfaction à des sentiments d'affection invétérés et louables, par contre, la plupart des législations civiles et religieuses ont admis la nullité du mariage en cas de stérilité de la femme ou d'impuissance du mari, lorsque les époux sont jeunes et normalement constitués;

Attendu que telle était la législation française avant la promulgation du Code civil; que celui-ci, sans doute, n'a pas admis comme une cause de nullité de mariage la stérilité et l'impuissance; qu'il l'a fait avec raison, par suite de la difficulté d'arriver à la constatation de phénomènes dont les causes sont mystérieuses, relatives, souvent temporaires et guérissables; mais qu'il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pas entendu considérer le mariage comme une union ayant pour but primordial et prépondérant la fondation d'une famille;

Attendu que cette pensée s'accuse nettement dans l'article 144, interdisant le mariage entre époux trop jeunes, et dans l'article 203 du Code civil, qui place en tête des obligations des époux celle de nourrir, entretenir et élever leurs enfants;

Attendu dès lors que, lorsque le Code a prévu l'union d'un homme et d'une femme, il a entendu parler de l'union de deux êtres humains appartenant, par leur organisation tout entière, l'un au sexe masculin, l'autre au sexe féminin, et non de deux êtres différents quelconques;

Attendu que ce qui caractérise le sexe, d'après tous les auteurs traitant de physiologie et de biologie, ce sont les organes faisant de l'un des êtres un mâle et de l'autre une femelle, et non point des apparences et une conformation extérieures qui ne sont que des accessoires les rattachant à un sexe plutôt qu'à un autre;

Attendu que la dame G... est, de l'avis des médecins, dénuée des organes constituant le sexe féminin, bien qu'elle possède ceux qui sont l'apanage externe de ce sexe; qu'en réalité, elle n'est pas une femme, mais une personnalité incomplète avec laquelle la loi n'a jamais pu vouloir imposer l'union à un homme qui, ignorant ce défaut d'organisme lorsqu'il a contracté mariage, ne peut être censé en avoir accepté les conséquences;

Attendu qu'au point de vue de la morale et des mœurs, le législateur n'a jamais pu vouloir et prescrire le maintien d'une union dans laquelle il ne pourrait exister que des relations immorales ou même contre nature entre les époux;

Attendu qu'il résulte de toutes ces considérations qui viennent d'être exposées que la nullité du mariage, pour les raisons indiquées par le sieur G..., est conforme au texte et à l'esprit du Code civil et de nos principes de morale;

Par ces motifs;

Et en adoptant, en outre, les motifs non contraires des premiers juges, dit que la nullité, invoquée par le sieur G..., est implicitement contenue dans le Code civil, réglant les rapports de l'homme et de la femme dans leur union;

Dit qu'on ne saurait considérer comme appartenant au sexe féminin la créature humaine n'ayant que la conformation extérieure et accessoire du sexe féminin, les organes constitutifs de ce sexe faisant défaut.

Vénus ou les deux risques.

Voici encore un roman où la médecine tient une large part. Nous ne saurions nous en plaindre car on vit rarement un romancier aussi documenté que M. Michel Corday. Au moment où vient de se fonder la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, on ne saurait trop applaudir ce nouveau pamphlet contre les deux plaies de notre société moderne : la *peur de l'enfant* et la *peur des maladies dites honteuses*.

Nous pensons donc qu'il sera intéressant pour ceux de nos lecteurs qui ne l'auraient pas lue de reproduire ici, d'après le *Journal*, une lettre adressée à M. Michel Corday par l'auteur des *Remplaçantes* :

« Monsieur et cher confrère,

Je viens de lire votre livre *Vénus*, et je vous demande la permission de vous féliciter. Vous avez donc le courage de traiter, comme il convient, ce qu'on appelle l'amour, et voici enfin un roman où l'on s'occupe d'autre chose que des mièvreries et des mensonges qui précèdent la « petite convulsion »; d'autre chose que des « serrements de mains furtifs » et des « premiers baisers à travers la voilette ».

Vous vous intéressez aux deux dangers que l'on court dans ces aventures : pour la femme, l'enfant, et pour l'homme, la maladie. Vous êtes, avec M. André Couvreur dans son roman *Les Mancenilles*, le premier qui ayez osé dire cela au grand public et je vous envie cet honneur.

Marcel Prévost pense que l'enfant doit être la rançon de l'amour. Certes. Mais c'est une rançon que bien peu payent de bonne volonté. La peur de l'enfant gêne, en effet, les ébats des belles madames dans leurs petites visites de cinq à sept. La peur de l'enfant trouble aussi le plaisir des pauvres et, à ceux-là, on ne peut guère reprocher une crainte dont la réalisation serait un surcroît de misère et une réduction de la nourriture quotidienne. Car on ne sait pas assez ceci, qu'un ménage d'ouvriers, s'il est vertueux comme on lui demande de l'être, c'est-à-dire en s'abstenant de toute dépense hors les dépenses nécessaires, s'il ignore les préceptes de Malthus, ce ménage-là, *par le fait seul qu'il aura été vertueux*, est condamné à la mendicité; parce qu'il est établi qu'un ménage d'ouvriers, si laborieux et économe qu'il soit, ne peut pas se nourrir et nourrir cinq enfants sans être forcé de tendre la main.

Avant de conseiller au peuple de faire des enfants, il serait bon, peut-être, de lui donner les moyens de nourrir ceux qu'il a. De même, avant de faire de belles croisades contre l'alcoolisme, il serait bon que la Chambre eût le courage d'interdire la fabrication et la vente des poisons et de diminuer le nombre des cabarets. Mais, ce courage-là, la Chambre ne l'aura jamais; de même qu'elle n'aura jamais le courage de dire que, si la tuberculose fait tant de victimes, ce n'est pas seulement parce que l'on crache à terre, mais parce que ceux dont la vie est la plus utile et la plus misérable s'entassent dans des maisons étroites et malsaines, et que la tuberculose s'attaque de préférence aux poumons qui sont au-dessus des ventres vides.

Toutes ces hypocrisies sont reines, et aussi celle que vous avez étudiée et qui consiste à appeler *honteuses* certaines maladies, comme si la misère, le malheur, les maux, pouvaient jamais être des sujets de honte!

Parmi ceux qui emploient cette expression, combien y a-t-il d'hommes qui ne se soient jamais exposés à ces hasards? Il n'est pas plus honteux d'en être victime, qu'il ne peut l'être d'avoir pris une bronchite en sortant, au milieu de la nuit, d'un rendez-vous galant.

Il faut qu'on sache que ces affections sont des maladies comme les autres, et qu'elles offrent toutefois cette particularité d'être des maladies aux manifestations *anodines* si elles sont soignées; *effroyables* si elles ne le sont pas. Lorsqu'une ridicule pudibonderie n'attachera plus de honte au fait d'être malade de cette façon-là, on ne verra plus de tout jeunes gens laisser le virus les envahir parce qu'ils n'auront pas osé avouer leur situation à leurs parents; on ne verra plus des maris comme celui dont parle M. le professeur Fournier, lequel mari, après avoir contaminé sa femme, lui a laissé ignorer son mal et l'a laissée sans soins, l'a livrée aux pires accidents « pour ne pas se compromettre, lui »!

Encore une fois, votre livre est un beau livre et une bonne et courageuse action. Celui-là aussi il faudra le donner à lire à nos fils *avant* qu'ils aient vingt ans.

Vous avez posé la question. Bravo! J'ai comme idée, d'ailleurs, qu'on en reparlera.

Veuillez agréer, etc...

BRIEUX. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic médical (1), par les docteurs DEBOVE et ACHARD.

Le *Manuel de diagnostic médical*, que publient MM. Debove et Achard, était le complément indispensable du *Manuel de médecine*, dont on n'a pas oublié le brillant succès auprès des étudiants et des praticiens.

Ce manuel de diagnostic était particulièrement nécessaire depuis l'introduction dans l'exploration clinique d'un grand nombre de méthodes nouvelles. Jusqu'ici éparses dans les journaux ou recueils spéciaux, ces méthodes sont aujourd'hui groupées dans le nouveau manuel et présentées d'une façon simple et claire qui sera fort goûtée.

Manuel de thérapeutique médicale (2), par les docteurs DEBOVE et ACHARD.

« Les descriptions didactiques, disent les auteurs dans leur préface, dans les livres de pathologie, donnent les plus longs développements à l'étude des causes, des symptômes et des lésions, en un mot à toute la partie théorique de la médecine, et ne font guère que mentionner les grandes indications de la thérapeutique et l'emploi des médications fondamentales.

Mais la pratique a d'autres exigences. Constamment aux prises avec des circonstances particulières, elle ne saurait se contenter des principes généraux : quiconque exerce l'art médical a besoin de connaître dans le détail les ressources dont il peut disposer.

Aussi avons-nous pensé faire une œuvre utile aux prati-

---

(1) 2 vol. gr. in-8°, reliés. Prix : 13 francs. — Paris, J. Rueff.
(2) 2 vol. gr. in-8°, reliés. Prix : 32 francs. — Paris, J. Rueff.

ciens en consacrant ce nouveau manuel à la thérapeutique médicale. Nous nous sommes efforcés d'en éliminer les considérations théoriques et les descriptions même résumées, de symptomatologie, tant pour éviter de faire double emploi avec le *Manuel de médecine* que pour conserver à cet ouvrage un caractère essentiellement pratique. »

Les collaborateurs qui l'ont rédigé se sont, en effet, soumis à cette règle. Aussi nous sommes certains que le succès du *Manuel de thérapeutique* ne sera pas inférieur à celui de ses deux aînés, les *Manuels de médecine* et *de diagnostic médical*.

Diagnostic et traitement des maladies du nez (1), par le docteur J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le manuel dont le docteur Garel donne une seconde édition, quoique succinct, donne une idée d'ensemble de la séméiologie et de la thérapeutique des affections du nasopharynx. L'auteur insistait dans l'introduction qu'il écrivait en 1896, sur les renseignements précieux et nécessaires fournis par la rhinoscopie postérieure « sans laquelle, disait-il, le diagnostic d'une affection de la gorge ne sera jamais ni complet, ni certain ». Cette vérité n'est plus contestée aujourd'hui.

Les chapitres du livre traitant de la rhinite atrophique, du manuel opératoire à suivre dans le redressement des déviations de la cloison, du cathétérisme des sinusites maxillaires et de leur traitement, nous ont paru mériter l'attention particulière du lecteur ; il y trouvera l'exposé de méthodes nouvelles de traitement, ainsi que des appréciations critiques très intéressantes, en ce qui touche l'étiologie sinusale de l'ozène, et la cure radicale des sinusites. Le docteur Garel insiste sur la fréquence des cas de sinusite maxillaire, qui guérissent par de simples lavages alvéolaires prolongés ; il n'admet pas l'étiologie sinusale habituelle de l'ozène, n'a-t-il pas cent fois raison? P. V.

L'hystérie et son traitement (2), par le docteur Paul Sollier.

Ce nouvel ouvrage de l'auteur de *Genèse et nature de l'hystérie*, s'adresse tout spécialement aux praticiens, à qui, depuis quelques années on semblait dénier la capacité de traiter l'hystérie qui rentrait de plus en plus dans le domaine des psychologues.

L'auteur a eu pour but précisément, en faisant d'abord l'examen critique des théories sur la nature de l'hystérie et le mécanisme de ses phénomènes, de montrer qu'ils sont d'ordre essentiellement physiologique, et que leur traitement est par conséquent du ressort des cliniciens. Etablir la pathogénie générale des troubles hystériques et partir de là pour en déduire le traitement rationnel, telle est l'idée directrice de l'ouvrage.

Aussi l'auteur a-t-il cru devoir entrer dans les plus minutieux détails sur la conduite à tenir vis-à-vis des malades et de leur famille, sur la mise en œuvre des procédés à employer contre les divers accidents, procédés anciens et empiriques mais reconnus excellents, ou procédés nouveaux. Pour les premiers, il montrent comment la pathogénie proposée les explique et les justifie ; pour les seconds il expose comment ils découlent de cette pathogénie.

La théorie et la pratique se trouvent donc toujours intimement liées ; l'auteur ne donne aucun conseil, aucune manœuvre, aucun procédé dont il n'explique le pourquoi en même temps que le comment de leur application.

Basé sur la longue expérience de l'auteur, cet ouvrage constitue pour les praticiens le guide le plus complet et le plus pratique de l'hystérie.

(1) In-16 de 328 p., avec fig., cart. Prix : 5 francs. — Paris, Rueff.

(2) In-12 de la Collec. méd., cart. à l'angl. Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Atlas des maladies du nez, des sinus et du pharynx nasal (1), par M. P. H. Gerber.

La troisième livraison de cette belle publication vient de paraître : elle est consacrée tout entière aux végétations adénoïdes et aux polypes du nez et du pharynx nasal ; elle renferme, comme les précédentes, cinq grandes planches contenant de nombreuses et intéressantes figures accompagnées d'un texte explicatif. P. V.

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

92. M. Triau. Action de l'ergot de seigle. — 93. M. Morand. Contribution à l'étude de la pleurésie. — 94. M. Lancelin. Des ossifications de la dure-mère. Leurs rapports avec la grossesse. — 95. M. Chantemille. Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale. — 96. M. Ferrand. Contribution à l'étude de la rhino-bronchite spasmodique. — 97. M. Tillier. Des troubles nerveux chez les adénoïdiens. — 98. M. Duché. De la précocité intellectuelle. Étude sur le génie. — 99. M. Michaut. Albuminurie massive dans la diphtérie. — 100. M. Cruveilhier. Causes de la mort après ligature brusque de la veine porte. — 101. M. Lefebvre. Contribution à l'étude du bruit de galop dans la néphrite interstitielle. — 102. M. Javal. De l'obésité. — 103. M. Alvernhe. Traitement des hémorragies dans les corps fibreux, etc. — 104. M. Pellizza. Quelques considérations sur les places de l'échancrure sciatique. — 105. M. Bonnefond. Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale et de son traitement. — 106. M. Pignot. Étude clinique des teignes. Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans la banlieue. — 107. M. Villard. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale. — 108. M. Rouault. Ankylose de la hanche. Ostéotomie, résection, interposition musculaire. — 109. M. Gravel. Rétrécissements larges et urétrites chroniques. — 110. M. Durazzo. Contribution à l'étude du lupus du larynx. — 111. M. Neveu-Lemaire. Les hématozoaires du paludisme. — 112. M. Castellon. De l'embryotomie sur l'enfant vivant dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices (étude critique). — 113. M. Bricet. Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage (procédé de Pierre Delbet). — 114. M. Marius. Étude médico-légale du meurtre rituel. — 115. M. Cat. L'alcoolisme chez la femme. — 116. Segallas. Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique du nez. — 117. M. Gorce. Contribution à l'étude de l'œsophagisme. — 118. M. Bacaloglu. Le cœur dans la fièvre typhoïde. — 119. M. Franchet. Tares nerveuses et nœvi pigmentaires. Maladie de Recklinghausen et tumeurs malignes d'emblée généralisées. — 120. M. Pettit. Diagnostic histologique des curetages utérins. — 121. M. Silvy. Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique. — 122. M. Legureuil. Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. — 123. M. Heurtebise. Contribution à l'étude de la laryngite sèche, chronique, ozéneuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. Laville, médecin en mission en Chine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Ambulance urbaine. — La ville de Lyon vient d'être mise en possession d'une magnifique voiture d'ambulance, dernier cri du

(1) *Atlas der Krankheiten der Nase* von Dr. P. H. Gerber. In-4°. — Berlin, Karger.

confortable. C'est un véhicule ayant la forme d'un fourgon; il s'ouvre et se ferme à l'arrière au moyen de deux portières. Deux carreaux en verre dépoli portant l'inscription suivante : « Accident — Ambulance » éclairent l'intérieur de la voiture; une petite lucarne permet de voir ce qui se passe à l'extérieur.

Des coussins recouverts de velours rouge placés sur deux banquettes pliantes sont réservés au médecin et à l'infirmier de service. Deux civières mobiles, juxtaposées l'une au-dessus de l'autre, se manœuvrant automatiquement, sans secousses, sans heurts, sont destinées aux blessés. Une des civières est posée sur des rails; elle possède de petites roues caoutchoutées. On peut à volonté glisser la civière jusqu'au fond de la voiture ou la descendre sur le sol en la faisant rouler sur des rails en bois. (*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (du Bouscat); P.-F. Colrat, ancien médecin des hôpitaux de Lyon; Guignard (d'Angers); Hameau, vice-président de l'Association générale des médecins de France; Michou, ancien député de l'Aube; Tordeus (de Bruxelles).

Clientèle urbaine très sérieuse rapportant net par an, 10 000 francs, à céder pour 4 000 francs payés comptant. S'adresser au journal.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Petite chirurgie de Jamain, 8e édit., par F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine, et M. Péraire, ex-assistant de consultation chirurgicale. Un fort vol. in-12 de 1000 p., avec 572 fig. cart. à l'angle. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les expertises médico-légales, par M. Firmin Dervieux, docteur en médecine, licencié en droit de l'Université de Paris. Un vol. in-18, 112 p. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La lutte sociale contre la tuberculose, par le docteur Romme, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. — Prix : br. 2 fr. 50; cart. toile, 3 francs. — Paris, Masson.

Le traitement des névralgies et névrites, par le docteur H.-F. Plicque, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 de 96 p. cart. *Actualités médicales*. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 94. — JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1901. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LE CONGRÈS ANGLAIS DE LA TUBERCULOSE (*British Congress on tuberculosis for the prevention of consumption*), compte rendu par M. THOINOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; — Communications diverses : Technique et résultats du séro-diagnostic de la tuberculose, par MM. S. ARLOING et Paul COURMONT; — Le séro-diagnostic des tuberculoses dites « chirurgicales », par MM. S. ARLOING et Paul COURMONT; — Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cyto-diagnostic dans 24 cas d'épanchements séro-fibrineux de la plèvre, par MM. WIDAL et RAVAUT. — REVUE GÉNÉRALE. Les sanatoria (*3 fig.*), par M. A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LE CONGRÈS ANGLAIS DE LA TUBERCULOSE

(BRITISH CONGRESS ON TUBERCULOSIS FOR THE PREVENTION OF CONSUMPTION)

Compte rendu par M. THOINOT, professeur agrégé,
médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le Congrès anglais de la tuberculose s'est ouvert à Londres, le lundi 22 juillet, sous la présidence du duc de Cambridge. Quoiqu'il fût, ainsi que l'indiquait son titre, un *Congrès national*, il avait cherché à provoquer et avait réuni un grand nombre d'adhésions étrangères. La France était largement représentée, tant par une délégation officielle que par de nombreux adhérents libres, et elle a apporté au Congrès un concours qui a été vivement apprécié de nos confrères anglais. M. le professeur Brouardel, le chef de notre délégation, a reçu des médecins et aussi du public anglais un accueil exceptionnellement flatteur qui ne pouvait que toucher vivement ses compatriotes dont il a su, en cette occasion comme en tant d'autres, porter si vaillamment le drapeau.

Le Congrès s'est partagé en séances générales, occupées chacune par une conférence confiée à un savant anglais ou étranger, et en séances particulières, dans des sections qui étaient au nombre de quatre.

La première de ces sections était la section des questions touchant l'État et les municipalités (*State and Municipal*) ; la deuxième, la section médicale, qui comprenait en outre la climatologie et les sanatoria; la troisième, la section de pathologie et de bactériologie; la quatrième, enfin, la section vétérinaire, la tuberculose animale.

Les Congrès de tuberculose sont à ce point multipliés et rapprochés qu'il n'y a guère lieu d'espérer que l'un d'entre eux marque un progrès sensible dans l'histoire de la maladie ou dans les moyens destinés à la combattre : le Congrès de Londres n'a pas fait exception à la règle. Il faut mentionner cependant tout particulièrement une communication sensationnelle de Robert Koch, communication qui n'a pas rencontré toute la faveur que son auteur espérait. Nous en reparlerons ci-dessous en détail, car on peut dire que cette communication et les discussions qui s'en sont suivies ont été la pièce capitale du Congrès.

De la séance d'ouverture, peu de choses à dire : elle a été ce que sont toutes les séances d'ouverture : discours du président, rapport du secrétaire général, présentation d'adresses par tous les chefs des délégations étrangères.

A la séance générale suivante, c'est-à-dire le mardi 23, a pris place la conférence de Koch, intitulée : « La lutte contre la tuberculose à la lumière des connaissances acquises dans la lutte contre les autres maladies infectieuses. » Le passage capital, et le seul d'ailleurs qui présente un réel intérêt, dans cette conférence, le reste n'étant qu'un exposé de notions aujourd'hui parfaitement vulgaires et incontestées, est le passage qui a trait au rapport de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine. Nous donnons la traduction *in extenso* de cette partie (1) :

« Dès mes premières publications, dit le professeur Koch, je me suis exprimé avec réserve sur l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

Les preuves qui m'auraient permis de distinguer nettement ces deux formes de la maladie n'étaient pas alors à ma disposition, je n'avais pas non plus de preuves évidentes de leur identité, je laissai la question dans le doute. Dans le but de la résoudre, j'ai souvent repris mes recherches sur ce sujet. Tant que j'ai expérimenté sur les petits animaux (lapin ou cobaye), je n'ai pu arriver à aucun résultat satisfaisant, quoique je n'aie pas manqué d'indications qui permettaient de distinguer ces deux formes de tuberculose; l'obligeance du ministre de l'Agriculture m'a permis d'expérimenter sur le veau, le seul animal qui convienne à cette recherche. De diverses expériences poursuivies pendant deux ans avec le professeur Schutz, du Collège vétérinaire de Berlin, je vais vous résumer les plus importantes.

Un lot de jeunes veaux, éprouvés par la tuberculine et pouvant être ainsi regardés comme indemnes de tuberculose, fut infecté suivant différents procédés par des cultures pures de bacille tuberculeux provenant de tuberculose humaine ; quelques-uns reçurent directement des crachats de

(1) Le texte que nous donnons ici est la traduction de M. Maurice Letulle (*Pr. méd* ; n° 60). Cette traduction étant parfaitement exacte, il nous a semblé inutile d'en tenter une autre.

phtisiques. Dans quelques cas, le bacille tuberculeux ou le crachat étaient injectés sous la peau, dans d'autres cas, dans la cavité péritonéale, dans d'autres, enfin, dans la veine jugulaire. Six animaux furent alimentés avec des crachats tuberculeux presque quotidiennement pendant sept ou huit mois, quatre inhalèrent de grandes quantités de bacilles, en suspension dans de l'eau que l'on pulvérisait dans l'atmosphère. *Aucun de ces animaux* (ils étaient au nombre de dix-neuf) *ne présenta le moindre symptôme morbide* et tous augmentèrent de poids. Six ou huit mois après le début de l'expérience, ils furent sacrifiés. Dans les organes, on ne trouva pas trace de tuberculose. C'est seulement aux points où avaient été faites les injections, que l'on rencontra de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux. C'est exactement ce que l'on trouve lorsqu'on injecte des corps de bacilles morts, sous la peau d'animaux réfractaires. Ainsi les animaux réagissaient au bacille humain vivant, comme s'ils avaient reçu des bacilles morts. Ils étaient absolument réfractaires.

Le résultat était tout fait à fait différent quand la même expérience était faite sur les veaux non tuberculeux, avec des bacilles tuberculeux provenant d'un animal atteint de tuberculose bovine. Après une période d'incubation d'une semaine environ, les plus graves lésions tuberculeuses se produisaient dans les organes de tous les animaux injectés. Il en était de même, que le bacille ait été injecté sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Une fièvre élevée se déclarait. Quelques-uns mouraient d'un mois et demi à deux mois après, les autres étaient tués dans un état misérable au bout de trois mois. A l'autopsie, on trouvait une infiltration tuberculeuse très étendue au point où avait été faite l'injection et dans les organes intéressés tels que le poumon, la rate.

En résumé, le bétail se montrait aussi sensible au bacille de la tuberculose bovine qu'il était réfractaire au bacille de la tuberculose humaine. J'ajoute que les préparations d'organes provenant d'animaux infectés expérimentalement par la tuberculose bovine sont exposées au Muséum de pathologie et de bactériologie.

On peut distinguer d'une manière aussi nette la tuberculose bovine et la tuberculose humaine en faisant des expériences d'alimentation sur le *porc*. Six jeunes porcs furent nourris tous les jours pendant trois mois avec des crachats de phtisiques. Six autres porcs reçurent le bacille de la tuberculose bovine quotidiennement pendant la même durée. Les animaux nourris avec des crachats restèrent en bonne santé et eurent une croissance normale, tandis que ceux nourris avec le bacille de la tuberculose bovine devinrent malades et furent arrêtés dans leur croissance : la moitié du lot succomba. Après trois mois et demi, les survivants furent tués. Sur les animaux nourris avec des crachats, on ne trouve pas trace de tuberculose, si ce n'est çà et là quelques nodules dans les ganglions du cou, et, dans un cas, quelques granulations dans le poumon. Les animaux qui avaient reçu de la tuberculose bovine, au contraire, présentaient sans exception, comme dans l'expérience sur les veaux, de graves lésions tuberculeuses, notamment l'infiltration tuberculeuse des ganglions et du mésentère, considérablement tuméfiés, et une propagation de la tuberculose aux poumons et à la rate.

La différence entre la tuberculose bovine et l'humaine n'apparaissait pas moins nettement dans une expérience analogue poursuivie sur des ânes, des moutons et des *chèvres*, dans le système vasculaire desquels on injecta les deux espèces de bacilles.

Nos expériences, dois-je ajouter, ne sont pas les seules qui aient amené à ce résultat. Si l'on étudie la bibliographie sur ce sujet, et si l'on réunit les expériences faites autrefois par Chauveau, Günther et Harms, Bollinger, etc., qui ont alimenté des veaux, des porcs et des chèvres avec des organes tuberculeux, on trouve que les animaux qui furent nourris avec du lait et des poumons de bétail tuberculeux furent toujours atteints de tuberculose, tandis qu'il n'en fut pas de même pour ceux qui reçurent des organes humains. Des recherches comparatives sur la tuberculose bovine et sur l'humaine ont été faites récemment dans l'Amérique du Nord, par Smith, Dinwiddie et Frothinghem, et leurs résultats concordent avec les nôtres. La netteté et la précision de nos conclusions tiennent au choix que nous avons fait des méthodes excluant toute cause d'erreur et au soin que nous avons pris de la conservation et de la nourriture de nos animaux afin d'éviter de troubler nos résultats.

Considérant tous ces faits, je suis autorisé à *soutenir que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmise au bétail*. Il me semble désirable que nos expériences soient répétées par d'autres afin d'écarter tout doute sur la vérité de nos assertions.

Je désire aussi ajouter qu'en raison de la grande importance du sujet, le gouvernement allemand a désigné une commission pour poursuivre ces recherches.

Quelle est la réceptivité de l'homme à la tuberculose bovine ? Cette question est beaucoup plus importante pour nous que celle de la réceptivité du bœuf à la tuberculose humaine. Il est impossible de donner une réponse directe parce qu'on ne peut expérimenter sur l'homme. Indirectement on peut approcher de la solution. On sait que le lait et le beurre consommés dans les grandes villes contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux encore vivants, comme le prouve l'expérimentation avec ces produits sur l'animal. La plupart des habitants des villes consomment ainsi, chaque jour, des bacilles de la tuberculose bovine, vivants et virulents. Ils réalisent ainsi l'expérience que nous ne pouvons entreprendre. Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi.

Telle n'est pas en réalité la vérité. On ne peut affirmer l'origine alimentaire de la tuberculose que dans les cas où l'intestin a subi la première atteinte, c'est-à-dire lorsque l'on trouve une tuberculose intestinale primitive. Mais ces cas sont très rares. Parmi de nombreux cas de tuberculose, je n'ai trouvé moi-même que deux cas de tuberculose intestinale primitive.

Parmi les nombreuses autopsies de l'hôpital de la Charité à Berlin, on ne constate que 10 cas de tuberculose intestinale primitive en cinq ans. Parmi 933 cas de tuberculose infantile à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frederic, Baginski n'a jamais rencontré de tuberculose intestinale sans lésion simultanée du poumon et des ganglions bronchiqués ; sur 3 104 autopsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'observe que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Je pourrais tirer de la littérature médicale nombre de statistiques du même genre montrant que la tuberculose primitive de l'intestin, surtout parmi les

enfants, est une maladie relativement rare; il n'est pas certain que dans les quelques cas que j'ai cités elle soit due à la tuberculose bovine. Il est aussi probable que la tuberculose a été causée par la propagation du bacille de la tuberculose humaine pénétrant dans le tube digestif par une voie quelconque, par exemple par la salive avalée.

Jusqu'à présent, personne n'a pu affirmer avec certitude que dans ces cas la tuberculose intestinale était d'origine bovine ou humaine. Maintenant le diagnostic peut être fait. Il est seulement nécessaire de faire une culture pure du bacille trouvé dans les organes tuberculeux et de s'assurer qu'il s'agit de tuberculose bovine par l'inoculation au bétail. A ce sujet, je recommande l'inoculation sous-cutanée qui donne des résultats caractéristiques. Depuis six mois, je m'occupe de ces recherches, mais, en raison de la rareté de la maladie en question, le nombre de cas que j'ai pu examiner est peu considérable. Ce que j'ai retiré de ces recherches jusqu'à présent n'est pas en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Quoique cette importante question de savoir si l'homme est susceptible de contracter la tuberculose bovine ne soit pas encore entièrement résolue, on est néanmoins autorisé à dire que, si cette réceptivité existe, la réalisation de l'infection se produit très rarement. J'estime *que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire*; *par conséquent je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle.* »

La communication de Koch a provoqué en séance générale même une série de répliques du plus haut intérêt. Le président Lister, dans une improvisation fort applaudie, a montré que, alors même qu'il serait établi, ce qui est loin de l'être, que la tuberculose humaine n'est pas communicable aux bovidés, il ne s'ensuivrait pas forcément que la tuberculose des bovidés ne pourrait être communiquée à l'homme, et il a rappelé très heureusement ce qui s'est passé pour la variole et le cow-pox. Les essais pour inoculer la variole au veau échouent en règle presque absolue et l'on en avait conclu que variole et cow-pox étaient entièrement différents : c'était là une erreur puisque l'on sait aujourd'hui que le cow-pox n'est que la variole modifiée par son passage à travers l'organisme animal. M. Copeman a réussi à inoculer la variole aux singes et en inoculant le contenu des pustules du singe au veau il a provoqué une éruption de cow-pox qui pouvait servir à vacciner les enfants. Lister s'est élevé contre les arguments pour lui assez fragiles sur lesquels Koch a appuyé sa théorie. Alors même, a-t-il dit, que la tuberculose intestinale primitive serait aussi rare chez les enfants que le disent les statistiques de Koch, on trouve un nombre très grand de décès infantiles par la tuberculose mésentérique, sans aucune autre manifestation tuberculeuse dans les autres viscères. Or, cette tuberculose mésentérique ne peut provenir que de l'alimentation : les bacilles introduits par les aliments ont franchi la muqueuse intestinale sans la léser et ont été arrêtés par les ganglions.

M. Nocard, prenant ensuite la parole, a rappelé qu'il avait toujours attribué à la tuberculose des bovidés une part fort petite dans les progrès de la tuberculose humaine, mais cette part, si petite qu'elle soit, est indéniable et ce serait une faute grave que de ne pas en tenir compte. Il y a longtemps que Chauveau a réussi à inoculer avec des produits tuberculeux humains, soit par ingestion, soit par injection intra-veineuse, des veaux âgés de cinq à dix mois. Sur 2 des 3 veaux infectés par ingestion, les lésions étaient confluentes sur l'intestin, les ganglions mésentériques et le péritoine. Sur le troisième au contraire, à côté de lésions minimes des organes abdominaux, il en existait de très importantes des ganglions annexes des premières voies digestives, ganglions rétro-pharyngiens et œsophagiens. La difficulté, certaine d'ailleurs, d'inoculer la tuberculose humaine aux bovidés, alors même que les deux germes sont bien de nature identique, peut s'expliquer : le parasite s'est accommodé au milieu où il vit, homme ou bœuf, depuis un nombre indéfini de passages, et se développe mal lorsqu'on essaye de le reporter pour la première fois sur un milieu étranger. Le bacille du rouget des porcs, le trypanosome de la dourine, le bacille de la tuberculose aviaire lui-même fournissent de nombreux faits de cette accommodation à un nouveau milieu et de la difficulté à être retransplanté ensuite sur leur premier terrain.

Il est loin d'être démontré d'ailleurs, alors même qu'il serait établi que les bovidés sont réfractaires à la tuberculose humaine, que l'homme est réfractaire à la tuberculose bovine. Les faits cliniques abondent qui prouvent la transmissibilité de la tuberculose des bovidés à l'homme.

Quelques-uns de ces faits ont trait à des vétérinaires qui se sont blessés en faisant l'autopsie de vaches tuberculeuses, et dont un certain nombre ont succombé. Il existe, d'autre part, des exemples authentiques d'infection par l'usage alimentaire de lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse. Le plus connu de ces faits est le cas d'une des filles de Gosse (de Genève).

Le professeur Bang (de Copenhague) a parlé dans le même sens et a rappelé les cas d'infection tuberculeuse humaine provenant de blessures pendant des opérations sur des animaux tuberculeux.

A l'une des séances générales suivantes, le professeur John Mc Fadyeau terminait une communication sur la présence de bacilles tuberculeux dans le lait et leur danger pour l'homme par ces mots : « J'exprime l'espoir que le Congrès ne voudra pas faire sienne cette vue qu'il est inutile de prendre des mesures pour empêcher la propagation de la tuberculose animale à l'homme... Nous ne pouvons accorder aux laitiers le droit de nous vendre des bacilles de la tuberculose, quand même il serait certain que, semblables aux cochons des expériences du docteur Koch, nous n'avons rien de plus à redouter que le développement de petits nodules çà et là dans les glandes lymphatiques du cou, et de quelques tubercules gris dans nos poumons. »

On voit que l'opinion du docteur Koch a soulevé dans les milieux scientifiques l'opposition la plus vive et la mieux fondée. Elle a eu plus de succès dans certains milieux industriels ou agricoles; elle semble avoir réjoui les bouchers de Londres, et il est à espérer que le succès qu'elle est appelée à rencontrer dans certains milieux spéciaux et intéressés consolera le professeur Koch de la médiocre faveur qu'ont rencontrée ses opinions au Congrès de Londres.

A la séance du mercredi, le professeur Brouardel a exposé les mesures adoptées par les différents pays, aussi bien les mesures officielles que les œuvres d'initiative privée, pour lutter contre la tuberculose. Il a rappelé comment on peut faire l'éducation antituberculeuse du peuple par des petites plaquettes populaires; il a insisté sur l'importance du logement insalubre et montré la série des mesures d'ordre officiel que l'Angleterre a prises depuis 1836 pour construire des logements salubres : l'œuvre de Peabody est surtout

célèbre, qui, de 1862 à 1869, consacra 500000 livres à la construction de maisons qu'on loue pour un prix minime : actuellement 18000 ouvriers habitent ces maisons. A Copenhague, une vive impulsion a été donnée à cette question : à Paris, l'œuvre est à son début, mais elle est en bonne voie. Après quelques mots sur l'alcoolisme, M. Brouardel a parlé des *sanatoriums marins* pour enfants scrofuleux et chétifs, des *dispensaires* du modèle de ceux que M. Calmette a créés à Lille, des *sanatoriums* pour tuberculeux avérés, etc.

La conférence faite en français, mais que tous les auditeurs pouvaient suivre grâce à une traduction anglaise, s'est terminée par quelques mots sur l'installation sanitaire indispensable dans les hôpitaux recevant des tuberculeux.

Les séances générales ont donné lieu à un grand nombre de communications sur lesquelles nous ne pouvons insister et qui d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, n'ont fait que confirmer nos connaissances antérieurement acquises sans ajouter quelque nouveauté saillante.

Je tiens seulement à signaler la part prise par le groupe français.

Dans la lutte contre la tuberculose, notre pays, s'il a été en retard sur certains points, a été un initiateur sur quelques autres et c'est ce côté particulier de la question que le Comité français de préparation au congrès de Londres avait tenu à faire connaître au public médical étranger. Il avait prié quelques personnalités éminentes, dévouées aux œuvres de philanthropie et d'assistance, d'exposer les résultats obtenus en grande partie grâce à elles dans notre pays et c'est ainsi que MM. le prince d'Arenberg, Georges Picot, Bompard ont montré ce que nous avions fait en colonies scolaires, hôpitaux marins, logements salubres, etc.

M. Calmette a obtenu un grand succès en venant exposer l'œuvre du dispensaire qu'il a créé à Lille sous le nom de dispensaire Emile-Roux. La pensée maîtresse qui a présidé à la création de cette œuvre est résumée dans les lignes cidessous que M. Calmette écrivait en 1899 :

« Je pense qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux aille consulter le médecin et soit acculé au chômage, on devrait ériger en principe la nécessité d'*aller à lui* et de lui prêter assistance, avant même qu'il puisse s'apercevoir qu'il est gravement atteint. Je voudrais qu'on pût *dépister* chez le malade la tuberculose tout au début de son évolution, et qu'on s'efforçât aussitôt de lui donner les conseils et les soins qui peuvent lui être utiles, en le conservant le plus souvent à sa famille et à son milieu. »

Ces soins, l'ouvrier les trouve au dispensaire et il est amené à ce dispensaire par ses camarades mêmes, des ouvriers d'un degré supérieur, des contremaîtres, par exemple, que M. Calmette a eu l'idée très originale et très heureuse de prendre comme collaborateurs dans son œuvre.

Les communications françaises d'ordre particulièrement médical ont été nombreuses. Nous ne saurions ni les citer toutes ni les analyser, nous tenons à rappeler seulement la part qu'ont prise à ce congrès soit par leurs communications soit dans leurs discussions, MM. Lannelongue, Landouzy, Letulle, Robin, Arloing et Courmont, Josias, Faisans, Béclère, Launois, Mosny, Hobbs, Frottier, Malibran, Widal et Ravaut, etc.

Un musée était annexé au congrès : grâce à M. Landouzy, toutes nos créations antituberculeuses, sanatoriums, hôpitaux marins, etc., y figuraient.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Technique et résultats du séro-diagnostic de la tuberculose.

Par MM. S. Arloing et Paul Courmont.

L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuberculose humaine permet de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des animaux ou des hommes tuberculeux.

Ainsi compris, le séro-diagnostic de la tubercose est une méthode rapide, et d'une innocuité absolue pour le malade. La seule difficulté réelle consiste dans l'obtention des cultures propres au séro-diagnostic.

D'après nos recherches portant sur les cas les plus variés de tuberculose humaine :

Une séro-réaction positive, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale ;

Une séro-réaction négative, chez un sujet soupçonné de tuberculose, devra contribuer à faire éliminer cette affection ;

Le séro-diagnostic de la tuberculose a donc une grande valeur, surtout pour le *diagnostic précoce*, chez les sujets suspects de lésions pulmonaires peu avancées.

De nombreux auteurs ont contrôlé et confirmé tous ces faits : Ferré, Mongour, Buard à Bordeaux ; Mosny à Paris, Carrière à Lille ; Bendix, Romberg, en Allemagne, etc. Si quelques autres n'ont pu réussir à entretenir les cultures homogènes ou bien ne sont pas arrivés par leur emploi à des résultats satisfaisants, cela tient aux variations des propriétés des cultures entre les mains des différents expérimentateurs, et à la difficulté d'apprécier, dans les cultures, les conditions favorables à l'agglutination.

Pour parer à ces difficultés on peut employer des cultures arrêtées dans leur végétation par le formol au moment où elles présentent les propriétés les plus favorables, ce qui leur conserve quelque temps ces propriétés.

Les auteurs insistent principalement sur les détails techniques suivants :

Emploi constant d'un séro-étalon dont le pouvoir agglutinant connu d'avance sert de commune mesure pour les séro-diagnostics ; *emploi des cultures formulées* ; enfin nécessité de ne tenir compte que des *séro-réactions franchement positives* avec agglutination macroscopique et clarification très nettes.

Le séro-diagnostic des tuberculoses dites « chirurgicales ».

Par MM. S. Arloing et P. Courmont.

Le séro-diagnostic, par l'emploi des cultures liquides homogènes, peut rendre de grands services pour le diagnostic de la nature des lésions dites chirurgicales :

Voici les résultats d'une statistique portant sur 66 observations :

	Réactions positives.	Réactions négatives.
Lésions non tuberculeuses.		
11 cas...........	0	11
Lésions cliniquement tuberculeuses.		
55 cas...........	41	14
	soit 74,34 p. 100	25,66 p. 100

Ces 66 malades appartenaient à des services de chirurgie. Les tuberculeux offraient les localisations les plus diverses : ostéo-articulaires, osseuses, ganglionnaires et cutanées.

Il nous a semblé que la séro-réaction était plus constante et à un taux plus élevé dans les cas à évolution plus favorable, et que les cas les plus graves donnaient un plus grand nombre de séro-réactions négatives.

De sorte qu'au point de vue pratique une séro-réaction positive est un signe d'une grande valeur en faveur de l'existence d'une tuberculose chirurgicale.

Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cyto-diagnostic dans 24 cas d'épanchements séro-fibrineux de la plèvre.

Par MM. Widal et Ravaut.

Nous avons eu l'occasion de rechercher l'agglutination du bacille de Koch par des liquides pleuraux de natures diverses au moyen du bacille mobile de MM. Arloing et Courmont; la technique que nous avons suivie est celle qu'ont indiquée ces auteurs dans différents travaux.

Un point de technique nous semble capital : c'est de ne point pratiquer la séro-réaction sans avoir essayé la culture avec un sérum témoin connu; cette précaution est absolument indispensable, car de jour en jour le pouvoir agglutinant des cultures varie considérablement. Celles qui nous ont paru donner les réactions les plus nettes, sont des cultures peu épaisses et datant de cinq à six jours.

Dans ces conditions nous avons recherché dans 24 liquides pleuraux séro-fibrineux la séro-réaction; les résultats que nous avons obtenus sont les suivants.

Sur 11 pleurésies idiopathiques ou a frigore et dont la nature est tuberculeuse, la séro-réaction a été positive 9 fois, douteuse 1 fois et négative 1 fois.

Sur deux pleurésies de phtisiques : 2 résultats négatifs.

Sur 11 pleurésies diverses dont aucune n'était tuberculeuse : 11 résultats négatifs.

Ces faits nous montrent que cette séro-réaction, faite avec les soins et les précautions nécessaires, peut fournir des renseignements précis sur la nature d'un épanchement pleural.

Le cyto-diagnostic de ces liquides, pratiqué selon la méthode que nous avons déjà indiquée, nous a montré que les 11 pleurésies idiopathiques avaient une formule lymphocytique et qu'aucune d'elles ne renfermait de cellules endothéliales; l'absence de ces derniers éléments et la présence presque exclusive de lymphocytes dans un épanchement séro-fibrineux est la formule de la pleurésie idiopathique, dont la nature est tuberculeuse et dont la caractéristique anatomique est la présence d'une néo-membrane qui par sa formation empêche ainsi la desquamation endothéliale.

Au contraire, les 11 autres pleurésies non tuberculeuses et de natures diverses renfermaient des cellules endothéliales soudées, des polynucléaires et quelques lymphocytes dans des proportions variables : leur formule histologique était totalement différente de celles de la variété précédente.

REVUE GÉNÉRALE

Sanatoria.

Par M. A. Sallard, ancien interne des hôpitaux.

I

Sur les conseils d'une infirmière géniale, miss Florence Nightingale, Henri Bennet (de Menton) guérit de la phtisie en s'étendant simplement en plein air et en suivant un régime plantureux. Son exemple montra qu'un phtisique qui mange et assimile convenablement est déjà à moitié sauvé et que le meilleur moyen d'éveiller son appétit est de le faire vivre le plus possible au grand air. Dès 1859 Hermann Brehmer fondait à Gœrbersdoff, pour l'application méthodique de ces principes, le premier établissement fermé de cure. Son entreprise éveillait du reste de grandes méfiances et n'était autorisé qu'à grand'peine grâce à l'influence de ses amis Humboldt et Schœnlein. Dettweiler, son élève, devait plus tard développer ses idées et les mettre en œuvre sous une forme plus parfaite au sanatorium de Falkenstein (1874-1876) qui fut longtemps un modèle du genre et reçut à ce titre la visite de nombreux médecins de tous les pays. D'autre part, Spengler, réfugié en Suisse après avoir pris part à une insurrection en 1848 à Heidelberg, était envoyé en 1853 en qualité de médecin légionnaire dans la grande vallée de Davos. Il remarquait bientôt que la phtisie y était inconnue parmi les habitants et que ceux qui la contractaient au loin n'avaient pour guérir qu'à rentrer au pays. M. Unger et un libraire de Bâle, Richter, tous deux très atteints, attirés par lui en 1865, retrouvaient la santé. En 1869, avec la fondation du Kurhaus, était créée la première station d'altitude. La vallée de Davos abrite maintenant 3000 malades et 16 médecins; mais ce ne fut pas sans railleries et sans une certaine stupeur que le monde médical apprit jadis qu'un audacieux prétendait guérir les phtisiques au milieu des neiges. L'excellent effet sur la tuberculose pulmonaire de l'aération continue, même en climat froid, est maintenant une idée à peu près universellement admise et devenue presque banale, mais il n'était que juste de rappeler quels furent ses parrains et ses premiers débuts.

Les sanatoria, établissements fermés où est enseignée et pratiquée la bonne doctrine de la cure hygiénique, ont poussé un peu partout, nous ne saurions, sans sortir des limites que nous devons nous imposer, en tenter ici seulement l'énumération, on trouvera l'étude complète des principaux établissements de ce genre dans l'ouvrage excellent de M. Knopf (*Les Sanatoria*), qui les a visités pour la plupart. Nous nous bornerons ici à rappeler rapidement quelles sont les conditions de climat, d'exposition, d'aménagement extérieur et intérieur que doivent remplir ces maisons de cure pour s'adapter le mieux possible à leur fin particulière. De nombreuses expériences réalisées en divers pays ont amené ces différents points à un degré de perfection suffisante et il y a intérêt pour tout médecin à en connaître les détails techniques.

II

Conditions météorologiques. — Nous n'émettrons ici que des vues très générales, n'ayant pas la prétention de traiter à ce propos le chapitre : *climatologie de la phtisie pulmonaire*, sujet très vaste et sur lequel on est loin de s'entendre. Le climat le plus favorable est, en un mot, celui qui permet le séjour à l'air pendant la plus grande somme d'heures possible. Reste à examiner successivement les conditions de température, d'état hygrométrique, d'altitude, d'insolation qui concordent le mieux avec ces données.

Brehmer et plus encore Spengler ont innové surtout en réhabilitant le froid. Ils ont transformé presque cet ennemi traditionnel des voies respiratoires en un auxiliaire docile de la cure. Ce fut une révolution et non des moindres. Le phtisique s'aguerrit progressivement et assez vite au froid, à la condition d'être étendu et bien couvert; cette étonnante accoutumance lui permet même de supporter sans dommage

pendant des heures (cinq, sept, neuf heures) de très basses températures (— 12 degrés, — 25 degrés) [Andvord (de Tousaasen, Norvège)], il en résulte, à son profit, une puissante action stimulante sur la nutrition et sur l'appétit.

Le froid, et spécialement le froid sec sans vent, sera donc plutôt recherché, ou du moins, on le considérera comme moins nuisible que la chaleur, idéal longtemps poursuivi et dont l'action débilitante est à craindre; l'influence néfaste d'un soleil trop vif sur la fièvre des tuberculeux est du reste démontrée. Il importe par contre de redouter avant tout les brusques variations de température, les vents violents, l'humidité entraînant pour le corps d'importantes et rapides déperditions de calorique. En ce sens la crainte populaire du vulgaire *chaud et froid* conserve toute sa valeur.

On a dit mainte fois et on ne saurait trop répéter que le climat doué de vertus spécifiques contre la tuberculose pulmonaire est encore à trouver. Un air pur, une atmosphère calme, un grand nombre de beaux jours, une température relativement stable, peu ou pas de brouillards, tels sont les éléments essentiels à rechercher. Ajoutons que la possibilité de poursuivre la cure été comme hiver est également fort désirable.

L'*altitude* est un facteur à part dont les vertus puissamment modificatrices ne sont niables pour personne. L'atmosphère des hautes vallées alpestres est en hiver singulièrement limpide et ensoleillée, d'une sécheresse remarquable qui modère l'expectoration. D'autre part le baromètre accuse constamment de basses pressions (0,60 à 0,62); il en résulte une respiration plus fréquente, plus profonde et une aération pulmonaire plus parfaite; la circulation périphérique plus active s'oppose aux congestions viscérales; les hématies augmentent rapidement de nombre ; l'appétit est vivement excité, ce qui rend aisée la suralimentation. On conçoit sans peine la valeur de pareils effets. M. Jaccoud (1881) a été en France l'avocat le plus convaincu et le plus éloquent de cette cause tour à tour applaudie et décriée, elle conserve toute sa force et ceux qui iront rendre visite aux stations de ce genre en reviendront plus assurés. Sans leur attribuer une valeur exclusive, ni la faculté de faire revivre ceux que M. Daremberg appelle spirituellement les *mauvais phtisiques*, ceux qui ne guérissent nulle part, on peut affirmer cependant qu'elles réunissent la majorité des conditions favorables à la mise en œuvre de la cure hygiénique. Si jusqu'ici, en France surtout, ce fait demeure encore plus que discuté, c'est que nombre de phtisiques, et parmi eux des phtisiologues distingués, ont guéri ailleurs et gardent à l'air qui leur fut salutaire une gratitude bien légitime, c'est aussi qu'à cette question brûlante se rattache une foule de facteurs secondaires plus ou moins étrangers à la médecine et à l'hygiène pure.

Quoi qu'il en soit, contrairement au froid sec souvent utile, la grande chaleur est franchement nuisible; la preuve en est dans la fréquence et la gravité de la tuberculose dans les pays chauds et tous les médecins sont d'accord pour proscrire le séjour des stations méridionales en été et pour conseiller à leurs malades l'émigration vers la montagne. Le séjour dans les stations d'altitude est donc possible et dans certaines conditions utile toute l'année. Seule la période de la fonte des neiges, assez courte, offre quelques inconvénients.

III

Situation. — On choisit, en général, pour emplacement d'un sanatorium, soit un plateau exposé chaque jour de longues heures aux rayons directs du soleil, soit une vallée ouverte au midi, protégée par des montagnes contre les vents froids dominant dans la région. Le sous-sol doit être perméable; des bois d'essences variées où dominent le pin, le sapin ou le mélèze à arbres assez espacés sont à rechercher. Les brumes, la poussière, le voisinage immédiat d'une grande route fréquentée, d'un établissement industriel, sont autant de conditions à éviter. Il est indispensable, cependant, que les voies d'accès soient faciles et rapides. Une bonne eau potable aisément amenée est aussi indispensable.

La façade du bâtiment exposée au midi, au sud-est ou au sud-ouest, suivant les vents dominants du pays, devra offrir contre eux par sa forme même un abri efficace. Un bâtiment principal flanqué de deux ailes en retour formant angle obtus avec lui est une disposition fréquemment adoptée (notamment à Hohemkonnef) et particulièrement favorable à ce but. Toutes les chambres doivent s'ouvrir sur la façade concave, la face convexe étant occupée par des couloirs de dégagement.

Le parc ou le bois environnant l'établissement sera vaste, sillonné de nombreuses allées horizontales et en pente douce destinées à faciliter la promenade, sablées de façon à permettre la marche à pied sec peu de temps après la pluie. Le long de ces allées sont semés d'habitude des bancs de repos régulièrement espacés, et çà et là, des kiosques ouverts ou des pavillons-abris montés, comme à Falkenstein, sur pivots et pouvant s'orienter à volonté en sens utile pour protéger du vent.

IV

Disposition générale, aménagements intérieurs. — Un sanatorium bien compris comporte un ou plusieurs pavillons du même type, exclusivement destinés aux malades, et des annexes. Le bâtiment principal ne doit pas, en principe, présenter plus de deux étages, il est édifié sur caves. Au rez-de-chaussée sont les salons de conversation, la bibliothèque, le service des bains et des douches et, en façade, la véranda. Les chambres à coucher occupent le premier et le second étage. La salle à manger commune est indépendante mais reliée par des passages couverts au pavillon des malades. Les cuisines, la buanderie, la force motrice produisant l'éclairage, les appareils de chauffage, une vacherie, occupent des annexes situées derrière le bâtiment principal, à une distance suffisante pour ne fournir aucune émanation susceptible d'altérer la pureté de l'air. La villa du médecin-directeur, les locaux d'administration sont également à part. Il est enfin utile de prévoir un *pavillon d'isolement* destiné à recevoir les malades que la gravité de leur état ou une affection contagieuse oblige à isoler momentanément de la communauté.

Les *chambres* ne sont guère habitées que la nuit; leur aménagement doit tendre avant tout à prolonger pendant la nuit la cure d'air pratiquée tout le jour. Leur cubage moyen doit être de 60 à 65 mètres; il est bon qu'elles communiquent par une grande porte-fenêtre avec un balcon de 2 mètres de large susceptible de recevoir la chaise longue si le malade est incapable de descendre. Les dispositions en vue de l'*aération continue* sont les plus importantes. Les moyens de la réaliser sont nombreux. On peut, suivant le procédé employé jadis par le professeur Debove à l'hôpital Andral, enlever un des châssis de la fenêtre et le remplacer

(la nuit seulement) par un store; on peut encore ménager entre les battants de la fenêtre entr'ouverte un espace mesuré par un crochet plus ou moins long. Le système des impostes mobiles sur un axe horizontal et à inclinaison variable est un des plus usuels. On a encore préconisé les vitres perforées, les vitres parallèles à ouvertures contrariées. Des lamelles de verre imbriquées, plus ou moins inclinées l'une sur l'autre comme les pièces d'une jalousie, permettent aussi de régler à volonté la ventilation. Tout système est bon qui remplit son but ; il est cependant nécessaire qu'il permette à volonté l'interruption momentanée de l'aération, ne serait-ce que pendant la toilette du malade. La circulation de l'air peut, en outre, être encore mieux



Fig. 1 (1). — Adirondack cottage sanitarium (État de New-York). Vue de quelques-uns des pavillons (hiver).



Fig. 2. — Sanatorium du docteur Turban à Davos (Suisse)

(1) Les trois figures de cette Revue sont extraites du travail de M. S.-A. Knopf, *Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire* (Paris, G. Carré et C. Naud, édit., 3, rue Racine).

assurée soit par une cheminée ouverte, soit par un appel d'air au plafond. Quoi qu'il en soit l'aération continue n'est pas incompatible avec le *chauffage*, quoique les phtisiques bien couverts et chaudement enveloppés au lit s'accoutument fort bien aux températures basses; celui-ci sera nécessaire pour empêcher le thermomètre de descendre au-dessous de + 10 degrés; il n'y a du reste entre une chambre hermétiquement close et une chambre ventilée qu'une différence de 1 à 2 degrés. Le chauffage le plus hygiénique est la vulgaire cheminée ouverte; mais il est peu pratique dans les grands établissements de cure; on lui préfère le calorifère à vapeur à basse ou à moyenne pression; les radiateurs dépourvus d'ailettes (le système à ailettes étant d'un nettoyage difficile ou impossible) sont posés sur une console, le long du mur opposé au lit. Les *murs* recouverts jusqu'à une hauteur de 2 mètres d'un enduit supportant le lavage ne doivent, non plus que les *plafonds* et les *portes*, présenter ni saillies inutiles, ni rainures. Tous les angles sont arrondis. Le *plancher* est recouvert sur toute sa surface de linoléum.

Quant au *mobilier*, sa qualité maîtresse est d'être simple, facile à désinfecter : lit de fer à sommier d'acier, table de nuit métallique à tablette de verre, armoires surmontées d'une pyramide ou d'un plan incliné pour éviter les accumulations de poussière. Les tapis cloués, les tentures, les rideaux d'étoffe, les sièges recouverts de velours ou d'étoffe sont interdits; on ne tolérera que des petites carpettes et des rideaux de dentelles souvent nettoyés. L'éclairage électrique sera préféré. Les corridors, les escaliers doivent être larges, chauffés, exempts de courants d'air.

La *veranda* ou galerie de cure (*liezehalle*) est un des éléments essentiels de tout sanatorium pour phtisiques. Adjacente au rez-de-chaussée, protégée par un toit en verre à châssis mobiles, elle est large d'environ 6 mètres; des rideaux, des stores ou des panneaux démontables interdisent, suivant les cas, l'accès du vent ou du soleil. Elle abrite autant de chaises longues que de malades; ils y passent chaque jour, autant que possible, par tous les temps, sept à dix heures en moyenne. Un éclairage convenable doit leur permettre de prolonger la cure dans la soirée.

Les *chaises longues* les plus usitées sont en cannes de bambou à dossier soit mobile, soit fixe incliné à 45 degrés; il est bon que le siège garni d'un coussin soit légèrement évasé pour empêcher le corps de glisser. Au voisinage de chaque chaise longue est une table ou un pupitre permettant au malade de lire, écrire ou dessiner. Des couvertures ou des fourrures d'épaisseur proportionnée à la rigueur de la température et même une boule d'eau chaude pour les pieds sont des accessoires obligatoires de la cure sur la chaise longue. Par beau temps, la cure d'air peut se faire dans le bois ou dans le parc de l'établissement.

Dans tout sanatorium fermé, les malades prennent l'engagement, sous peine de renvoi immédiat, de n'expectorer que dans des crachoirs. Chacun est muni d'un crachoir de poche (modèles de Dettweiler, de Knopf, de Vaquich, de Petit, etc.), il existe, en outre, disséminés en divers points de l'établissement, un certain nombre de crachoirs fixes en verre ou en émaillé. Ces récipients contiennent toujours une certaine quantité de solution antiseptique (sublimé additionné d'acide citrique), ils sont régulièrement désinfectés (contenant et contenu) à l'eau bouillante. Au sanatorium de Loslau (Silésie), les crachoirs fixes surmontés chacun d'un robinet d'eau, communiquent directement avec des canaux d'écoulement et sont munis de soupapes ou se vident automatiquement.

La désinfection à l'eau bouillante ou dans des appareils spéciaux doit s'appliquer non seulement aux draps de lit, au linge de corps, mais encore au linge de table, à la vaisselle, aux verres, aux couverts.

Il est en outre indispensable que les chambres soient désinfectées à intervalles réguliers et après décès par la vapeur de formaldéhyde. Dans tous les cas, une toilette journalière doit être faite non avec un balai ou un plumeau qui ne servent qu'à disperser la poussière, mais uniquement avec un linge humide. Le lit ne sera fait et aéré qu'en l'absence du malade.

C'est seulement grâce à ces mesures sanitaires rigoureuses que l'on arrive à éviter que de pareilles agglomérations de phtisiques ne deviennent de véritables foyers de contamination.

A côté du système des sanatoria à bâtiment unique existe celui à petits pavillons séparés (*cottage system*), adopté en Amérique, qui n'est pas sans offrir certains avantages. Ainsi l'*Adirondack Cottage Sanitarium* forme un village en miniature composé de 18 pavillons, tous distants les uns des autres d'une trentaine de mètres. Chacun contient cinq à dix chambres donnant toutes sur un salon de réunion constamment chauffé par une cheminée et muni de plusieurs vasistas ouverts. L'aération des chambres se fait par des espaces ménagés en haut et en bas des portes. Tous les pavillons sont pourvus d'une large veranda protégée du vent d'un côté seulement par un grand écran. Le bâtiment principal contient des salles communes (salle à manger, salon, bibliothèque), la cuisine et l'office, il existe en outre un pavillon de récréation (billard, jeux divers) ouvert des deux côtés. Le *cottage system* est fort coûteux; il enlève, il est très vrai, au sanatorium, son aspect rébarbatif de caserne ou d'hôpital, mais il rend moins efficace la surveillance constante et immédiate du médecin traitant.

V

Avantages et inconvénients des sanatoria. — Tel est dans sa structure générale l'instrument perfectionné dont dispose actuellement le médecin pour la mise en œuvre méthodique et collective du traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire. Le sanatorium offre l'incontestable avantage d'une surveillance constante et vigilante, s'exerçant à toute heure sur les moindres faits et gestes des malades. Les aliments, le repos, l'exercice, l'aération sont minutieusement mesurés, dosés, proportionnés à l'état de chacun; la respiration, la toux et l'expectoration même sont réglementées. Nul incident pathologique, même minime, ne passe inaperçu. La moindre ascension thermique, la moindre hémoptysie, la plus petite poussée congestive ou bronchitique est notée et combattue immédiatement par les moyens appropriés. Dans une maladie comme la phtisie contre laquelle les petits soins journaliers sont tout, ce sont facteurs de guérison inappréciables. En même temps les malades trouvent dans le spectacle des progrès faits par leurs voisins une preuve de l'excellence de la méthode et un singulier reconfort moral; ils font aussi insensiblement l'apprentissage de la cure rationnelle; c'est l'*école mutuelle des tuberculeux* (Daremberg), semblable entraînement constitue assurément une condition incontestable de succès. Enfin, dans un sanatorium fermé, les malades indociles ou fantaisistes sont mis dans l'impossibilité de commettre aucune im-

prudence; ils sont soustraits aux conseils de leur entourage et échappent aux dangers de traitements successifs et opposés. Ce sont là autant d'avantages qu'on ne saurait révoquer en doute.

Il est vrai que les sanatoria ne s'adressent qu'à une certaine catégorie de tuberculeux. Les formes hautement fébriles (fièvre de tuberculisation, de ramollissement, d'excavation), la phtisie aiguë, les formes à tendance congestive ou *éréthiques*, les formes massives (pneumonie caséeuse) ou compliquées d'ulcérations intestinales, de laryngite ulcéreuse, représentent en général des contre-indications en quelque sorte absolues de la cure d'air intensive. Il est pourtant juste de rappeler qu'il n'existe pas de formes immuables de la tuberculose, que tel malade, incapable à un moment donné de songer à un lointain déplacement, peut plus tard devenir justiciable de la cure au sanatorium. Il y a donc à ces règles quelques restrictions et il est peut-être excessif de poser des principes aussi absolus. Dans la pratique il arrive que des cas en apparence désespérés s'améliorent et finissent par guérir, même dans les stations d'altitude les plus rigoureuses. La sélection des malades à l'entrée des sanatoria semble obéir du reste à deux tendances opposées : soit une extrême sévérité qui profite à la beauté des statistiques; soit une indulgence relative qui ouvre la porte à des malades très atteints, mais pour qui la cure représente cependant encore quelques chances de salut. Leur admission dans des établissements modèles pourvus d'un pavillon d'isolement destiné aux grands malades ne porte guère de préjudice physique ou moral aux malades franchement curables; elle est un bienfait puisqu'elle arrache les sujets en question à une mort à peu près certaine.

Il existe des sanatoria pour riches et des sanatoria pour pauvres. Les uns et les autres sont créés pour remplir le même but et suivant des principes généraux identiques. Entre eux, n'existe donc que des différences de détail concernant le choix des matériaux, la distribution des lits, le confortable de l'ameublement. Les chambres d'un sanatorium pour riches ne contiennent toutes qu'un ou deux lits. Le sanatorium populaire se compose surtout de chambres communes à 3 ou 4 lits, 6 au plus, cubant en moyenne 30 mètres cubes d'air par lit. Selon MM. Brouardel et Grancher, c'est principalement dans les établissements de ce dernier genre que doit s'exercer la sévérité dans la sélection. Les sanatoria pour pauvres ou ouvriers malades sont obligés en effet, pour obtenir une action suffisante en un temps très court (trois ou quatre mois), de n'admettre que des tuberculeux au début ou des prédisposés seulement.

VI

Home sanatorium. — Reste à savoir si le sanatorium avec son appareil complexe et perfectionné est un outil absolument indispensable pour guérir la plus grande somme possible de phtisiques, si tout poitrinaire quel qu'il soit doit être condamné, pour vivre, à la cure intensive militaire et obligatoire; la chose est plus que douteuse et les faits journaliers sont nombreux qui prouvent le contraire. Il est avéré qu'un malade intelligent et docile, dans une situation de fortune suffisante, peut parfaitement guérir en faisant la cure en famille dans une villa aménagée dans ce but particulier et sous la surveillance attentive d'un médecin compétent.

Il est assez facile d'improviser à peu de frais les quelques dispositions indispensables à la cure hygiéno-diététique, de créer en somme ce que l'on a appelé un *home sanatorium*. Le malade sera installé dans la chambre la plus vaste, la mieux exposée, la plus longtemps ensoleillée; on en retirera les rideaux d'étoffe, les tapis cloués, les meubles superflus, n'y laissant, pour lui garder un aspect plus riant, que de légères



Fig. 3. — Un coin de la veranda où se fait la cure d'air libre sur les chaises longues.

carpettes et des rideaux de dentelles; on s'arrangera, en modifiant la fenêtre suivant un des systèmes indiqués, pour que l'air y circule librement, et la poussière n'y sera enlevée qu'avec un linge humide. La cure d'air est faite dans une véranda ou sur un balcon, ou contre le mur de la maison pourvu d'un toit-abri ou simplement dans le jardin. La chaise longue peut alors être protégée du vent et du soleil, soit, selon le conseil de Daremberg, par une guérite de bain de mer capitonnée, dépourvue de siège et assez large pour la recevoir, soit par le *paravent-abri* préconisé par Lalesque : « Celui-ci se compose d'un châssis mobile en bois tendu de toile. Les diverses valves (deux latérales, une supérieure) peuvent s'écarter ou se rapprocher indifféremment et prendre un grand nombre de positions suivant les exigences du moment. Avec ses valves repliées les unes sur les autres, l'appareil est très portatif. » A défaut de salle de bain, un tub anglais pour les effusions froides de chaque matin peut parfaitement suffire. Il est désirable qu'un ami ou qu'un parent dévoué couche dans une chambre voisine. On permettra les visites des amis intimes, mais leurs conseils

seront « reçus avec reconnaissance et mis de côté avec empressement » (Knopf).

Ainsi réglé, le sanatorium à domicile offre des avantages multiples; la cuisine peut d'abord y être plus soignée que dans un grand hôtel, point important si l'on se rappelle la phrase favorite de Dettweiler : « Ma cuisine, c'est ma pharmacie; » d'autre part, il conviendra particulièrement à nombre de malades nerveux et impressionnables, pour qui le séjour d'une maison de discipline phtisiothérapique est odieux, sinon démoralisant. Mais il est évident que le *home sanatorium*, même économique, n'est pas à la portée de tous.

Le sanatorium n'en demeure donc pas moins une précieuse ressource pour les tuberculeux indigents ou peu fortunés, et aussi pour les riches, s'ils sont isolés, célibataires ou dépourvus d'une famille prête à les suivre et à les entourer de soins dévoués. Il est, d'autre part, difficilement suppléé dans certaines stations d'altitude où, en dehors des hôtels et des pensions, la vie matérielle est difficile, sinon impossible.

VII

Conclusion. — Le traitement de la phtisie pulmonaire, dans les établissements fermés, a pris à l'étranger, en Allemagne et en Suisse surtout, une importance considérable.

En France, des sanatoria populaires s'ouvrent ou sont en construction un peu partout, et leur multiplication est désirable à tous les points de vue. Quant aux maisons de cure pour riches ou pour bourses moyennes, le nombre en est encore relativement restreint. Nous manquons surtout de stations de grande altitude évitant à nos compatriotes l'exode vers Davos, Leysin, Arosa ou Montana. Cependant, nous possédons sans nul doute en Savoie, en Dauphiné, dans les Pyrénées, de hautes vallées propres à ce genre de cure, et qui ne le cèdent en rien à celles que la Suisse utilise si ingénieusement. Il faut souhaiter que sur des emplacements analogues, répondant par leur orientation, leur exposition, leur régime météréologique, aux exigences de la vraie cure d'altitude, se créent des stations dans lesquelles les phtisiques puissent vivre toute l'année.

Actuellement, nous disposons, il est vrai, des sanatoria d'Aubrac (Aveyron), du château de Durtol (Puy-de-Dôme, à 520 mètres), du Canigou (à 700 mètres); mais ce sont des stations d'altitude moyenne. Le nouveau sanatorium de Thorenc (près Grasse), à 1200 mètres d'altitude, est surtout une station d'été qui n'offre pas, du reste, les attributs du climat alpestre. Il constitue cependant un refuge fort utile aux malades qui hivernent sur la Riveira.

Bibliographie. — Jaccoud. *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*, 1881. — Courtois-Suffit et Boulay. Traitement de la tuberculose par l'aération continue, *Gaz. des hôpit.*, mai 1890. — Daremberg. *Traitement de la phtisie pulmonaire*, 1892. — Lucius Spengler. *Le traitement de la tuberculose dans la haute montagne*, 1893. — Beaulavon. *Contribution à l'étude de la cure de la tuberculose dans les sanatoria*, Th. de Paris, 1896. — Dettweiler. *Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire et le traitement dans les sanatoria.* — G. Pannewitz. *L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne.* — Schmieden. *Construction des sanatoria.* — Schultzen. *Aménagement, organisation et résultats thérapeutiques des sanatoria.* — Brouardel et Grancher. Note sur les sanatoriums, Cong. de Berlin pour la lutte contre la tubercul., 1899.— Lalesque. *La cure libre de la tuberculose pulmonaire*, Bordeaux 1899. — A. Chuquet. *Hygiène des tuberculeux*, 1899. — S.-A. Knopf. *Les sanatoria* (Carré et C. Naud, 1900). — E. de Lavarenne. Le docteur Spengler, *Presse méd.*, janv. 1901.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Prosectorat.* — Sont nommés pour quatre ans prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, MM. Duval et Labey.

Sont délégués, MM. Lenormant et Alglave.

MM. Veau, Guibé, Ombredanne, Proust continuent leurs fonctions.

Adjuvat. — Sont nommés pour trois ans aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, MM. Lecène, Desjardins, Baumgartner, Huguier et Auffret.

MM. Alglave, Chifoliau, Alexandre, Renon, Léo, Lenormant, Schwartz, Iselin et Fresson continuent leurs fonctions.

M. Hallopeau est délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie par suite de la nomination de M. Duval comme prosecteur titulaire.

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le mercredi 6 novembre 1901. Les épreuves commenceront à quatre heures à l'Hospice-Général, salle des séances.

La commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 17 octobre 1901.

Guerre. — Par décision ministérielle, en date du 12 août 1901, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Foubert, précédemment désigné pour le 9e dragons, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Martin, désigné pour le 9e dragons; — Rouquette, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — de Libessart, pour le 132e d'infanterie; — Haller, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; — Paris, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Idrac, pour le 141e d'infanterie; — Caujole, pour la 83e d'infanterie.

Marine. — Le jury des concours qui auront lieu à Rochefort le 2 septembre 1901, pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine de la marine, sera composé de MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Chevalier, médecin principal, sous-directeur de l'École de Bordeaux; Grand-Moursel, médecin principal à Rochefort.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux docteurs dont les noms suivent, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent : MM. les docteurs Brossier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tamatave (Madagascar); Chevreau et Vié, médecins à Tamatave.

Médaille de bronze : M. le docteur Brallet, médecin au Thillet.

Nomination. — M. le docteur L. Canolle, médecin chef des colonies en retraite, est nommé médecin chef du Sénat.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 32e semaine, 902 décès, au lieu de 890 pendant la semaine précédente et au lieu de 930, moyenne ordinaire des semaines d'août.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 5 pendant la 31e semaine, et au lieu de la moyenne 18.

La variole a causé 14 décès, chiffre supérieur à ceux des six semaines précédentes, mais il y a une diminution dans le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (38 au lieu de 57).

La rougeole a causé 18 décès au lieu de 10 pendant la semaine précédente (la moyenne est 14); la scarlatine, 4 (la moyenne est

3); la coqueluche, 11 (au lieu de 6 la semaine précédente, la moyenne est 6); la diphtérie 14 (au lieu de 12 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 4); le nombre des cas signalés par les médecins, quoique ayant un peu diminué, continue à être assez élevé : 81 au lieu de 110 et 113 pendant les deux semaines précédentes).

La diarrhée infantile a causé 108 décès de 0 à 1 an (la moyenne est de 140), au lieu de 93 pendant la semaine précédente.

En outre, la diarrhée a causé 16 décès d'un à deux ans et 1 à l'âge adulte. On a attribué, de plus, 1 décès à la dysenterie et 1 au choléra nostras.

28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 125 décès (au lieu de 109 pendant la semaine précédente, et au lieu de 92, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 7 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 23 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 54 (au lieu de la moyenne 50) dont 20 sont dus à la congestion pulmonaire et 20 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès; la méningite tuberculeuse, 19 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 30 décès; les maladies organiques du cœur, 46; le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 26; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le four crématoire à l'École de médecine. — La Faculté va enfin posséder son four crématoire, destiné à incinérer les débris de cadavres et d'animaux que jusqu'ici l'on portait au four du Père-Lachaise. Il sera construit vraisemblablement pendant ces vacances.

La lutte contre l'alcoolisme. — Les jurés qui ont siégé au cours de la dernière session des assises de la Seine-Inférieure ont signé la pétition suivante qui leur a été présentée par Me Monflier :

« Le jury, vu les nombreux cas jugés résultant surtout des excès alcooliques si répandus dans la région normande, émet le vœu que les pouvoirs publics étudient d'une façon très sérieuse les moyens de réprimer ces excès et appelle d'une façon particulière l'attention des représentants du corps législatif sur les moyens de nature à enrayer ce vice si dégradant. » (*Revue méd. de Normandie.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 95. — MARDI 20 AOUT 1901. 74e ANNÉE. MARDI 20 AOUT 1901. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — VALEUR SYMPTOMATIQUE DU RÊVE AU POINT DE VUE DE L'ÉTAT MENTAL DE LA VEILLE CHEZ UNE CIRCULAIRE, par MM. N. VASCHIDE, chef des travaux au laboratoire de psychologie expérimentale à l'École des hautes-études (asile de Villejuif), et H. PIÉRON, préparateur au même laboratoire. — DE L'ICTÈRE ACHOLURIQUE HÉMORRAGIQUE, d'après M. A. VAREILLAUD. — MÉDECINE PRATIQUE. Les injections de sérum gélatiné contre les hémorragies bronchiques; — Traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

VALEUR SYMPTOMATIQUE DU RÊVE

AU POINT DE VUE DE L'ÉTAT MENTAL DE LA VEILLE CHEZ UNE CIRCULAIRE (1),

Par MM. N. VASCHIDE,
Chef des travaux au laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des hautes-études (asile de Villejuif),
et H. PIÉRON,
Préparateur au même laboratoire.

I

Au cours de nos recherches sur les rêves, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas intéressant de folie circulaire, dont nous avons suivi de près les manifestations dans l'état mental de la veille et du rêve. L'intérêt capital de cette étude est qu'elle s'est poursuivie pendant plus de trois ans et que nous avons pu recueillir et contrôler par nous-mêmes des renseignements très précis.

Nous laisserons de côté l'histoire clinique de la maladie, à dessein, pour nous borner à l'analyse, purement psycho-pathologique, de ce qui concerne les rapports de la vie mentale de la veille avec celle du rêve.

La nommée Mme B... est âgée actuellement de quarante-deux ans. Etat physique normal; aucun trouble sensoriel. Aucune maladie grave ni infectieuse dans ses antécédents. Hérédité nullement chargée. Réglée de bonne heure (à treize ans). Rien de remarquable dans sa vie, si ce n'est une disposition bizarre à subir l'influence des variations météorologiques, particulièrement nette à partir de la puberté, et qui ne cessa de s'accroître avec l'âge : « Une atmosphère de lumière et de soleil, dit-elle, me grisait de bonheur comme les journées de pluie me faisaient pleurer toute la journée. Et cela a été tout le temps comme cela. » Mariée, pour la seconde fois, à l'âge de vingt-sept ans, elle dut renoncer à toute position par suite de modifications périodiques dans son état mental, qui se rapprochèrent et augmentèrent continuellement d'intensité. Il y a dix ans, elle dut être internée, sa famille ayant remarqué que son instabilité mentale devenait constante, et c'était au fond une exagération de sa dépendance vis-à-vis des modifications atmosphériques. Pouvant rester lucide pendant plusieurs semaines, une discussion, une émotion, avait pour effet, à ce qu'elle raconte, de la plonger dans des états d'agitation intense, où elle agissait sans plus garder la responsabilité de ses actes.

Elle resta internée pendant plus de huit ans, et on diagnostiqua une folie circulaire. Pendant la première moitié de son séjour, les périodes de lucidité surpassent de près des trois quarts celles d'excitation, mais elles se réduisirent peu à peu, pendant que les autres augmentaient dans les mêmes proportions.

Pendant ces trois dernières années, nous avons suivi cet état circulaire, et observé les symptômes qui accompagnent les états alternants de lucidité et d'agitation. Pendant la période de calme de Mme B..., il y avait d'abord, durant une semaine environ, une dépression mélancolique, que suivait une lucidité complète, elle était alors susceptible de lire, de travailler, et rien ne permettait de soupçonner la nature de son aliénation.

Au cours de ces alternatives d'excitation, de dépression et de calme, Mme B... se plaisait à observer régulièrement ses rêves, à les noter, à les interpréter, et elle se vantait de comprendre très bien le langage du rêve, auprès de son entourage. Elle prétend avoir remarqué que, dès les premiers moments où elle peut constater des modifications sensibles dans son état mental, les rêves lui fournissaient quelques jours auparavant des indications sur « son état de santé ». Dès sa jeunesse son attention s'était portée malgré elle sur ses rêves, et durant toute son existence, sa vie mentale lui paraît liée à ses manifestations.

Quand nous l'avons connue, elle était pour les personnes qui l'environnaient un sujet de curiosité, par sa fierté et son adresse dans l'interprétation des rêves; et c'est ainsi que l'on put remarquer qu'elle prévoyait d'après eux le moment précis où se produisaient ses changements d'état mental; elle demandait même à ce que l'on prît des précautions en rapport vis-à-vis d'elle, et qu'on la surveillât davantage, par exemple, quand s'annonçait une période d'agitation.

Intéressés par le fait, nous voulûmes le fouiller de plus près et nous pûmes constater la réelle connexion qui existait entre les données fournies par l'interprétation de ses rêves et les modifications de son état mental.

(1) Cet article est en grande partie traduit d'après le travail des auteurs paru dans *The Journal of mental Pathology*, de New-York, la nouvelle publication de Mlle L. G. Robinovitch.

Nous avons assisté à 15 débuts de période mélancolique, 14 de lucidité, 29 d'excitation; et il nous est arrivé trois fois de constater qu'elle prévoyait une continuation de l'excitation au delà de la durée qu'elle présentait normalement.

Notons cependant que ce que nous appelons durée normale n'est pas sans souffrir des variations pouvant atteindre cinq et six jours, et même plus; aussi ne peut-on faire appel au fait d'une habitude naissant à la suite d'une périodicité régulière, pour expliquer le phénomène, puisque les limites de la variabilité normale des périodes sont trop considérables pour provoquer une telle précision automatique. Voici par exemple la durée des états d'excitation, de dépression et de calme pendant six mois, elle a été notée, soit par nous, soit par des personnes qui l'entouraient.

Phase d'excitation	8 jours.
Phase de dépression	14 —
Phase de calme	28 —
Phase de dépression	4 —
Phase d'excitation	16 —
Phase de dépression	4 —
Phase de calme	60 —
Phase d'excitation légère	13 —
Phase de dépression	4 —
Phase d'excitation	1 —
Phase de dépression	14 —
Phase de calme, s'étant prolongée deux mois et demi.	

Ces chiffres montrent suffisamment la variabilité des périodes.

Notons en outre que nous ne nous sommes pas contentés d'observer, ce qui suffit peut-être au point de vue clinique, les grandes phases alternantes de dépression et d'excitation; ayant à rechercher les rouages plus subtils du mécanisme psychologique, nous avons regardé de plus près des modifications moins générales et observé des changements qui peuvent être, au point de vue purement pathologique, de faible importance, mais qui présentent un intérêt psychologique capital.

Passons donc à l'analyse des faits.

II

Nous pouvons remarquer tout d'abord que la nature des rêves indicateurs varie suivant qu'ils annoncent une période d'excitation, une période de dépression et une période de calme.

1° *Rêves annonçant une période d'excitation.*

Nous avons recueilli 29 observations de ce genre dans les conditions suivantes. Le milieu où vivait Mme B... nous était facilement accessible, et nous pouvions la voir journellement. D'autre part, des personnes la touchant de près voulaient bien noter pour nous les changements qu'elles pouvaient observer. En même temps Mme B... parlait, suivant son habitude, de ses rêves journaliers, et l'on nota le moment où elle insistait sur une interprétation ou sur une autre; en particulier on notait soigneusement le moment où elle annonçait une *période d'excitation.*

Cette période survenait toujours brusquement, et elle ne tardait pas de plus de trente-six heures après qu'elle avait été annoncée. Les conditions restaient toujours les mêmes en ce qui concerne les heures de coucher et de réveil. Or, dans cette phase précédant l'arrivée de la période d'excitation, le réveil était brusque, et il y a lieu d'attirer l'attention sur ce fait. Parmi les premiers mots que nous entendîmes dans les cas où nous nous trouvâmes par hasard près de la malade à son réveil, elle disait, comme dans un état semi-somnambulique, et comme au sortir d'un cauchemar : « Venez à mon secours, je deviendrai de nouveau folle, » cependant qu'elle cherchait ses effets. Quelques minutes après, revenue à elle-même, elle racontait ses rêves avec une précision détaillée; or ils semblent suivre une certaine systématisation, ce qui est très difficile à constater chez l'homme normal. La nature du rêve était celle même du cauchemar, il lui semblait qu'on voulait l'étouffer, l'étrangler, boucher ses narines, lui brûler les cils, arracher ses ongles, tirer ses cheveux, lui mettre des sangsues sur la bouche, électriser ses cheveux, lui asséner des coups de massue sur la tête, sur le front surtout, lui appliquer un casque de fer sur la tête, lui enfoncer des vrilles dans la nuque, lui tordre les articulations, lui donner des coups de couteau dans les bras, l'éventrer; en outre elle se sentait enceinte, avait envie d'uriner sans pouvoir, et tout cela était dû à des individus imaginaires dont elle ne pouvait préciser la forme, et sur lesquels elle n'avait que des renseignements tactiles et musculaires lui permettant de différencier les personnes de la bande qui la torturait. Elle voulait échapper à ses supplices et s'enfuir, mais la bande la poursuivait et elle se sentait devenir folle. C'est alors qu'elle s'éveillait souvent, criant : « Je suis folle, au secours! »

Dans les 29 cas observés, il y en a 24 pour lesquels l'intervalle séparant le moment du réveil du début de la période d'excitation a oscillé entre quatre et vingt-quatre heures. Un cas a exigé un intervalle de vingt-sept heures. Enfin quatre autres cas ont été de fausses prévisions.

Il est bien entendu que les chiffres donnés n'ont pas une précision mathématique.

III

2° *Rêves annonçant une période de dépression.*

Les conditions d'observation sont restées les mêmes.

Sur les 15 cas observés, 11 d'entre eux se sont trouvés réalisés dans une période variant de dix-huit à trente-deux heures; un d'eux, après deux jours; les 4 autres ont été de fausses prévisions.

La nature du rêve était ici tout à fait distincte, d'après les détails donnés par la malade. La réaction de la malade étai toute différente.

Dans ces rêves, elle croyait ne plus exister; elle se croyait réduite à n'être qu'un petit enfant se mouvant dans un baquet, dont elle ne distinguait pas bien les bords. Devant elle passaient « des choses ». Parfois elle était réduite à des yeux qui regardaient l'eau couler avec des vagues uniformes, traversant une plaine infinie. Parfois, toute nue, elle se croyait obligée de rester immobile sous une pluie d'orage, le vent sifflait comme dans un ouragan, et on l'emportait sans qu'elle sût où.

Voici un fragment de rêve : « Il me semblait, dit-elle, que je voulais cueillir des fruits dans un arbre, mais dès que j'approchais la main des fruits, l'arbre s'allongeait, et moi, je ne sais comment, je n'apercevais l'allongement de l'arbre que très tard, quand il était à des centaines de lieues de moi. Je me voyais alors immobile, restant la main tendue en l'air, ne sachant ce que je voulais, et me trouvant dépaysée en moi-même. »

Dans d'autres rêves de ce genre, il lui semblait qu'on l'endormait avec des bouteilles de pharmacie, des poisons,

et qu'on la laissait endormie pendant une éternité tout entière; ou bien on la fatiguait par de longues courses à travers des montagnes à escalader, jusqu'à ce qu'elle tombât morte de fatigue, dans un sommeil profond, « comme un *morceau* de bois. » Enfin souvent elle se croyait sur le bord de rochers, et devant elle s'ouvraient des précipices si profonds qu'ils la hantaient, et ne sachant quoi faire, elle restait comme « photographiée » sur le bord.

Il y a, dans les rêves de cette catégorie, une certaine analyse psychique personnelle : ce sont des états intellectuels extériorisés dont elle reste consciente, et ne faisant appel à aucune puissance étrangère. En outre, il y a une mobilité considérable de tout ce qui passe sous ses yeux. Il y a toujours un dédoublement se continuant par une analyse, et aboutissant à une attitude remarquable par sa fixité, son immobilité finale. Enfin notons sur tout cela qu'il plane comme un caractère de vague et d'indéfini, un milieu chaotique où le rêve évolue.

Dans ces cas, le réveil était très lent, la malade avait habituellement alors un sommeil peu profond et le réveil était tellement lent qu'il fallait la secouer parfois pour la faire sortir de cet état.

Revenue à elle-même, Mme B..., pendant les quelques heures précédant la période de dépression, était dans un état d'indécision remarquable et, après quelques heures de méditation, disait : « Tiens ! C'est bizarre, je me sens devenir stupide. Mes rêves de cette nuit sont de ceux qui me coupent l'appétit et qui me font rêver dans la journée. »

IV

3° *Rêves annonçant une période de calme.*

Les conditions ici encore étaient identiques. Nous n'avons considéré ici que les cas de calme vraiment net, ce qui était psychologiquement assez délicat à obtenir, nous y sommes arrivés après quelques tâtonnements, grâce à notre connaissance approfondie du sujet.

Sur les 14 cas observés, 6 seulement ont été suivis de réalisation, et cela dans une période variant entre cinq et neuf heures. Trois cas ont été douteux pour nous, la période de calme ayant été coupée de périodes de dépression et d'agitation qui empêchèrent de la considérer avec certitude comme une période réelle de calme. Néanmoins approximativement on peut considérer ces cas comme affirmatifs, mais réalisés seulement au bout de trente-six heures. Les autres cas furent négatifs.

La nature des rêves de cette catégorie, tout en étant caractéristique, est loin d'avoir l'homogénité des précédentes. Il y a dans chaque rêve des éléments communs avec ceux des autres catégories; mais en même temps il y a des éléments nouveaux pouvant se réduire à ceci : Mme B... dans ses rêves se sentait morte ; elle avait un bras coupé ; elle sentait du vide dans sa tête; elle se voyait en train de travailler, de coudre, de faire de la lingerie, de marcher; elle voyait des cauchemars alterner avec des sensations de vague ; et, le matin, elle se réveillait avec une sensation de *bien-être qui lui était suggérée par l'idée qu'il lui manquait un membre par exemple.* « Cela ira bien aujourd'hui — disait-elle une fois quand, par hasard, nous nous trouvions auprès d'elle — la dormeuse qui est en moi m'a fait marcher cette nuit. »

On observe que le caractère particulier de ces rêves se réduit à une accentuation de l'activité organique bien localisée dans l'espace ; il est remarquable que l'équilibre naturellement instable du rêve reste encore ici très fixe. Remarquons encore la coïncidence de ce fait avec la notion banale que l'on rapporte à propos du rêve, à savoir que rêver d'être mort est un signe qu'on est bien portant; mais dans ces cas, tout en se sentant morte à un moment, à un autre elle se sentait marcher et agir.

Il est bien entendu que la plupart de ces rêves que nous venons d'exposer d'une façon synthétique appartiennent à une même nuit. Cela valait mieux, à notre avis, que d'encombrer inutilement le texte d'exemples distincts.

4° *Rêves annonçant la continuation d'un état.*

Enfin nous avons observé 4 cas, tous affirmatifs, dans lesquels la période d'excitation pour trois d'entre eux, de dépression pour le dernier, se prolongeant au delà de sa durée ordinaire, était annoncée à nouveau en quelque sorte pour cette continuation anormale.

Dans ces cas les rêves recueillis dans une nuit indiquaient spontanément que l'état actuel devait se prolonger d'après la multiplicité énorme de sujets, de scènes et de phénomènes discordants qui, dans une période d'agitation très forte, amenaient un état de distraction passager, ne fût-ce que quelques heures, et suivi d'un état d'agitation plus grande encore ; et cela se produisait alors que quelques jours auparavant elle avait cru sentir que le calme arrivait.

Il en est de même pour l'état de dépression.

V

Nous allons maintenant tâcher de montrer l'intérêt que l'on peut dégager par interprétation des documents, que nous avons recueillis à ce sujet.

Notre cas est intéressant à un double point de vue :

1° Tout d'abord, pour la première fois, à notre avis, un parallélisme très net a pu être suivi entre des périodes différentes d'agitation, de dépression et de calme, et des états correspondants de la vie du rêve. Les états d'excitation d'une part, et ceux de dépression de l'autre, qui ont des équivalents psycho-mécaniques bien définis, et qui représentent en psycho-pathologie des syndromes assez nets, ont été, suivants nos observations, qui ont pu exclure toute cause grave d'erreur, étant donné le nombre et la précision nos observations, prévus par des états mentaux assez définis de la vie du rêve, avec une approximation dont nous avons été dès l'abord surpris.

Il en résulte qu'il faut admettre pue les états mentaux de la vie de la veille sont les résultats de tout un travail délicat, de toute une genèse subconsciente de la vie de l'esprit en général, et qui peut justement se laisser saisir dans les manifestations du rêve. Ce que nous donne le rêve c'est justement ce travail d'élaboration qui prépare les actes de l'esprit que nous saisissons tardivement ensuite. La nature caractéristique des rêves qui précèdent les états d'excitation est comme une image obscure de tout ce travail d'élaboration à la fois somatique, sensoriel et central, qui est sur le point d'aboutir à un déséquilibre que nous ne constatons que dans la suite, mais qui, à ce moment reste, ignoré, ou tout au moins, s'il est révélé par quelques réflexes dont nous ne connaissons pas le sens et la valeur, reste incompris dans la vie de la veille, pendant laquelle la distraction sensorielle est l'état normal résultant de l'action du monde extérieur, tandis que le rêve se manifestant dans un état d'isolement qui permet une conscience plus fine, quoique crépusculaire, saisit mieux le fond même de notre être.

Dans les rêves qui annoncent la période d'état lucide, il

est à remarquer qu'ils sont mélangés, ce qui n'est pas étonnant, l'état normal étant lui aussi un mélange dont nous ne connaissons pas la mesure et dont nous n'avons pas la clef.

2° D'autre part, notre cas a aussi une grande importance pour la large contribution qu'il apporte à la notion de la prévision au moyen des rêves. Nous pouvons dire, sans être autrement catégoriques, que, dans la mesure de notre observation psychologique, il y a là un fait possible.

Nous nous sommes occupés particulièrement de cette question de la valeur prophétique qu'on attribue au rêve, et dans d'autres publications, nous donnons les résultats de nos recherches pour la discussion critique d'un bagage énorme de faits qui se résolvent en une vague intuition sans valeur (1).

DE L'ICTÈRE ACHOLURIQUE HÉMORRAGIPARE

D'après M. A. Vareillaud (2).

Si la donnée de l'ictère acholurique est nouvelle, il n'en est pas moins vrai que certains des symptômes de cette affection ont depuis longtemps frappé l'attention des médecins. Verneuil, après Stoll et Monneret, remarque que certaitaines épistaxis rebelles, à marche relativement bénigne, sont sous l'influence de lésions anciennes, latentes et peu graves du foie. Dalché insiste sur les perturbations qu'apportent aux fonctions menstruelles la lithiase biliaire, les cirrhoses, les ictères catarrhal et infectieux, différents auteurs décrivent des hémorragies multiples au cours d'états qui se rapprochent singulièrement de l'ictère acholurique.

Etudié par MM. Gilbert et Lereboullet dans un récent mémoire, l'ictère acholurique est caractérisé par l'*existence* biliaire dans le sérum et par l'*absence* de ces mêmes pigments dans les urines des malades. Parmi les symptômes constants l'ictère acholurique comporte un *ictère cutané*, généralisé, surtout appréciable à la face, sans imprégnation toutefois des conjonctives. La peau est souvent d'un jaune mat, sans rougeur des pommettes; le malade n'a pas de couleurs. Parfois aussi le teint est très chaud, très coloré, rougissant facilement, mais le fond du tégument est toujours jaunâtre. Cette teinte est très variable d'intensité d'un sujet à un autre et, chez un même sujet, à des moments différents de la journée. Elle s'accentue soit pendant la période digestive, soit à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion, d'une maladie intercurrente. Elle prédomine en certaines régions : aux sillons naso-labiaux, au pourtour des lèvres, à la paume et à la plante. Parfois les téguments sont à peine jaunâtres, et l'ictère risque alors de passer inaperçu.

L'*examen du sérum* montre que le sérum présente une teinte jaune verdâtre plus ou moins accentuée, ou, parfois, d'un jaune orange plus ou moins intense. A l'examen spectroscopique, on constate l'assombrissement de la partie droite du spectre. Enfin, en faisant tomber quelques gouttes d'acide nitrique nitreux dans un tube étroit, puis en faisant arriver au-dessus, II à III gouttes de sérum, on voit se former, à la limite inférieure de l'albumine coagulée, un anneau jaune qui, peu à peu, envahit tout le coagulum. Lorsque la réaction est positive, l'anneau est d'un jaune verdâtre accentué tirant sur le bleu; seule, cette teinte verdâtre est caractéristique.

Dans les *urines*, il n'y a aucune élimination de pigments biliaires vrais ou modifiés. Les urines sont abondantes, claires, parfois remarquablement pâles. L'urée est normale en quantité. Il n'y a ni indican ni urobiline.

Le *foie* est sensiblement normal, quelquefois un peu volumineux, mais sans déformations appréciables. La *rate* n'est pas hypertrophiée. En somme, l'ictère acholurique se manifeste par la présence de pigments biliaires dans le sang (d'où ictère cutané), l'absence de ces mêmes pigments dans les urines, l'absence de toute modification du côté du foie et de la rate.

A ces symptômes cardinaux s'ajoutent des symptômes de moindre importance : symptômes *cutanés* : urticaire, xanthelasma; *dyspeptiques*, *nerveux* : somnolences, neurasthénie, hystérie, etc., *rhumatismaux* et surtout *hémorragiques*. C'est à l'étude de ces derniers que M. Vareillaud consacre sa thèse inaugurale.

Les hémorragies le plus souvent observées sont les épistaxis, les stomatorragies, les ménorragies. Peut-être trouvera-t-on dans l'ictère acholurique la cause de certaines gastrorragies, d'hémorragies rectales, d'hématuries, d'hémoglobinuries, de purpura, mais, jusqu'à présent, la preuve des relations qui unissent ces hémorrugies à l'ictère acholurique n'est pas encore donnée.

Quoi qu'il en soit, les hémorragies peuvent être spontanées ou provoquées. Spontanées, elles nous offrent le tableau clinique soit d'épistaxis dites de croissance, soit de stomatorragies ou de ménorragies dites essentielles. Provoquées, elles apparaissent dans des circonstances variées. L'épistaxis survient au plus léger rhume de cerveau, à la moindre contusion de la région nasale. Les stomatorragies se renouvellent toutes les fois que la malade se brosse les dents. Enfin, chez un grand nombre de malades, les règles deviennent de véritables ménorragies. Elles se prolongent huit, dix, douze jours par mois, quelquefois plus.

Le plus souvent, ces hémorragies sont associées à d'autres symptômes de l'ictère acholurique : elles ne tiennent parfois qu'une place secondaire dans le tableau clinique, d'autres fois, au contraire, elles dominent la scène : on a alors affaire à l'*ictére acholurique hémorragipare*. Tantôt c'est l'épistaxis qui prédomine, épistaxis abondante, prolongée, répétée; tantôt ce sont les ménorragies, la congestion menstruelle de la muqueuse utérine intervenant ici comme cause provocatrice. Parfois ces ménorragies sont si longues qu'elles ne laissent de répit à la malade que pendant douze à quinze jours par mois, quelquefois elles sont constantes : la malade est constamment dans le sang. Enfin, dans certains cas, les règles ne présentent rien d'anormal dans leur durée mais sont extrêmement abondantes. Les hémorragies intestinales ont été également observées. Ces hémorragies devront être désormais attentivement étudiées, et il est probable que, d'ici peu, on reconnaîtra qu'un certain nombre d'hémorragies dites essentielles doivent être rattachées à l'ictère acholurique.

Pour faire le *diagnostic* d'ictère acholurique, il faut en effet avoir l'attention attirée sur cette affection, penser à la rechercher. C'est ainsi qu'on évitera bien des erreurs. Lors-

(1) N. Vaschide et H. Piéron. The Prophetic dreams in greek and roman antiquity, *The Monist.*, January 1901, p. 161-195. — N. Vaschide et H. Piéron. La valeur prophétique du rêve d'après la psychologie contemporaine, *Revue des Revues*, 15 juin 1901, p. 630-645. — N. Vaschide et H. Piéron. De la valeur séméiologique du rêve, *Revue scientif.*, 1901, t. I, n° 13, p. 385-399; n° 14, p. 427-430. — N. Vaschide et H. Piéron. Contribution à la séméiologie du rêve, *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 59, p. 569-572. — N. Vaschide et H. Piéron. Le rêve prophétique chez les peuples sauvages, communic. à la Soc. d'anthropol., 7 mars 1901, etc.

(2) Th. de Paris, 1901.

qu'on observe une série d'hémorragies dont la cause n'apparaît pas nettement, il conviendra d'examiner la série des malades et comparativement les urines.

L'*évolution* de ces hémorragies est liée à celles de l'ictère acholurique; cependant, alors que l'ictère acholurique dure indéfiniment, les hémorragies paraissent ou s'arrêter d'elles-mêmes ou s'atténuer considérablement sous l'influence du traitement. Quant à leur *pathogénie*, elle est encore discutée. La théorie mécanique, par stase veineuse du système porte, ne peut s'appliquer à l'ictère acholurique, qui ne s'accompagne d'aucun trouble circulatoire. La théorie des altérations vasculaires et la théorie humorale qui s'y rattache ne peuvent être invoquées ici, puisque l'ictère acholurique n'entraîne ni troubles vasculaires importants ni insuffisance hépatique. La théorie de la congestion hépatique soulève cette objection que, dans la plupart des cas, le foie n'est pas augmenté de volume. Si d'autre part on se rappelle et la cholémie chronique observée chez tous les malades, et la fréquence des hémorragies au cours des maladies des voies biliaires s'accompagnant de cholémie, on ne peut s'empêcher de rattacher à la cholémie cette prédisposition aux hémorragies. D'ailleurs c'est en visant la cholémie que l'on a pu, dans certains cas, obtenir la rétrocession des hémorragies. Cet état paraît donc la cause déterminante des hémorragies, hémorragies dont une cause occasionnelle quelconque, physiologique ou accidentelle, favorise la production.

Le traitement doit viser surtout la cause de l'hémorragie. Il faut soumettre les malades au régime lacté absolu ou mitigé, prescrire certaines cures hydro-minérales (Pougues, Evian, Vichy), l'hydrothérapie tiède : ces médications causales suffiront, dans la plupart des cas, à arrêter ou à faire définitivement disparaître l'hémorragie.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections de sérum gélatiné contre les hémorragies bronchiques.

Les travaux de MM. Dastre, Lancereaux ont depuis longtemps montré l'influence de l'injection intra-veineuse de la gélatine sur la coagulation du sang.

M. le docteur Julien Demange, ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy (1), a eu l'occasion de faire, dans le service de M. le professeur Spillmann, des injections de gélatine chez trois malades atteints de bronchectasies avec hémorragies profuses.

Il a employé un sérum à 5 p. 100, stérilisé, qu'il a injecté, après asepsie, sous la peau du flanc à l'aide de la seringue de Debove.

Les injections répétées tous les deux jours ont été de 50 centimètres cubes.

Dans les 3 observations que cite M. Demange les résultats ont été fort encourageants. Les injections ont été bien supportées et n'ont jamais été suivies d'élévation de température.

La précaution essentielle à prendre est de ne pas injecter en une fois une dose trop considérable de sérum gélatiné.

Il est prudent de tâter la susceptibilité du sujet en commençant par des doses minimes et espacées.

M. Huchard recommande d'injecter une fois seulement par semaine 50 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100.

Pour M. Viller, la quantité qui convient le mieux est de 2 grammes de substance active pour 100 grammes de sérum artificiel, les injections devant être espacées de six à huit jours.

(1) *Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet 1901.

M. Demange a pu injecter des doses plus élevées sans déterminer le moindre malaise.

Il est important de soumettre les malades au repos absolu et de leur prescrire un régime spécial. Il faudra exclure avec soin tous les aliments pouvant fournir des toxines capables d'augmenter la pression sanguine : bouillon, viandes noires et fumées, poissons de mer, coquillages, gibier, condiments, fromages fermentés, alcool, vin, café, thé.

Le lait devra donc être la base de l'alimentation.

On pourra tolérer les œufs, les viandes blanches, les légumes verts cuits, les poissons légers.

Grâce à ces quelques précautions, on se met dans les conditions les plus favorables et on assurera le succès à une médication qui paraît digne d'entrer dans la pratique courante et qui semble appelée à rendre de grands services en thérapeutique.

Traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

M. Frœlich a présenté, il y a quelque temps, à la Société de médecine de Nancy (1), une jeune fille de treize ans qu'il traite depuis un an par la méthode palliative pour une luxation congénitale de la hanche. — Cette jeune fille marche d'une façon parfaite avec à peine une légère boiterie, alors que le raccourcissement initial du membre était de 7 centimètres et qu'il est encore actuellement de 6 centimètres.

Le traitement palliatif qu'emploie M. Frœlich est le suivant :

I. Il fait porter un corset en cuir ou celluloïd moulé sur le bassin, avec béquilles, fourche autour du trochanter et pelote à pression directe sur cet os.

II. Emploi d'une semelle surélevée du côté de la jambe la plus courte.

III. Pendant la nuit les enfants portent un écarte-cuisses destiné à abaisser la tête du fémur et à presser cette tête contre la fosse iliaque.

IV. Un massage est pratiqué tous les jours sur les muscles pelvi-trochantériens inférieurs.

Ce traitement a déjà été appliqué chez cinq jeunes filles de dix à quinze ans et la marche est devenue chez toutes très satisfaisante.

L'indication de ce traitement est limitée aux enfants qui ont dépassé neuf ans, âge extrême pour la réduction non sanglante de la luxation, réduction qui est l'opération de choix, le traitement palliatif n'étant qu'un pis-aller qui laisse les enfants dans l'obligation de porter un appareil pendant des années et ne permet pas de faire sans fatigue des courses un peu longues.

De plus il n'est possible d'appliquer ce traitement palliatif non sanglant que dans les cas où l'adduction est minime. Lorsque cette dernière est très forte, l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique peut être indiquée comme opération préliminaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les manœuvres du service de santé en 1901. — Le 6 août dernier, les médecins convoqués pour les manœuvres se réunissaient à la caserne Bellechasse pour entendre les conférences concernant le service de santé en campagne; là, des vues d'ensemble et personnelles ont été remarquablement traitées par le professeur Delorme, directeur technique des exercices. Après ces conférences prémonitoires, après la visite des docks du service de santé, le départ de la colonne sanitaire s'est effectué, et le 7 au soir, le cantonnement se faisait à Massy. Le lendemain 8, dès le matin, tout étant prêt, l'ambulance divisionnaire et l'ambulance de corps se rendaient sur le plateau de Morangis,

(1) *Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet 1901.

où une division devait se battre. Le théâtre de l'action se déroula à l'ouest de Choisy-le-Roi, à Thiais, où les postes de secours, les relais d'ambulance furent établis. L'ambulance divisionnaire s'installa dans un hangar d'une féculerie à Choisy-le-Roi. Aussitôt après l'arrivée du convoi énorme des blessés simulés, désignés à l'avance, l'ambulance divisionnaire se mit à fonctionner. Tout avait été prévu pour que les pansements, opérations, etc., soient effectués comme dans la réalité; tout fut exécuté consciencieusement comme en temps de guerre. Les appareils d'immobilisation même furent appliqués pour se rapprocher le plus possible de la vérité. L'ambulance fonctionna ainsi toute la soirée et une partie de la nuit.

Le lendemain 9, l'hôpital de campagne venait relever l'ambulance, et celle-ci s'apprêtait à emmener tous ses blessés transportables au camp de Saint-Maur, près de Vincennes, où s'effectua le cantonnement.

Le 10, un exercice des plus intéressants était pratiqué, capital en l'espèce : l'embarquement et le transport des blessés vers la zone de l'arrière.

L'embarquement se fit à la gare de Fontenay-sous-Bois, par chemin de fer, et au canal Saint-Maurice, par eau.

Après quatre jours de manœuvres, où chacun donna du sien, où chacun put comprendre toutes les difficultés que le service de santé peut avoir à surmonter en temps de guerre, le personnel mobilisé se sépara, emportant de ces exercices une impression des plus favorables, après avoir retenu les instructions pratiques dont tout le profit désirable pour l'avenir pouvait être tiré.

La lutte entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical. — Nous recevons la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef,

Il se passe actuellement à Lille des faits de réelle gravité, sur lesquels il importe d'attirer l'attention du monde médical. Ces faits sont d'ordre général et, à ce titre, intéressent tous les praticiens français. C'est pourquoi, faisant appel à votre esprit de solidarité confraternelle, nous venons vous prier de vouloir bien insérer dans votre journal le très impartial exposé suivant :

L'Institut Pasteur de Lille qui, de par ses origines, a le *devoir* de se livrer à des *recherches scientifiques*, mais n'a pas le *droit* de s'occuper *d'applications pratiques*, s'est avisé un beau jour, sans que la moindre découverte justifiât cette prétention, d'ouvrir un dispensaire antituberculeux.

A cause du culte que le public a voué au souvenir de Pasteur, un établissement de ce genre, créé sous un tel patronage, allait, qu'il le méritât ou non, jouir aussitôt d'un crédit extraordinaire.

Une réclame formidable allait s'exercer en faveur de son personnel médical, réclame pour le moins injustifiée, puisque les médecins de ce dispensaire n'auraient d'autre supériorité, sur leurs confrères, que celle fournie par cette réclame même.

Si l'on songe que ce ne devait être là qu'une amorce, qu'il devait se créer, par la suite, sous le même patronage éclatant, autant de dispensaires différents, sans doute, qu'il y a de branches en médecine, on conçoit que le corps médical de Lille se soit ému du danger.

L'Institut Pasteur ne se contentait pas de menacer l'indépendance médicale.

Établissement créé par souscription publique et entretenu à l'aide des deniers des contribuables, en vue de travaux déterminés, il ne craignait pas, en même temps, de faire concurrence aux pharmaciens sur le terrain des analyses.

Il allait plus loin.

Il prêtait ses locaux et sa force motrice à des industriels, lesquels fabriquaient, sous son contrôle, une eau de table. Moyennant quoi il touchait un tiers sur le prix de vente.

Les médecins et les pharmaciens se trouvaient donc en présence d'un ennemi commun. En commun, ils devaient le combattre.

Ne pouvant, pour des raisons d'ordre accidentel, compter sur l'initiative des bureaux de leurs syndicats respectifs, ils se constituèrent en une « Union médico-pharmaceutique de la région du Nord, pour la défense des droits professionnels et de la santé publique ».

En fait, cette « Union » existait depuis près de cinq ans. Une lutte commune avait été menée, en effet, par des médecins et des pharmaciens unis contre la spécialité pharmaceutique. Un cercle médico-pharmaceutique avait même été fondé, lequel existe encore virtuellement.

Par suite des appétits injustifiés et menaçants de l'Institut Pasteur, on résolut d'élargir le cadre de cette « Union » et de lui donner une consécration légale. On élabora des statuts — dans lesquels il est spécifié que l'« Union » s'interdit tout acte commercial — qui furent déposés au commencement d'avril 1901.

C'est dans ces conditions que l' « Union médico-pharmaceutique » vit le jour.

Un professeur de droit, un conseiller de cour d'appel, trois avocats distingués (dont le conseil judiciaire du *Sou médical*), le ministère du Commerce lui-même avaient, au préalable, affirmé la légalité de cette association.

Nous avions donc toute garantie d'avoir agi dans la plénitude de nos droits de citoyens français.

Ainsi en avait jugé aussi, faut-il croire, du moins au début, le parquet de Lille, car, pendant près de deux mois, il garda le silence.

Ce n'est qu'au commencement de juin qu'il nous fit communiquer l'avis suivant :

« Lille, 1er juin 1901.

« Monsieur le commissaire central,

« Monsieur le garde des Sceaux, après avoir pris connaissance des statuts de l' « Union médico-pharmaceutique de la région du Nord », estime qu'il y a lieu d'inviter ce syndicat à se dissoudre, cette association ne pouvant se constituer aux termes de la loi du 21 mars 1884.

« Je vous prie de porter cette décision à la connaissance des membres du bureau de ce syndicat et de les inviter à s'y conformer, s'ils veulent éviter des poursuites par application de l'article 292 du Code pénal.

« LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE. »

D'après le temps écoulé, comme d'après la teneur du document, cet avis émanait de plus haut que le procureur de la République.

Émanait-il réellement du garde des Sceaux?

On ne peut s'empêcher de songer qu'à ce moment précis allait s'ouvrir, devant le Sénat, la discussion de la loi sur les associations et qu'un ministre ne s'expose pas d'habitude, de gaieté de cœur, à affaiblir son autorité, en défaisant la veille ce qui pourra se reconstituer le lendemain.

Mais passons.

Consciente de son droit, l' « Union » refusa de s'incliner devant l'invitation ministérielle. C'est pourquoi les membres de son comité seront traduits devant le tribunal correctionnel.

Et le procureur de la République requerra l'application de l'article 292 du Code pénal, à savoir : 16 à 200 francs d'amende, dépens et casier judiciaire.

La thèse qu'il soutiendra, d'après l'acte d'assignation, c'est qu'il n'y a pas « connexité » entre la médecine et la pharmacie.

Nous ne voulons pas, ici, discuter ce point. Cela nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons, pour l'instant, à faire remarquer que cette thèse est en contradiction formelle avec l'avis motivé des jurisconsultes, et aussi, semble-t-il, avec le bon sens et la logique.

Nous ne venons pas, non plus, implorer aide et secours.

Nous avons agi en connaissance de cause, heureux de pouvoir donner cet exemple du bon droit tout court, tenant tête à la force, selon nous, au service de l'arbitraire.

Nous remplissons un devoir. Nous venons prier la presse médicale d'en remplir un autre.

Elle se doit de ne pas nous laisser écraser en silence.

Certes, si le tribunal nous condamne, il nous restera la ressource de faire appel aux juridictions supérieures. Et nous n'y manquerons pas, car la question vaut d'être tranchée. Il faut qu'on sache définitivement si les médecins et les pharmaciens seront exclus du bénéfice de la loi sur les professions connexes.

Mais la connexité n'est pas la seule question qui importe en cette affaire. Il en est d'autres, de portée plus haute, pour lesquelles une seule juridiction est compétente : le public médical.

Voilà pourquoi nous vous prions, à nouveau, de vouloir bien insérer ces lignes.

Et, confiants en votre esprit de justice et de solidarité, nous vous présentons, monsieur le rédacteur en chef, l'expression de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le groupe médical du bureau de l' « Union » :

Dr A. Coppens, *Président.* Dr Lambin, *Vice-président.* Dr Lefebvre, *Secrétaire général.* »

Faculté de médecine de Paris. — *Clinicat.* — Sont maintenus dans leurs fonctions de chefs de clinique titulaires et adjoints : MM. Labbé, titulaire ; Sainton, adjoint (Beaujon). — Mangin-Bocquet, titulaire ; Fauquez, adjoint (Clinique médicale de la Pitié). — Hulot, titulaire ; Rosenthal, adjoint (Clinique médicale de Saint-Antoine). — Fredet, titulaire (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu). — Wiart, titulaire (Clinique chirurgicale de la Charité). — Gosset, titulaire; Reymond, adjoint (Clinique chirurgicale de la Pitié). — Mignot, titulaire (Clinique des maladies mentales de Sainte-Anne). — Michon, titulaire ; Pasteau, adjoint (Clinique des voies urinaires, de Necker). — Hallé, titulaire; Guillemot, adjoint (Clinique des maladies des enfants, aux Enfants-Malades). — Rudaux, titulaire (Clinique obstétricale de Beaujon).

Sont institués chefs de clinique titulaires et adjoints, à la suite des derniers concours : MM. Gandy, titulaire; Griffon, adjoint (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). — Ménier, adjoint (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu). — Mouchet, titulaire; Petit, adjoint (Clinique chirurgicale de Necker). — Mercier, titulaire (Clinique des maladies mentales de Sainte-Anne). — Milian, titulaire; Bernard, adjoint (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Saint-Louis). — Sicard, titulaire; Riche, adjoint (Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière). — Drault, titulaire; Scrini, adjoint (Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu). — Couvelaire, titulaire; Delestre, adjoint (Clinique obstétricale de Baudelocque). — Perret, titulaire ; Chéron, adjoint (Clinique obstétricale de Tarnier). — Jayle, titulaire; Beaussenat, adjoint (Clinique gynécologique de Broca). — Jouon, titulaire; Grisel, adjoint (Clinique chirurgicale infantile de Trousseau).

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — Le prix Bouisson a été décerné, *ex æquo*, à MM. les docteurs Mallois, Puig-Ameteler et P. Soubeiran.

Le prix de thèse, *ex æquo*, à MM. les docteurs Arrous et Lagriffoul.

— *Bordeaux.* — Un concours pour une place de chef de clinique d'accouchements sera ouvert le lundi 25 novembre 1901, à dix heures et demie du matin.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — M. le docteur Bataille est nommé professeur d'anatomie.

Le diplôme de médecin colonial. — L'Université de Bordeaux avait soumis à l'approbation du ministre la création d'un diplôme de médecin colonial arrêtée dans une délibération du Conseil de cette Université du 12 juillet 1901. Le ministre de l'Instruction publique vient d'approuver cette délibération dans l'arrêté suivant :

« Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu la loi du 10 juillet 1896;

Vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour les conseils des Universités;

Vu la délibération, en date du 21 mai 1901, du conseil de l'Université de Bordeaux;

Après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique,

Arrête;

Est approuvée la délibération susvisée du conseil de l'Université de Bordeaux, instituant un diplôme de médecin colonial de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité.

Georges Leygues. »

En instituant le diplôme de médecin colonial, l'Université de Bordeaux s'est préoccupée aussi de la création d'un diplôme de pharmacien colonial. Cette question est actuellement à l'étude.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Pioger et Saint-Hilaire (d'Asnières) sont nommés officiers de l'Instruction publique.

M. le docteur Thomas (du Raincy) est nommé officier d'Académie.

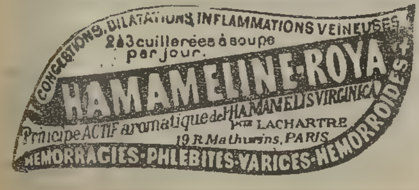
La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à MM. les docteurs Melconian (de Beyrouth) et Dupuy, médecin de la marine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Le Roy de Méricourt, ancien médecin en chef de la marine, membre de l'Académie de médecine.

0.207. — **Pharmacien d'un certain âge**, fort honorable, demande situation dans hôpital libre ou municipal en province. — S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 96. — JEUDI 22 AOUT 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 22 AOUT 1901. — N° 96

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Contribution a l'étude de la ponction lombaire dans les fractures du crane, par M. René Tesson, interne des hôpitaux de Paris. — Le traitement des cancers, d'après M. L. Lambert. — Revue de la Presse. *Médecine :* Du délire dans la gangrène sénile; — Corps étrangers du tube digestif et purée de pomme de terre; — *Chirurgie :* Appendicite chez un enfant de vingt-trois mois; — *Maladies infantiles :* Diagnostic de la scarlatine; — L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants; — *Thérapeutique :* A propos du cacodylate de soude. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PONCTION LOMBAIRE DANS LES FRACTURES DU CRANE

Par M. René Tesson, interne des hôpitaux de Paris.

Tout récemment, dans diverses communications à la Société de biologie (1), à la Société médicale des hôpitaux (2), à la Société de chirurgie (3), MM. Tuffier et Milian ont appelé l'attention sur un nouvel élément de diagnostic des fractures du crâne, la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire. Ils ont rapporté plusieurs cas dans lesquels, les signes cliniques étant insuffisants, la ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorragique, et l'autopsie montra une fracture du crâne. Inversement dans un autre cas, également douteux, le liquide était clair, et le malade guérit.

De ces faits, MM. Tuffier et Milian tirent les conclusions suivantes : 1° la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien « suffit pour faire admettre le diagnostic de fracture du crâne », 2° « la clarté du liquide écarte de suite toute idée de fracture ».

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt pratique de premier ordre qui s'attache à ces recherches? Le chirurgien se trouverait ainsi en possession d'un signe, facilement constatable et d'interprétation immédiate, lui permettant de résoudre, aussi rapidement qu'élégamment, le problème clinique souvent si délicat qu'est le diagnostic des fractures du crâne. C'est assurément là une des plus séduisantes applications de la ponction lombaire, qui compte déjà à son actif de si brillants états de service.

Cependant, il serait peut-être excessif de considérer ce nouveau signe comme absolument pathognomonique des fractures du crâne, et l'observation qui va suivre montre que les deux propositions de MM. Tuffier et Milian ne sauraient être acceptées telles qu'elles sont formulées ci-dessus.

(1) Séance du 25 mai 1901.
(2) Séance du 12 juillet 1901.
(3) Séance du 17 juillet 1901.

Un homme de trente-sept ans, Auguste K..., est amené le 22 juillet, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard. Il est soutenu par deux brancardiers et marche en traînant péniblement les jambes; il a l'air profondément hébété, et ne répond aux questions qui lui sont adressées que par quelques mots dénués de sens. Le seul renseignement qu'on ait sur lui c'est qu'il est tombé d'une échelle, la veille au soir, d'une hauteur de 2 mètres environ. On constate une plaie contuse au niveau de la bosse pariétale gauche, une ecchymose palpébrale du même côté, une contusion du sommet de l'épaule. Dès le lendemain, le blessé devient demi-comateux et reste tel les jours suivants; parfois, cependant, sa torpeur est coupée de courtes périodes d'agitation : il se lève, marche dans la salle. Le cinquième jour, son état paraît s'améliorer; mais le sixième, il retombe dans le coma : sa température, qui s'était maintenue au voisinage de 37 degrés, s'élève à 38°4, 39°2. Il meurt au neuvième jour.

A aucun moment, il ne présenta d'autres symptômes que ces phénomènes cérébraux : ni épistaxis, ni otorragie; l'ecchymose palpébrale, constatée dès son entrée, diminua et ne s'accompagna pas d'ecchymose conjonctivale; par instants, il eut des contractions spasmodiques des muscles de la face, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et on crut même un jour à une paralysie faciale inférieure du côté gauche, mais cette apparence ne dura pas. Le membre supérieur gauche était en état de demi-contracture douloureuse, mais on ne pouvait dire si ce symptôme ne relevait pas des lésions traumatiques que traduisait la forte ecchymose de l'épaule.

Bref, si la contusion cérébrale était manifeste, les éléments faisaient défaut pour affirmer ou nier d'une façon catégorique une fracture du crâne coexistante.

Une ponction lombaire fut pratiquée le 25, au quatrième jour : le liquide céphalo-rachidien était *franchement hémorragique*; il s'écoula par gouttes pressées, on en recueillit quelques centimètres cubes uniformément teintés.

La ponction fut renouvelée le 29, au huitième jour : cette fois, le liquide se montra *absolument clair*.

Cette discordance entre les résultats fournis par la ponction lombaire à quatre jours d'intervalle, en rendait l'interprétation plutôt obscure : car, en s'en tenant aux termes mêmes de leurs communications, si MM. Tuffier et Milian admettent (est-ce *a priori* ou pour l'avoir constaté?) que le liquide céphalo-rachidien peut être teinté tardivement, et par conséquent qu'il ne faut pas se hâter, s'il est clair, de conclure à l'absence de fracture, ils ne disent nulle part ce

qu'il faut penser d'un liquide qui redevient incolore après avoir été rouge.

L'autopsie fut pratiquée à la Morgue par M. le docteur Vibert, qui voulut bien nous permettre d'y assister. Sous la plaie du cuir chevelu existait une très étroite fissure, qui, descendant de la bosse pariétale, atteignait l'écaille temporale, suivait la suture temporo-pariétale, traversait la grande aile du sphénoïde pour finir à la fente sphénoïdale. Cette fissure était remarquable par son étroitesse, par l'absence de tout écartement entre ses lèvres. A son niveau, la dure-mère n'était ni décollée, ni déchirée; la surface cérébrale correspondante était absolument intacte. Il n'y avait, du côté de la fracture, aucune espèce d'hémorragie. Mais du côté opposé, la face externe du lobe sphénoïdal offrait des lésions de contusion destructive assez étendues et un épanchement sanguin en nappe recouvrait presque toute la face externe de l'hémisphère cérébral.

Il ne paraît pas discutable que la coloration hémorragique du liquide céphalo-rachidien, constatée à la première ponction, doive être rapportée à cet épanchement, et par conséquent à la contusion cérébrale indirecte, déterminée par le traumatisme et contemporaine de la fracture; mais on ne peut dire qu'elle soit fonction de cette fracture elle-même. Or, il est des cas où la contusion cérébrale existe sans lésion cranienne; d'autre part, il est rationnel d'admettre que le liquide céphalo-rachidien puisse être coloré par le sang dans des conditions toutes différentes, en dehors de tout traumatisme, par exemple dans l'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire ou méningée. Il serait donc erroné de faire, de ce symptôme, la caractéristique des fractures du crâne.

Notre observation montre de plus, qu'après avoir été franchement hémorragique, le liquide peut redevenir clair. Sans doute, les globules rouges répandus dans les espaces sous-arachnoïdiens disparaissent rapidement par phagocytose, tandis que le caillot originel, subissant déjà des phénomènes d'enkystement, ne permet plus de nouvelles migrations. Quoi qu'il en soit, le fait existe, et il faut en conclure que, suivant le moment où elle est pratiquée, la ponction lombaire est capable de fournir des résultats absolument contradictoires.

En résumé, MM. Tuffier et Milian ont enrichi la séméiologie du liquide céphalo-rachidien d'une donnée nouvelle : c'est l'étude d'observations précises, impartialement relatées comme la nôtre, qui permettra d'en apprécier la valeur.

LE TRAITEMENT DES CANCERS

D'après M. L. Lambert (1).

Toutes les médications ont été préconisées contre le cancer, et il ne se passe guère de semaines sans que l'on n'essaye une nouvelle méthode thérapeutique. On a successivement employé différents médicaments, alcalins, mercuriaux, arsenicaux, sels de chaux, de cuivre, de fer, ciguë, eucalyptus, trèfle rouge, teinture de thuya, huile de foie de morue, etc.; proposé des régimes diététiques, antiphlogistiques, diète aqueuse absolue; fait appel aux traitements locaux : exérèse, fer rouge, caustiques, galvanisation, section des nerfs et ligature des artères, émissions sanguines locales, etc., etc. Tous ces traitements peuvent être divisés en *traitements symptomatiques* et *traitements palliatifs actifs*, le traitement curateur étant, inutile de le dire, encore absolument inconnu.

(1) Th. de Paris, 1901.

Une des indications symptomatiques les plus pressantes est de combattre les *hémorragies* qui affaiblissent le cancéreux, augmentent la cachexie et hâtent le dénouement fatal. Dans les cancers utérins, on a employé les lavages avec l'eau de Pagliari à la dose de 5 à 6 cuillerées à soupe par litre d'eau bouillie, avec de l'eau chaude, de l'eau froide, vinaigrée, additionnée de teinture de benjoin. On a appliqué sur les bourgeons saignants une solution d'antipyrine à 50 p. 100, de l'ergotine, de la teinture de benjoin, de matico, de perchlorure de fer à 1/30 [Gallard (1)], on a administré à l'intérieur de la teinture d'hydrastis canadensis, de l'ergotine qui, par leurs propriétés vaso-constrictives, passent pour modérer les hémorragies.

Contre les *douleurs* qui débilitent le malade en le privant de tout sommeil, on a utilisé la ciguë, l'aconit, la belladone, la douce-amère, le chloral, l'antipyrine, l'exalgine. Ces différents médicaments ne peuvent lutter avec l'opium et ses alcaloïdes. La morphine, en injections hypodermiques, donne d'excellents résultats, d'autant qu'on n'a pas à redouter l'accoutumance et qu'on peut en user largement. Dans les quelques cas où la morphine est impuissante, il suffit de l'associer à un traitement plus actif, souvent insuffisant par lui-même contre l'élément douleur, pour lui voir aussitôt reprendre toute sa valeur. On a vanté aussi la résorcine en solution concentrée, en applications locales, l'extrait de cannabis indica.

La *diminution des suintements fétides* des ulcérations a été recherchée surtout par les lavages. Pour ces lavages, on a eu recours à tous les liquides antiseptiques ou désodorisants, au sublimé à 1 p. 1000, au chloral à 1 p. 100, au permanganate à 1 p. 100, aux solutions de sulfate de cuivre ou de fer, au chlorure de chaux (de 2 à 8 p. 100), à la liqueur de Labarraque (une grande cuillerée par litre d'eau), au naphtol camphré, à la teinture de benjoin (deux cuillerées par litre), au coaltar saponiné. Comme onguent, on s'est servi d'un mélange à parties égales d'ichthyol et de glycérine, de térébène dissous dans son poids d'huile. Toutes les poudres absorbantes et antiseptiques (iodoforme, salol, aristol, résorcine, salicylate de bismuth, tanin, talc, carbonate de magnésie) sont restées impuissantes.

Enfin on a tenté de relever l'*état général*, de lutter contre la cachexie par l'hygiène, le grand air, une alimentation substantielle et facilement assimilable. Les amers, les aliments d'épargne, certaines plantes telles que le kalagua et le condurango, certains médicaments tels que la quinine et l'arsenic forment la base de ce traitement général.

Quant aux *traitements palliatifs actifs*, on peut les diviser en trois grandes classes : 1° applications et injections interstitielles modificatrices; 2° applications et injections interstitielles caustiques; 3° les sérothérapies. Cette classification laisse volontairement de côté l'*exérèse*, qui doit être précoce et complète, et l'*électricité*, peu pratique et de résultats incertains.

Au nombre des *agents modificateurs*, il faut d'abord citer les injections de sublimé, de chlorure d'or, de naphtol camphré, d'acide lactique ou acétique. Hause (de Nordhawen), a, dès 1873, proposé les injections d'alcool absolu. Ces injections peuvent se faire soit autour de la tumeur, et alors elles agissent comme le chlorure de zinc dans la méthode

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1864.

sclérogène de Lannelongue, soit dans la tumeur elle-même : elles sont douloureuses, mais les résultats seraient satisfaisants. Schultze ajoute, dans les cancers utérins, des bains locaux d'alcool absolu. Bernhardt (de Munich) préfère les injections de solutions alcooliques d'acide salicylique à 1/10. Elles sont douloureuses, provoquent une légère élévation de température, mais diminuent les douleurs, les hémorragies, les écoulements et améliorent l'état général. Auvard préconise les injections de créosote. Il dépose au niveau de chaque piqûre, à 2 ou 3 millimètres de profondeur, un quart de seringue de Pravaz d'une solution composée de parties égales de créosote, d'alcool et de glycérine. Moreau emploie en injections et en applications locales un mélange qu'il désigne sous le nom d'ammoniol. Le chlorate de potasse, recommandé dès 1847 par Tedeschi contre les ulcères cancéreux, peut s'ordonner à l'extérieur, en poudre ou en solution, et à l'intérieur jusqu'à 5 grammes. Son action est très discutée. Devergie et Bergeron ne lui reconnaissent aucune valeur curative, et il semble donner seulement des résultats dans les cancroïdes peu étendus de la peau à leur début, lorsqu'ils ont une marche lente. Le chlorate de soude s'emploie comme le précédent. Brissaud lui attribue un si grand pouvoir palliatif que les soulagements obtenus peuvent passer pour de véritables guérisons. On n'aurait guère de succès que dans les formes épithéliomateuses, les formes interstitielles, sarcomateuses, ne paraissant que peu ou pas influencées. Le chlorate de magnésie a été utilisé dans les mêmes conditions. Le carbure de calcium doit la renommée dont il jouit dans le traitement des cancers utérins aux travaux de M. Guinard. Pour obtenir les meilleurs résultats, on lave la vulve puis le vagin avec du sublimé à 1/1000, on assèche soigneusement, puis, plaçant le spéculum, on place de petits morceaux de carbure avec une pince au niveau du cancer. On en introduit ainsi un certain nombre. Ils produisent, au contact des bourgeons, comme un bruit de friture. L'hémorragie s'arrête instantanément et l'on bourre alors le vagin de gaze iodoformée. A la suite du pansement, les malades ressentent une légère sensation de brûlure, qui disparaît au bout de deux heures, en même temps que les douleurs s'atténuent. Le pansement est retiré au bout de trois ou quatre jours, on fait un abondant lavage antiseptique et l'on détache, avec un stylet mousse, les débris qui peuvent rester adhérents. On recommence les séances tous les quatre jours pendant un mois, puis on les espace. Les pansements de tous les autres cancers se font d'une façon analogue. Les accidents de la méthode ont été, jusqu'ici, insignifiants. Le carbure de calcium atténue l'odeur des pertes, calme les hémorragies, modère d'habitude les douleurs : il semble même posséder une certaine action curative.

Les couleurs d'aniline sont utilisées dans le traitement du cancer depuis von Mosetig-Moorhof (1891). Après avoir enlevé à la cuiller trachante les fongosités et bien nettoyé la plaie, on anesthésie à la cocaïne la surface cancéreuse, puis on applique dessus une solution glycéro-alcoolique de bleu de méthylène. Des injections sont faites quotidiennement dans la tumeur, pendant des semaines, si cela est nécessaire. Moorhof complète l'effet des injections par l'administration, à l'intérieur, de 50 à 60 centigrammes de bleu de méthylène. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et les hémorragies disparaissent, l'odeur fétide des écoulements diminue, la tumeur s'élimine par petits fragments. En somme, l'effet produit est une nécrobiose qui respecte les tissus sains et ne s'attaque qu'aux éléments cancéreux. Les bons résultats de cette méthode sont d'ailleurs discutés par Le Dentu, Richelot, Reclus, Bazin, Quénu, Billroth.

Le traitement du cancer par la quinine est le plus récent. Jaboulay attribuant au cancer une origine parasitaire, emploie le bromhydrate et le chlorhydrate en injections hypodermiques ou intra-musculaires (jamais dans la tumeur). Cette méthode thérapeutique est très différemment supportée suivant les cas : quoi qu'il en soit, pour produire de véritables résultats, elle doit être précoce et longtemps continuée pour éviter les rechutes, et, d'après son auteur, on ne devrait jamais opérer sans avoir administré longtemps auparavant de la quinine au malade.

Parmi les *caustiques*, il faut rappeler la chélidoine et le phytolacca decandra qui ont joui d'une certaine vogue et sont encore employés aujourd'hui par quelques auteurs. La chélidoine s'administre sous forme d'extrait fluide ou d'application locale; le phytolacca decandra aurait, pour Goodman, une action destructive élective sur les tissus épithéliomateux, dont on obtiendrait la fonte et l'élimination tout en stimulant le processus de cicatrisation.

Tous les caustiques chimiques ont été employés : acide nitrique, osmique, phosphorique, nitrate d'argent, pâte de benjoin, etc.; la formaline a été employée par Boyer et Daniel; le phosphore, par Nepveu sous forme d'huile phosphorée en injections interstitielles dans le tissu néoplasique. Cette substance provoquerait la nécrose et l'élimination des portions du cancer touchées, mais sa grande toxicité ne permet pas de l'injecter aux doses nécessaires, de crainte d'une absorption trop considérable.

L'arsenic a été employé pour les premières fois par Fuchs en 1594 et Lefébure de Saint-Ildefond (1775). Le nombre des poudres escarotiques du vieux Codex dans la composition desquelles il entre (poudres du frère Côme, d'Antoine Dubois, de Dupuytren, de Cazenave, de Plumkett, de Justomond, etc.), montre quelle place il occupe dans la thérapeutique de nos pères. La poudre du frère Côme, modifiée par Manec, aurait donné en applications externes d'excellents résultats, mais les dangers d'intoxication qu'elle fait courir aux malades ont dû faire abandonner son emploi. Depuis, on a eu recours à l'arséniate de soude et à l'arsénite de potasse à l'intérieur ou en injections interstitielles dans la tumeur. En 1894, Lanar rapporte la disparition d'un mélanome par la liqueur de Fowler; Santer guérit un sarcome par l'administration prolongée d'acide arsénieux en pilules. Hue (de Rouen) consacre, l'année suivante, une leçon à l'étude des caustiques arsenicaux dans le traitement des cancers. En 1896, Czerny et Trunececk (de Prague), après avoir essayé une solution aqueuse, puis glycérinée, d'acide arsénieux, s'arrêtent à une solution hydro-alcoolique qu'ils laissent agir à l'air libre. Voici comment ces auteurs procèdent. Une asepsie soigneuse est de rigueur. On avive la plaie légèrement, puis, avec un tampon d'ouate, on la badigeonne avec la solution suivante :

Acide arsénieux		1 gramme
Alcool éthylique	} *ââ*	75 —
Eau distillée	}	

On laisse sécher à l'air, en activant l'évaporation avec la soufflerie de Richardson, et l'on évite l'écoulement du liquide sur la peau saine. Cette opération est répétée deux ou trois fois dans la même séance, après quoi on fait un pansement protecteur. La douleur est variable selon les su-

jets; elle est en général tolérable. Le lendemain, on soulève avec une pince l'escare mince qui s'est formée. Le jour suivant, sous l'influence du traitement, l'escare s'épaissit : on augmente alors le titre de la solution. Le tissu néoplasique finit par se détruire complètement. L'important est de ne pas interrompre le traitement trop tôt, de ne pas le continuer trop longtemps et de surveiller l'intoxication possible. Il se produit souvent, à la suite des applications, de l'œdème périphérique, de la rougeur diffuse ou même du gonflement. Il ne faut pas trop s'en effrayer et n'interrompre le traitement qu'à bon escient. Cette méthode est-elle vraiment curative? il semble bien que non, et sous la peau reformée lors de la cicatrisation, il reste souvent des bourgeons épithéliomateux qui ne tarderont pas à récidiver.

Lannelongue a tenté d'appliquer au cancer la méthode qu'il avait essayée contre les tumeurs blanches, la méthode sclérogène. Cette méthode, fondée comme on sait sur les propriétés irritantes, sclérosantes du chlorure de zinc, présente cet inconvénient de ne s'appliquer qu'aux tumeurs superficielles et de pouvoir déterminer des lésions irritatives plus ou moins loin de la zone cancéreuse.

La théorie parasitaire du cancer a orienté récemment les esprits du côté de la *sérothérapie*.

Il y a longtemps déjà, on avait remarqué que certaines maladies infectieuses, comme l'érysipèle, peuvent guérir radicalement ou du moins modifier heureusement un cancer en évolution, et l'on s'était efforcé de faire passer cette découverte dans la pratique en faisant contracter la maladie aux cancéreux. Cette méthode comportant des dangers immédiats, on chercha à conserver ses avantages sans en avoir les inconvénients, à traiter les cancéreux par des injections de cultures filtrées de streptocoque. Cette technique, préconisée par Lauser, est bientôt modifiée par Coley qui exalte la virulence du streptocoque en l'associant au prodigiosus et se sert, pour les injections, de toxines mixtes stérilisées. Ces injections semblent déterminer des modifications favorables seulement dans les sarcomes à cellules fusiformes; au reste leur valeur thérapeutique est encore mal connue. En 1895, Emmerich et Scholl obtiennent quelques améliorations en injectant du sérum de mouton inoculé au moyen de cultures pures de streptocoques.

MM. Richet et Héricourt injectent à certains animaux (chevaux, ânes, chiens) le produit du broiement, de l'expression d'une tumeur fraîchement enlevée. Le sérum des animaux ainsi traités est inoculé prudemment, à toutes petites doses, aux cancéreux. Deux malades ont été ainsi soignés et améliorés; il est vrai que, pour les deux, le diagnostic de cancer était des plus discutables. Depuis, un nombre imposant d'observations semble montrer que le sérum de MM. Richet et Héricourt exerce une action locale et générale des plus favorables, mais qu'il ne saurait prétendre à assurer la guérison radicale. Les expériences récentes de MM. Arloing et Courmont tendent, d'ailleurs, à établir que les injections de sérum d'animal non inoculé déterminent les mêmes résultats que les injections de sérum préparé par la méthode de MM. Richet et Héricourt.

La nectrina ditissima, ou plutôt la nectrianine, expérimentée par MM. Bra et Mongour, n'a donné que des résultats peu encourageants : les injections n'ont jamais arrêté l'évolution du néoplasme; elles n'ont même pas modifié l'engorgement ganglionnaire, ni troublé en rien l'évolution cancéreuse; leur suppression a toujours coïncidé avec une évolution suraiguë du processus. Elles sont très douloureuses. Toutes raisons pour en rejeter définitivement l'emploi. La cancroïne d'Adamkievicz est passible de la plupart des mêmes critiques. Enfin, le sérum de Wlaëff a donné quelques résultats, mais peu durables. Il détermine des modifications locales importantes, améliore l'état général, mais ne produit pas la guérison. En somme, de toutes les méthodes thérapeutiques actuellement connues, l'exérèse est assurément celle qui offre les plus sérieuses garanties, à condition d'être précoce et complète. Les traitements médicaux seront réservés pour les malades qui se refusent énergiquement à toute intervention, et aussi à ceux que l'on ne peut opérer.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Du délire dans la gangrène sénile. — M. Paul Fabre (de Commentry) a eu l'occasion d'observer récemment deux cas de gangrène sénile compliqués de délire.

Cette complication rare semble avoir été un peu négligée jusqu'ici par les auteurs, aussi les réflexions que les deux observations de M. Fabre lui ont suggérées sont-elles intéressantes à rapporter :

« Voici donc, dit-il, deux cas de gangrène qui ont été accompagnés de délire : dans l'un, ce fut un délire mélancolique, lypémaniaque; dans l'autre, il y a eu un délire aigu avec agitation et hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Mais ni chez l'un ni chez l'autre le délire n'a persisté; ni l'un ni l'autre n'étaient alcooliques.

Dans les deux cas que le professeur Lépine a cités devant la Société de médecine de Lyon, séance du 17 décembre dernier (voir le *Lyon médical* du 6 janvier 1901), il s'agit aussi de deux vieillards, l'un de soixante-cinq ans, légèrement alcoolique, et qui eut un violent délire après la chute totale des orteils; l'autre également un peu alcoolique et qui a les allures d'un dément, n'a pas eu de chute d'orteils, mais il s'est mis à délirer brusquement, d'un délire d'abord bruyant, puis tranquille.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Lépine, le docteur Vincent a dit avoir observé, chez un malade âgé de soixante-dix-sept ans et atteint de gangrène sénile, du délire mélancolique avec idées de suicide.

Sans vouloir essayer de préciser la pathogénie du délire dans la gangrène sénile et dans la gangrène des extrémités, je crois qu'il faut admettre que ce délire est d'origine différente suivant les cas.

Il peut provenir soit de troubles de la circulation cérébrale dus à de l'artério-sclérose, soit de troubles de nature septicémique (par résorption des produits du sphacèle), soit encore de l'épuisement nerveux dû à l'excès de la douleur.

Chose curieuse, chez mes deux malades le délire a duré environ trois semaines, au bout desquelles il y a eu du calme, sinon de l'amélioration. » (Une brochure, Steinheil, Paris 1901.) L. G.

Corps étrangers du tube digestif et purée de pommes de terre. — Le docteur Derby (de Nicosie, Chypre) rapporte les deux très curieuses observations que voici :

« Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, depuis un mois affectée de mélancolie. Le 18 juin, vers le soir, elle saisit la clef de sa porte et l'avala. L'on m'invita sur-le-champ pour examiner la malade. Par le moyen de la palpation, il m'a été impossible de rien découvrir. La malade avait envie de vomir et sentait des douleurs persistantes à l'apophyse xyphoïde. Nous lui recom-

mandâmes un régime de pommes de terre en purée, de la mie de pain en abondance, une tranquillité absolue et des massages du ventre chaque jour.

Cet état dura sept jours sans dérangement, si ce n'est quelques petits malaises toujours vers l'apophyse xyphoïde.

Le septième jour, par suite d'une constipation, j'ordonnai un purgatif d'huile de ricin qui expulsa la clef sans le moindre effort.

Dimensions de la clef : longueur, 9 centimètres; circonférence de la tête, 5 centimètres; queue, 3 centimètres; circonférence du tronc, 2 centimètres; poids : 25 grammes.

— Le 1er juin, un charpentier de dix-huit ans, occupé à fixer un rideau, avala par distraction un clou pointu d'environ 4 centimètres de longueur et de 1 centimètre de circonférence.

Soumis au régime de pommes de terre en purée, pendant deux jours, un purgatif d'huile de ricin, ordonné le troisième jour par suite d'une constipation, il expulsa spontanément le clou sans effort, sans peine. » (*Bulletin médical*, 14 août 1901.) L. G.

CHIRURGIE

Appendicite chez un enfant de vingt-trois mois. — Le diagnostic de l'appendicite chez l'enfant n'est pas toujours des plus aisés. Le cas personnel de M. Newton en est un exemple. L'enfant dont il s'agit ne présentait, à un premier examen, que des troubles intestinaux avec diarrhée et quelques vomissements; la température était normale. Au bout de trois jours les symptômes intestinaux diminuèrent d'intensité; pourtant les selles conservaient leur coloration verte et une odeur fétide. La température atteignait 38°4. A la percussion, le ventre présentait un certain degré de tympanisme. Les cris poussés par le petit malade semblaient plus intenses quand on palpait la région appendiculaire; d'autre part, la flexion des cuisses sur l'abdomen paraissait le soulager. Sous le chloroforme les présomptions devinrent une certitude et il fut possible à ce moment de délimiter nettement une tuméfaction dans la fosse iliaque. Une incision fut pratiquée et le bistouri ouvrit une cavité remplie de pus fétide. La plaie fut bourrée de gaze; aucune tentative ne parut devoir être faite pour rechercher l'appendice. (*Journ. of the Americ. med. Assoc.*, mai 1901.) A. H.

MALADIES INFANTILES

Diagnostic de la scarlatine. — M. Variot résume d'une façon extrêmement claire le tableau clinique de la scarlatine.

Fièvre, angine, érythème, telle est la triade symptomatique qui, apparaissant au complet, en vingt-quatre ou trente-six heures, doit fixer le praticien.

Il serait imprudent d'essayer de baser le diagnostic sur l'angine seule, au moment de son apparition.

« L'angine de la scarlatine, dit-il, surtout au début, est polymorphe dans ses manifestations, on ne peut pas dire qu'elle ait des caractères bien typiques qui lui appartiennent en propre, elle ne prendra sa vraie signification pour le clinicien que par sa coïncidence avec l'érythème qui surviendra après vingt-quatre ou trente-six heures en général. L'incertitude ne sera donc pas de longue durée dans la majorité des cas. »

M. Variot donne ensuite un tableau très complet de l'exanthème :

« Au point de vue pratique, l'exanthème reste le sceau de la maladie; il faudra donc s'attacher à en découvrir les premières manifestations, à préciser ses caractères typiques, sa topographie, etc.

C'est d'ordinaire aux aines, sur la paroi abdominale et le haut des cuisses, sur les côtés du thorax et aux aisselles qu'on aperçoit la première efflorescence de l'érythème scarlatineux. Avec une bonne lumière solaire, il faut peu compter sur la lumière artificielle pour l'examen du début, on voit que la peau dans ces régions offre une teinte rosée diffuse qu'elle n'a pas encore dans les autres parties des téguments.

Dès lors, si l'on applique la main sur la peau, les doigts écartés, on marque des empreintes distinctes blanches qui se détachent momentanément sur le fond rosé. Douze ou quinze heures plus tard l'érythème est bien plus marqué, plus étendu et plus confluent, il recouvre presque toute la surface du tronc et des membres, il envahit même le visage mais secondairement, tandis que dans la rougeole l'éruption faciale se montre la première.

A ce moment, l'exanthème est vraiment caractéristique : il est constitué par un semis, un pointillé rouge assez serré dont la fusion à distance donne à la rétine une apparence de rougeur diffuse; en examinant à la loupe ce pointillé, on voit qu'il se compose de très légères élevures de la peau qui ne sont pas toujours perceptibles au toucher; dans l'intervalle des pointillés la peau est d'un rose moins foncé.

La diffusion de l'érythème scarlatin sur de vastes surfaces sans qu'il y ait à proprement parler de peau saine entre les éléments éruptifs, permet de distinguer à première vue la scarlatine de la rougeole; mais il existe des érythèmes scarlatiniformes dont le diagnostic différentiel est plus délicat.

Les érythèmes produits par l'action de certains medicaments offrent parfois de grandes analogies avec l'éruption de la scarlatine. Le chloral, l'antipyrine peuvent être en cause et l'on ne manquera pas de demander à la famille si le petit malade a pris des médicaments. L'iodoforme employé fréquemment dans la chirurgie infantile détermine des érythèmes très étendus, éloignés du pansement; il est d'autant plus important de reconnaître la nature de ces érythèmes que les opérés ont une assez grande tendance à contracter la scarlatine, au point que l'on a décrit une scarlatine chirurgicale. On admet maintenant que cette prédisposition des opérés à la scarlatine est plutôt due au choc opératoire, à la dépression consécutive, qu'à la pénétration des germes par la plaie. Les aliments gâtés et surtout le poisson de mer avarié produisent des éruptions polymorphes en général, mais qui prennent aussi le type scarlatiniforme. Il en est de même du lait concentré ou de certaines mixtures malsaines pour les nourrissons : les éruptions sudorales ont quelquefois une grande intensité et l'adjonction des vésicules miliaires n'est pas de nature à éclaircir le diagnostic.

Mais le clinicien ne se laissera pas égarer par tous ces érythèmes plus ou moins scarlatiniformes, s'il n'oublie pas que l'éruption de la scarlatine n'a toute sa valeur que *lorsqu'elle coexiste avec l'angine et avec la fièvre.* Un érythème scarlatiniforme apyrétique et sans angine, quelles que puissent être ses analogies avec celui de la scarlatine, sera tout au moins considéré comme douteux et les commémoratifs de l'enfant seront soigneusement recherchés et pesés.

Le diagnostic différentiel présente parfois de très grandes difficultés lorsqu'on est en présence des érythèmes scarlatiniformes survenant chez des enfants qui ont reçu des injections d'un sérum albuminoïde et surtout de sérum antitoxique contre la diphtérie.

L'érythème très confluent et très généralisé survenant cinq à dix jours après l'éruption est très semblable à celui de la scarlatine : la température s'élève à 38 degrés, 39 degrés et plus au moment de son apparition, les urines peuvent être albumineuses, enfin, il existe généralement des reliquats de l'angine diphtérique et il est impossible d'affirmer si le processus angineux est tout à fait récent ou ancien.

Enfin, malgré les précautions prises pour l'isolement, on ne peut pas prévenir de temps à autre la pénétration des scarlatineux porteurs d'angines membraneuses dans les pa-

villons de diphtériques, et par suite empêcher la contagion de la scarlatine de se propager.

Dans le doute, il est toujours préférable d'isoler les enfants diphtériques qui offrent des éruptions sériques très semblables à celle de la scarlatine.

Je dois ajouter que les érythèmes scarlatiniformes typiques ne sont pas les plus communs après les injections de sérum; que les éruptions de ce genre sont habituellement polymorphes, avec des éléments urticants qui marquent le début que la localisation de l'érythème sérique au pourtour des articulations est prédominante; mais dans les milieux hospitaliers surtout, il nous arrive parfois de rester dans l'embarras et de ne pouvoir décider qu'à grand'peine si nous sommes en présence d'une fièvre scarlatine ou d'une éruption imputable au sérum. » F. R.

L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants. [MM. Ausset et Dorion (de Lille).] — L'amygdalite pharyngée, disent les auteurs, est susceptible de s'enflammer en dehors de toute hypertrophie préalable. Il se passe pour elle ce que l'on observe exactement pour l'amygdalite palatine dont on constate l'inflammation, sans qu'il soit besoin qu'elle soit grosse antérieurement. On a affaire, dans ces cas, à de l'amygdalite pharyngée aiguë, qu'il ne faut pas confondre avec l'adénoïdite, appellation qu'on devra réserver aux cas bien connus où s'infecte l'amygdale pharyngée déjà grosse, transformée en ce que l'on appelle les végétations adénoïdes.

Dans toute maladie pouvant se compliquer d'amygdalite pharyngée telle que les angines, le coryza, la rougeole, la scarlatine, etc., on devra désinfecter minutieusement le nez, la bouche et le cavum. Outre les irrigations buccales à la liqueur de Labarraque à 25 p. 1000, on fera dans les fosses nasales des applications de pommade mentholée ou résorcinée, à titre de moyen préventif :

Résorcine	0g50
Vaseline	20 grammes.
Menthol	0g25
Vaseline	50 grammes.

Si, malgré toutes les précautions, l'amygdale pharyngée s'infecte, l'antisepsie du cavum sera parfaitement réalisée par les instillations d'huile mentholée à 1 p. 100. A l'aide de la petite seringue de Marfan, on injectera trois fois par jour, dans chaque narine, l'enfant étant dans le décubitus dorsal, la valeur d'une cuillerée à café d'huile mentholée. On aura le soin, l'injection faite, de laisser l'enfant couché quelques secondes pour permettre à tout le liquide antiseptique de bien descendre dans la gorge. Cette pratique suffit toujours à guérir les enfants, et il n'est pas besoin de s'adresser aux irrigations nasales à la seringue ou au siphon de Weber, toujours dangereuses si elles ne sont pas très bien faites, ou aux badigeonnages buccaux, pénibles pour l'enfant, et d'une efficacité aléatoire. (*Écho méd. du Nord*, 4 août 1901.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du cacodylate de soude. — M. Ranglaret (de Moulins), publiant les résultats que lui a donnés dans sa pratique le cacodylate de soude, termine ainsi :

« Le cacodylate de soude constitue un médicament inoffensif à la condition qu'il soit administré par la voie hypodermique.

Chez l'adulte il a donné de bons résultats dans la tuberculose; il constitue un adjuvat précieux pour obtenir l'augmentation de poids si désirable dans la cure de cette affection. Il est en outre indiqué dans toutes les anémies primitives ou secondaires, en raison de son action particulière sur les globules rouges.

Dans toutes les maladies chroniques débilitantes on pourra tenter la médication cacodylique avec des chances de succès. Il n'est pas jusqu'au cancer qui ne puisse bénéficier de cette médication.

Chez l'enfant, le cacodylate de soude est aussi bien supporté; il peut donner de bons résultats dans la scrofule, le lymphatisme et même la chorée.

En somme, si ce n'est pas un médicament de premier ordre, capable de révolutionner la thérapeutique, c'est un bon médicament dont il importe que le praticien connaisse les propriétés, l'usage et les indications. » (*Centre médical*, 1er juin 1901.) F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Laboratoires de la Faculté.* — Sont nommés préparateurs titulaires et préparateurs adjoints :

Travaux pratiques de chimie : MM. Hébert, préparateur; Moog, Arronssohn, Pouret, Perret, adjoints. — Travaux pratiques de physique : MM. Sandoz, préparateur, Carvallo, adjoint; — Travaux pratiques [illegible] : MM. Neveu-Lemaire, préparateur; Brumpt, Jumentié, adjoints, — Travaux pratiques d'histologie : MM. Benoit, Thérèse, Vincent, Maugery, Morin, Mulon, Weber, préparateurs; Bellan, Jaworowski, Vigier, Saint-Hilaire, Pissot, Viollet, adjoints. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Critzman, préparateur; Potier, Sergent, moniteurs. — Travaux pratiques de physiologie : MM. Camus (Jean), préparateur; Weill, adjoint.

Laboratoires de recherches et d'enseignement (anatomie pathologique) : MM. Marie (René), Griffon, préparateurs. — (Pathologie et thérapeutique générales) : M. Claude, préparateur. — (Histologie) : M. Loisel, préparateur. — (Pathologie expérimentale et comparée) : MM. Guerbet, préparateur; Segall, moniteur. — (Pharmacologie) : M. Joanin, préparateur. — (Anatomie) : M. Heitz-Boyer, préparateur.

Laboratoire des cliniques (Clinique médicale, Hôtel-Dieu) : MM. Bonnier (laryngologie); Lacaille (électrothérapie); Journeault (anatomie pathologique); Dehu (dermatologie), aides-préparateurs. — (Clinique des maladies des enfants) : MM. Auclair, préparateur; Tissier, moniteur.

Cours et conférences (accouchements) : M. Dubrisay, préparateur. — (Pathologie externe) : M. Guillot, préparateur. — (Pathologie interne) : MM. Romme, Meige, préparateurs. — (Hygiène) : M. Laffitte, préparateur. — (Médecine légale) : M. Brouardel (G.), préparateur. — (Physique) : M. Turchini, préparateur. — (Chimie) : MM. Mouneyrat, Goupil, préparateurs. — (Médecine opératoire) : M. Banzet, préparateur.

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Mourniac, Duverger, Dupic et Glouineau, internes titulaires; et de MM. Clappier, Larue et Landaud, internes suppléants.

— *Marseille.* — M. le docteur L. François est nommé médecin des hôpitaux.

Marine. — M. le médecin principal Piton, médecin-major du 1er dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg, est désigné pour remplacer au 2e dépôt, à Brest, M. le médecin principal Brémaud, qui terminera, le 1er septembre prochain, deux années réglementaires de présence dans ce poste.

M. le médecin principal Alix (P.-M.), du port de Toulon, est désigné pour servir au 1er dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Piton, appelé à servir à Brest.

M. Carmouze, médecin de première classe du port de Lorient, est désigné pour remplacer au 1er régiment d'infanterie coloniale, à Cherbourg, M. le médecin principal Mercier, qui doit embarquer sur le *Bouvines* le 1er septembre prochain.

M. Gouzien, médecin de première classe, du port de Brest, est désigné pour remplacer au 21e d'infanterie coloniale M. le médecin principal Keisser, qui vient d'obtenir un congé de convalescence.

M. le médecin de première classe Legendre, du port de Brest, est désigné pour servir au 2e d'infanterie coloniale à Brest, en remplacement de M. le médecin principal Kermorvant, qui a terminé ses deux années de présence dans ce poste sédentaire.

École du service de santé de la marine. — Le nombre des élèves à admettre à l'École principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, en 1901, a été fixé à 43 pour la ligne médicale, dont 28 pour l'armée coloniale et 15 pour le service de la marine; et à 6 pour la ligne pharmaceutique, dont 2 pour l'armée coloniale et 4 pour le service de la marine; ce qui portera à 231 le nombre des élèves qui seront présents à la rentrée le 1er novembre.

Les locaux de l'École ne pouvant recevoir que 184 élèves, le régime de l'externat avec indemnité sera accordé : 1° aux 37 élèves de première division, qui doivent soutenir leur thèse de doctorat dans les derniers jours de 1901 ou les premiers jours de 1902; aux dix élèves de deuxième division qui en seront jugés les plus dignes.

Distinctions honorifiques. — M. Graux (de Paris) est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. Pamard (de Noisy-le-Grand) et Martin (de Saint-Étienne-les-Orgues) sont nommés officiers d'Académie.

Une médaille d'honneur en argent vient d'être décernée à Mme Campenet, religieuse, attachée aux salles militaires de l'hospice mixte d'Auxonne, pour le dévouement dont elle a fait preuve au cours de diverses épidémies.

Statistique de la population française. — M. Bertillon a publié récemment dans le *Temps* quelques renseignements qui ne peuvent qu'intéresser les médecins.

Les résultats du dernier recensement, très brillants pour tous les grands pays étrangers, sont pour la France plus mauvais encore qu'on ne pouvait le craindre.

Le nombre des individus présents le 24 mars 1901 s'est élevé en France à un peu moins de 38 600 000 (à 3 ou 4000 près). Elle a diminué dans tous les départements, excepté ceux qui contiennent de grandes villes.

Dans la France, moins la Seine, on a compté un peu moins de 35 millions d'habitants.

Le recensement en 1896 accusait 34 961 004; donc augmentation tout à fait insignifiante de moins de 39 000 habitants. Il est vrai que le département de la Seine doit à l'Exposition universelle (car même chose s'était vue après 1878 et après 1889) de s'être accru de 292 000 habitants. Il en résulte, tout compte fait, que la population qui réside en France a augmenté d'environ 330 000 habitants, encore cet accroissement misérable est-il dû, très probablement, à une nouvelle immigration étrangère.

Pendant ces cinq mêmes années, l'Allemagne gagnait 4 065 113 habitants, soit une population égale à celle que possèdent ensemble le royaume de Wurtemberg et le grand-duché de Bade, ou, si l'on préfère une autre comparaison, une population égale à celle que possèdent ensemble les onze beaux départements de Champagne, de Bourgogne et de Franche-Comté. Telle est la population dont, *en cinq ans*, l'Allemagne s'est augmentée, pacifiquement et légitimement.

On en peut dire autant, d'ailleurs, de tous les grands pays de l'Europe (la France exceptée). Jamais leur population n'a grandi comme elle le fait à notre époque.

Il est intéressant de voir quel a été le développement de la population dans les principaux pays de l'Europe pendant le dernier demi-siècle :

	Vers 1850.	En 1900.	Augmentation.
France (territoire actuel)....	35 260 000	38 600 000	3 340 000
Iles Britanniques..........	27 369 000	41 484 219	14 115 000
Allemagne (territoire actuel).	35 397 000	56 345 014	20 948 000
Autriche-Hongrie (ter. act)..	30 727 000	45 107 304	14 380 000
Russie (Finlande inclus.)...	66 714 000	128 896 625	62 183 000
Italie (territoire actuel)......	23 617 000	32 449 754	8 837 000

Ainsi, en 1850, la France était encore, même au point de vue numérique, le plus grand pays de l'Europe occidentale. Sa population égalait celle de l'ensemble des pays qui devaient, vingt ans plus tard, former l'empire d'Allemagne. Elle dépassait l'ensemble des deux parties de la monarchie autrichienne.

Depuis cette époque, l'Allemagne a gagné 21 millions d'habitants; l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande ont gagné 14 millions d'habitants; l'Autriche-Hongrie un peu plus encore. La France, pendant ce temps, ne s'élevait de 35 à 38 millions d'habitants que grâce à l'immigration de plus d'un million d'étrangers, c'est-à-dire que pratiquement sa population est restée à peu près stationnaire.

Des six grandes puissances de l'Europe, la France, autrefois la seconde au point de vue numérique, est devenue l'avant-dernière ; l'Italie même n'est pas loin de l'atteindre.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boitard (de Boynes); Joseph de Martin (de Narbonne).

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (deuxième année) commenceront le mardi 5 novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

Il peut donner lieu à un certificat.

Pour les conditions, s'adresser, 26, rue Dutot (service d'analyse).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (oblitérations des artères mésentériques et thrombo-phlébites mésaraïques), par M. Louis GALLAVARDIN, ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté. — REVUE DES THÈSES. La fièvre jaune : épidémiologie, pathogénie, prophylaxie (A. HOUSQUAINS); — Étude clinique sur la colique de plomb (Henry BERNARD); — Des déchirures du bord interne de l'iris par contusion du globe oculaire (Maurice NICOLLE); — Contribution à l'étude de la syndactylie congénitale (A. KRUGER). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (oblitérations des artères mésentériques et thrombo-phlébites mésaraïques).

Par M. Louis GALLAVARDIN,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté.

Au début de cette étude, il convient tout d'abord de délimiter nettement le sujet que nous nous proposons de traiter et d'en préciser les limites. L'étude des lésions des vaisseaux mésentériques, si on la poursuivait jusqu'au niveau des fines ramifications vasculaires pénétrant les tuniques intestinales, présenterait de très grandes difficultés et empiéterait manifestement sur la pathologie intestinale proprement dite.

Nous éliminerons donc nettement de notre sujet toutes les lésions vasculaires fines et histologiques, qu'elles soient primitives et invoquées dans la pathogénie des lésions intestinales (déterminations intestinales des maladies infectieuses générales, ulcère du duodénum), qu'elles soient secondaires à ces mêmes lésions intestinales (thrombophlébites microscopiques dans la fièvre typhoïde, la dysenterie, étranglement herniaire; oblitération artérielle conditionnant les ulcérations dans la tuberculose ou les néoplasmes intestinaux). Nous laisserons également de côté toutes les lésions des vaisseaux lymphatiques et nous bornerons cette étude aux lésions macroscopiques des gros troncs artériels ou veineux inclus dans le mésentère, facilement constatables sur la table d'amphithéâtre, nous voulons dire : les *oblitérations artérielles* par embolies ou par thrombose, les *thrombophlébites des veines mésaraïques* (1).

Ainsi limité et circonscrit, le sujet demeure encore très vaste, comme on le verra dans la suite, et l'on peut s'étonner que, dans les divers manuels ou traités de médecine classiques même volumineux et récents, cette question soit presque totalement laissée dans l'ombre, et que, soit à propos du processus embolique en général, soit à propos de la pathologie intestinale, il en soit dit à peine quelques mots. On décrit avec soin les infarctus de tous les organes, poumons, reins, rate, cerveau, rétine même, et l'on néglige complètement l'infarctus de ce volumineux viscère développé le long de l'éventail mésentérique et qui emplit la cavité abdominale.

C'est en effet dans quelques monographies isolées, dans des articles disséminés le plus souvent dans des recueils étrangers, que les éléments de cette question se trouvent éparpillés. Nous essayerons de les réunir et de montrer combien sont fixes et stables les types cliniques et anatomiques que revêtent ces accidents, quelle part importante ils prennent à la pathologie intestinale ou, pour mieux dire, abdominale et tout l'intérêt enfin qu'offre leur étude au point de vue de la pathologie générale des lésions vasculaires oblitérantes artérielles ou veineuses.

A. OBLITÉRATIONS DES ARTÈRES MÉSENTÉRIQUES

On connaît la disposition anatomique des troncs artériels destinés à assurer l'irrigation du tube intestinal grêle ou colique et l'on nous dispensera d'en présenter une description même abrégée. Nous dirons seulement que ces artères au nombre de deux émergent de la portion abdominale du tronc aortique sur sa face antérieure : la mésentérique supérieure plus volumineuse passe au-devant de la troisième portion du duodénum et pénétrer entre les deux lames du mésentère; l'artère mésentérique inférieure, d'un calibre plus étroit, naît plus bas et pénètre presque de suite dans le mésocôlon iliaque. Chacune de ces deux artères dessert anatomiquement et fonctionnellement un territoire fixe : la mésentérique supérieure se distribue à tout le jéjuno-iléon, au côlon ascendant et à la moitié droite du côlon transverse, la mésentérique inférieure au reste du gros intestin. Dans l'épaisseur du mésentère ces deux troncs émettent des branches volumineuses, puis des rameaux, plus grêles, qui s'anastomosent en arcades, et c'est de ces arcades que naissent les fines artérioles destinées aux tuniques intestinales.

Chacune de ces artères peut être oblitérée, avec une fréquence bien inégale du reste, à la suite de processus thrombosique et surtout embolique. Les oblitérations de la mésentérique supérieure, pour le dire de suite, sont infiniment plus communes que celles de la mésentérique infé-

(1) Nous excluons également de cette étude les anévrysmes des artères mésentériques qui feront l'objet d'un travail ultérieur.

rieure. Nous présenterons après quelques mots d'historique l'histoire anatomique et pathogénique de ces oblitérations puis nous superposerons aux lésions constatées le tableau clinique offert par les malades.

I

Historique et fréquence. — L'histoire des oblitérations des artères mésentériques, constituant seulement un chapitre de la pathologie des oblitérations et des embolies artérielles, n'est pas très ancienne et remonte seulement au milieu de ce siècle. Tiedeman (1), le premier, signala nettement en 1843 un fait d'oblitération de l'artère mésentérique supérieure, mais il n'existait dans ce cas aucune altération intestinale. La notion de l'embolie de l'artère mésentérique supérieure et des lésions intestinales qui en dépendent fut véritablement mise au jour et développée pleinement par Virchow (2), qui en publia la première observation en 1852 et la fit bientôt suivre de deux autres. Dès ce moment l'élan était donné, l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes allemands attirée sur ce point particulier et on ne tarda pas à en découvrir et à en publier de nouveaux cas (Beckmann, Cohn, Moss, Merckel, etc.). Gehrardt et Küssmaul, en s'appuyant sur les faits observés par eux et sur ceux de leurs prédécesseurs, essayèrent de fixer la symptomatologie et les règles diagnostiques de cette affection rare; bientôt Oppolzer la reconnaissait pendant la vie et voyait son diagnostic vérifié à l'autopsie.

Faber (3), en 1875, apporte quatre observations nouvelles recueillies dans les services de von Zenker et Baumler ce qui porte au nombre de 20 les faits publiés jusqu'à ce moment-là. A dater de cette époque, les travaux se multiplient en Allemagne et aussi en France et en Angleterre; on publie les cas nouveaux en les faisant suivre de quelques recherches bibliographiques sur la question. Nous citerons les thèses ou travaux français de Bertin (4), Mengin (5), Mollière (6), Rhein (7), Flament (8), Bertrand (9), les dissertations inaugurales, issues des universités allemandes, de Rüs (10), Hahn (11), Ples (12), Groskurth (13), Westhoff (14).

Ples en 1893 réunit 32 cas de cette affection, Kabarktchieff (15), dans sa thèse récente en rapporte à peu près une quarantaine, Watson (16), enfin, en aurait compté 52 cas et donne le résumé de 27 observations.

Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous avons pu en réunir un nombre de cas beaucoup plus considérable; mais en lisant ces observations, nous nous sommes aperçu aussi que toutes ne reposaient pas sur des constatations aussi précises et qu'une certaine classification s'imposait. Nous avons trouvé 83 observations avec autopsie et dans lesquelles l'oblitération mésentérique fut nettement constatée et 16 autres, publiées sous le même vocable, mais dans lesquelles cette constatation ou fit complètement défaut du fait du manque d'autopsie, de la guérison des malades, ou fut défectueuse au cours d'une opération ou même d'une autopsie. On trouvera à la fin de cette étude les indications bibliographiques de ces différents cas.

II

Histoire anatomique et pathogénique. — Il existe donc près de 80 observations probantes d'oblitérations des artères mésentériques dans lesquelles le caillot fut constaté à la nécropsie; sur des faits aussi nombreux il devient facile de baser une description générale de cette affection.

Nous avons déjà dit que les deux artères mésentériques étaient intéressées avec une fréquence très inégale. C'est presque toujours au niveau de la mésentérique supérieure que siègent les embolies; la mésentérique inférieure, sur tous les faits que nous rapportons, n'a été atteinte que dans 5 cas, 3 fois seule, 2 fois de concert avec la mésentérique supérieure.

Les raisons de cette prédominance des lésions et surtout des embolies au niveau de cette dernière artère sont multiples. Elles tiennent tout d'abord à sa disposition anatomique particulière. L'artère mésentérique supérieure est en effet la première des artères intestinales qui se présente au caillot migrateur lancé dans l'aorte, son ouverture au point de son émergence est large et mesure 8 millimètres au lieu de 3 millimètres et demi à 5 millimètres que mesure la mésentérique inférieure; enfin elle se détache de l'aorte sous un angle aigu et lui reste à peu près parallèle en continuant la direction du tronc principal. La mésentérique inférieure au contraire se dirige de suite à gauche en faisant avec l'aorte un angle de plus de 45 degrés. Pour toutes ces raisons la migration embolique est rendue plus facile à son niveau; nous verrons aussi plus loin que même à chance égale d'oblitération embolique, celles de la mésentérique inférieure ont plus de chance de rester latentes et d'échapper par suite à la constatation anatomique que celles de la mésentérique supérieure.

Nous étudierons tout d'abord l'oblitération artérielle elle-même, puis les lésions intestinales suscitées par elle.

1° Oblitération artérielle. — La constatation de l'oblitération artérielle est en général assez facile, pourvu que l'attention soit appelée de ce côté par l'aspect spécial de l'intestin et qu'on la recherche avec soin. Elle se fait également bien sur l'intestin laissé en place ou éviscéré en masse de la cavité abdominale. Il faut pour cela se reporter d'emblée au devant de la troisième portion du duodénum et à l'aide de la sonde cannelée ou de la pointe des ciseaux fermés effondrer la paroi antérieure du mésentère. Le mésentère, même chargé de graisse, se laisse assez facilement cliver et la dissection des vaisseaux artériels étalés entre ses deux feuillets antérieur et postérieur se fait aisément et peut être suivie très loin, jusqu'à l'intestin. L'oblitération artérielle, si elle existe, est donc en général facilement constatable et nous ne

(1) Tiedeman. *Von der Verengerung Schliessung des Pulsadern in Krankheiten*, Leipzig 1843.
(2) Virchow. *Gesammelte Abhandlungen*, 338, 420, 451.
(3) Faber. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, XVI, 1875.
(4) Bertin. *Etude critique de l'embolie*, Paris 1869.
(5) Mengin. Thèse de Montpellier, 1871.
(6) Mollière. *Lyon méd.*, 1871.
(7) Rhein. Thèse de Paris, 1875.
(8) Flament. Thèse de Paris, 1876.
(9) Bertrand. Thèse de Paris, 1878.
(10) Rus. Zurembolie der arteria mesenterica superior, in *Diss. Wurtzburg*, 1884.
(11) Hahn. Ein Fall von Thrombose der arteria mesenterica superior, in *Diss. Strasbourg*, 1889.
(12) Ples. Embolie der arteria mesenterica supérior, in *Diss. Müncher*, 1893.
(13) Groskurth. *Id.*, in *Diss. Giessen*, 1895.
(14) Westhoff. Zwei Fäll von hämorrhagischer Infarcirung des Darmes nach Embolie des art. mesent. resp. Thrombose der Pfortader, in *Diss. Kiel*, 1895.
(15) Kabarktchieff. *Thrombose mésentérique*, 1898-99, Thèse de Montpellier, n° 91.
(16) Watson. The diagnosis and surgical Treatment of cases of embolism and thrombosis of mesenteric blood vessels with report of cases, *Boston med. and surg. Journ.*, 6 déc. 1894.

…uvons maintenir parmi les cas d'oblitération de la mésen…ique supérieure des faits comme ceux de Rüs ou sur deux …s, cette oblitération a été recherchée, non trouvée et néan…oins admise par l'auteur.

Le niveau auquel elle siège est variable. Le plus ordinaire…ent on la trouve dans le tronc même du vaisseau et le cail… fait même parfois saillie dans l'aorte. Le tronc était obli…é 8 fois sur les 15 cas réunis dans le travail de Bertrand. …autres fois le caillot occupe les grosses branches émises par … tronc principal, et beaucoup plus exceptionnellement les …meaux plus fins. Nous ne voulons pas dire par là que les …bolies dans les fines branches artérielles soient très rares, …ais elles sont compatibles avec la survie du malade et …happent ainsi à l'observation; il ne faut pas perdre de …e en effet que nous ne décrivons ici que les oblitérations …ivies de désordres assez graves pour entraîner la mort.

Le caillot n'offre pas toujours le même aspect suivant …'il est dû à une thrombose ou à une embolie. Lorsqu'il s'a… d'une thrombose (ce qui est rare) la concrétion fibrineuse …nchâtre fait corps intime avec la paroi, l'adhérence est …oins marquée dans le cas d'embolie. Le plus ordinaire…ent la concrétion née ou arrêtée dans une branche volu…ineuse s'étend dans les rameaux qui en partent, mais en …néral pas au delà de quelques millimètres; les coagula…ns n'atteignent pour ainsi dire jamais la région des …ades.

L'origine de l'oblitération peut être rapportée soit à une …bolie soit à une thrombose.

a. *Embolie.* — Cette origine est de beaucoup la plus fré…ente, ce fut même durant longtemps la seule admise. Sur … cas d'embolie de la mésentérique supérieure constatée …atomiquement dont nous avons pu lire la relation, elle …it en cause au moins dans 55 d'entre eux. C'est-à-dire que …ns ces observations il existait nettement en dehors de …tération considérée une lésion de l'arbre circulatoire …ant provoqué la formation de concrétions sanguines et à …uelle il était légitime d'attribuer l'origine des accidents.

Les maladies cardiaques sont naturellement le plus sou…t en cause, elles sont expressément notées dans 39 … 63 de ces cas. Il s'agit le plus souvent de lésions valvu…res chroniques, mitrales de préférence, ayant provoqué … formation de coagulations sanguines dans les oreillettes … les auricules; d'autres fois, d'endocardites ulcéreuses, …st ce que nous avons relevé dans les observations de …fick (Obs. II), de Virchow et Friedreich, d'Osler, de Mer…. On est peut-être étonné de voir l'endocardite végétante …rer pour une si faible part dans la genèse des embolies … mésentériques; cela provient plus loin de ce fait que …sque les embolies sont infectantes, elles provoquent au …eau de la paroi vasculaire des modifications qui abou…ent rapidement à l'ectasie du vaisseau. Ces faits sont …rs publiés comme anévrysmes de l'artère mésentérique …périeure, non comme embolies. Dans le cas de Klob …'agissait, chez une petite fille de huit ans, d'un caillot …nt pris son origine dans le trou de Botal non oblitéré.

Voici du reste l'énumération des diverses affections car…ques ayant donné naissance aux embolies mésentériques.

Endocardite chronique (lésions valvulaires non spécifiées)	4
Lésion mitrale simple ou double	14
Lésion mitrale et aortique	3
Lésion aortique	2
Endocartite rhumatismale aiguë	1
Péri-endomyocardite aiguë	1
Endocardite infectieuse	4
Myocardite, dilatation cardiaque	8

Sur les 16 cas restants, l'embolie provenait 14 fois d'une thrombose de l'aorte thoracique ou abdominale supérieure. On signale très nettement, dans toutes ces observations, l'état de la paroi aortique et l'origine de l'embolie ne fait pas de doute. Il ne s'agit pas en effet seulement d'altérations athéromateuses, de plaques calcaires de l'aorte, mais de caillots blancs fibrineux, nés sur place et fortement adhérents à la paroi artérielle. Dans un cas enfin on invoque comme origine de l'embolie un anévrysme de l'aorte abdominale (Osler, Obs. III), dans un autre rapporté par Virchow les caillots fibrineux existaient seulement au niveau des veines pulmonaires (1). Il s'agissait d'un poumon atteint d'infarctus à évolution gangréneuse.

Sur les 5 cas d'oblitération de la mésentérique inférieure isolée ou associée avec celle de la mésentérique supérieure, la prédominance des oblitérations emboliques est la même et l'on trouve la thrombose signalée une fois seulement (Adenot). Il en est de même dans les observations plus ou moins incomplètes d'oblitération de la mésentérique supérieure où sur 13 cas les lésions cardiaques sont incriminées 8 fois et l'athérome aortique 1 fois.

Il est du reste rare qu'au cours d'une affection emboligène les concrétions lancées dans la circulation se bornent à oblitérer le territoire des artères intestinales. Dans les observations que nous avons parcourues, nous trouvons presque dans tous les cas notée la coexistence d'embolies viscérales, rénales ou liénales et souvent même des oblitérations d'autres artères dans la proportion suivante :

Embolie de l'artère hépatique	1 cas (Butlin).
— — splénique	1 cas (Brimi).
— — humérale	3 cas (Butlin, Lancereaux, Bertrand).
— d'une artère fémorale	7 cas.
— des deux iliaques	1 cas.
— cérébrale, hémiplégie	6 cas.

On voit donc par ce qui précède que l'oblitération des artères mésentériques est presque toujours due à une embolie, que cette embolie reconnaît le plus souvent comme origine une lésion valvulaire chronique du cœur ou une thrombose athéromateuse de l'aorte, et qu'enfin, même en laissant de côté les infarctus viscéraux, elle coexiste souvent avec d'autres manifestations similaires (hémiplégie, gangrène d'un membre).

b. *Thrombose.* — « C'est uniquement dans les maladies du cœur, écrivait H. Mollière en 1871, que nous aurons à redouter la terrible complication de l'oblitération mésentérique et dans l'endocardite aiguë à forme ulcéreuse au premier chef. » Cette opinion est trop absolue et des observations indubitables montrent que les vaisseaux mésenté-

(1) Ce cas de Virchow, d'infarctus gangréneux du poumon suivi de thrombose des veines pulmonaires et d'embolie de la mésentérique supérieure, est à rapprocher de ceux signalés par Wegbecher (*Des gangrènes périphériques par embolie, au cours des pleurésies avec épanchement*, Th. de Paris, 1899). Dans les observations qu'il rapporte, il s'agissait aussi de pleurésies putrides ayant provoqué des coagulations thrombosiques dans les veines pulmonaires. Dans un cas rapporté par nous (*Province méd.*, Lyon, sept. 1899), c'est également à cette thrombose des veines pulmonaires au cours d'un rétrécissement mitral que nous dûmes attribuer une double oblitération embolique des troncs tibio-péroniers, suivie de gangrène des membres inférieurs.

riques, comme les autres, peuvent être atteints d'athérome et qu'à leur niveau aussi, l'oblitération peut survenir du fait d'un processus endartéritique et thrombosique local.

L'athérome des mésentériques n'est pas fréquent, il est vrai; dans la classification hiérarchique de Rokitansky, les artères mésentériques sont considérées avec le tronc cœliaque comme très rarement atteintes. Cruveilhier dit cependant avoir observé l'athérome assez souvent au niveau du tronc de ces deux artères. Nous avons, pour notre part, réuni 5 faits dans lesquels on invoque la thrombose athéromateuse comme cause de l'oblitération de la mésentérique supérieure; ce sont ceux de Litten, Altman, Hahn, Halipré et Labbé. Dans un cas publié par Adenot, les lésions athéromateuses du tronc de la mésentérique inférieure sont très nettement signalées et l'oblitération d'une branche colique gauche par un caillot thrombosique ancien était complète.

Dans l'observation de Faber (cas II) il y eut une oblitération de la mésentérique supérieure au cours d'une septicémie (amputation de cuisse à la suite d'un accident, suivie de phlébite double des iliaques); peut-être s'agissait-il d'une endartérite aiguë infectieuse.

La syphilis, enfin, est incriminée dans deux faits par Cohn et Gordon, mais sans preuves absolument suffisantes à l'appui.

De même que les embolies de la mésentérique supérieure s'accompagnent souvent d'autres manifestations emboliques disséminées, on peut voir, dans les cas d'oblitération athéromateuse de ce vaisseau, coexister d'autres endartérites oblitérantes. C'est ce qui arriva dans le cas de Labbé qui fut accompagné de gangrène sénile des orteils. Cette gangrène des orteils est aussi signalée dans deux autres observations, celles de Watson (Obs. II) et de Councilman (Obs. II), mais en coïncidence avec une thrombose aortique ayant provoqué une embolie mésentérique, non avec une oblitération thrombosique de la mésentérique.

c. *Compression.* — La compression par une tumeur ou toute autre cause peut-elle constituer pour les artères mésentériques une cause d'oblitération? Le fait doit certainement être bien exceptionnel, car on connaît la mobilité et la flexibilité des vaisseaux au-devant des tumeurs abdominales. Adenot (1) cite cependant dans son travail une observation recueillie par Lannois dans le service de Lépine où l'on constata des caillots dans les branches de l'artère mésentérique supérieure, et où cette oblitération fut attribuée à la compression des rameaux artériels par de volumineux ganglions mésentériques crétacés.

2° État de l'intestin et du mésentère. — A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine n'apparaît jamais complètement sain. Parfois, il se trouve seulement un peu enflammé, comme dépoli et dans le bas-fond pelvien on recueille quelques grammes de liquide séro-sanguinolent ou franchement sanglant. D'autres fois, la péritonite aiguë est évidente, le feuillet pariétal du péritoine est épaissi, ecchymotique, poisseux, l'épiploon est adhérent à la paroi et aux anses intestinales, et ces dernières sont dans une grande partie de leur étendue recouvertes d'exsudats fibrineux. Dans un cas de Grawitz, il existait un épanchement purulent assez abondant.

Ces premières constatations faites, et étant donné la scène clinique abdominale qui a emmené le malade en quelques jours, on s'empresse de rechercher, dans la cavité péritonéale, l'épine inflammatoire cause première des accidents, ou sur le trajet du tube intestinal un obstacle, une bride, une cause quelconque d'obstruction. Mais c'est en vain, l'appendice est sain, et l'intestin déroulé rapidement d'un bout à l'autre ne présente aucun rétrécissement de son calibre.

Mais en déroulant l'intestin, on est frappé d'une altération bien particulière. Déjà, à l'ouverture de la cavité abdominale, certaines anses étaient apparues congestionnées et violacées; mais par l'exploration méthodique cette altération devient absolument manifeste et l'on est vivement frappé par l'aspect de la portion du tube intestinal correspondant au territoire de l'artère oblitérée.

Cette altération, véritable infarctus de l'intestin, s'étend sur une longueur variable, longueur qui dépend à la fois du volume de l'artère oblitérée et de la facilité plus ou moins grande avec laquelle s'est établie la circulation collatérale sur les confins de la zone ischémiée. Dans les cas d'oblitération d'une branche même très volumineuse de la mésentérique supérieure, l'intestin est en général altéré sur une longueur de 60 centimètre à 1 mètre. D'autres fois 3 à 4 mètres sont intéressés, on a même vu tout l'intestin grêle être atteint depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'angle iléo-colique. Dans ce cas, le gros intestin indemne entoure toute la masse de l'intestin grêle violacée et ecchymotique comme une collerette blanche (Lothrop, Obs. I). Le duodénum est toujours respecté, mais les altérations peuvent envahir le gros intestin; le côlon ascendant était en effet atteint dans le cas de Moyes et même la moitié droite du côlon transverse dans l'observation II de Kaufmann.

Dans les cas d'oblitération de la mésentérique inférieure (Hegar, Gehrardt, Adenot) c'est au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque que siègent les lésions; lorsque les deux mésentériques sont oblitérées (Westhoff, Monro) l'altération envahit la totalité de l'intestin grêle et du gros intestin depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'S iliaque.

Quelle que soit l'étendue de la zone atteinte, l'aspect est toujours le même, variant seulement par son degré d'intensité et toujours assez caractéristique pour faire penser de suite à une oblitération vasculaire. Les anses intestinales apparaissent fortement colorées, rouge foncé, parfois noirâtres et tranchent vivement sur les parties saines entourantes. Cette teinte est surtout accusée au niveau du bord mésentérique et sur les faces latérales du tube intestinal; à la convexité, il persiste parfois des plaques livides ou jaunâtres, qui dessinent une sorte de marbrure sur fond pourpre. Si l'on palpe l'anse malade, on est de suite frappé de la tuméfaction et de l'épaisseur de la paroi intestinale. Les tuniques sont, en effet, gorgées de sang, et peuvent atteindre une épaisseur de 5 à 6 millimètres.

Si l'on sectionne l'anse intestinale suivant son bord convexe, il s'écoule une certaine quantité de liquide sanguinolent ou même franchement sanglant qui existe assez uniformément dans sa cavité que le malade ait ou n'ait pas eu de selles sanglantes. La muqueuse intestinale apparaît comme tuméfiée, veloutée et de couleur cramoisie; les plaques de Peyer, si l'infarctus siège dans la partie terminale de l'intestin, sont tuméfiées. Les ulcérations ou plutôt les exulcérations intestinales sont notées dans quelques cas, notamment dans l'observation de House, mais elles ne sont pas la règle; la gangrène complète de la paroi intestinale est très rare aussi et nous n'avons trouvé la perforation sponta-

(1) Adenot. *Revue de méd.*, 1890.

née mentionnée que dans deux cas seulement (Butlin et Conti). Dans ces deux cas, elle se produisit au niveau du jéjunum.

Au niveau du mésentère, les altérations sont de même ordre; elles sont distribuées suivant un secteur triangulaire dessiné dans l'éventail mésentérique et dont la base correspond exactement à l'anse malade, tandis que le sommet est taillé souvent d'une façon indécise et irrégulière, et remonte plus ou moins haut vers le centre. Le mésentère, dans cette aire triangulaire, est souvent épaissi, comme infiltré; sa teinte est rouge violacé et c'est surtout au niveau de l'attache intestinale que se détachent des veinules gorgées de sang et des suffusions sanguines multiples donnant à cette partie du mésentère une teinte générale hortensia. Il existe, du reste, une grande variabilité dans ces altérations du mésentère et leur degré d'intensité. Souvent, c'est seulement la bordure adjacente au tube intestinal qui est le siège des ecchymoses et de l'infiltration sanguine. D'autres fois, au contraire, la tuméfaction est extrême et remonte très haut vers l'angle duodéno-colique. Dans deux cas, même, nous avons relevé l'existence, à l'intérieur des deux lames mésentériques, de véritables tumeurs sanguines collectées, qui avaient pu être perçues durant la vie par la palpation de la paroi abdominale. Dans le premier cas (Cohn, Obs. I), cette volumineuse tumeur sanguine siégeait au voisinage de l'angle iléo-colique; dans le second (Monro), il s'agissait d'une oblitération double des mésentériques et la tumeur sanguine siégeait dans le mésocôlon iléo-pelvien.

Si l'on écarte les lames du mésentère, et si l'on prend la peine de disséquer les vaisseaux, on aperçoit aisément les ramifications artérielles pâles et vides et en remontant jusqu'au point de suspension duodéno-jéjunal, on atteint l'embolie oblitérante. Les veines sont parfois oblitérées concomitamment (Groskurth); c'est du reste un fait assez compréhensible et l'on connaît la fréquence des coagulations veineuses dans les cas de gangrène par oblitération artérielle, au niveau d'un membre inférieur par exemple.

L'examen microscopique a été fait plusieurs fois, soit au niveau du mésentère, soit au niveau des tuniques intestinales. Au niveau de ces dernières, les faits saillants sont la dilatation énorme des veinules et des capillaires, les hémorragies interstitielles étendues. Tous ces phénomènes prédominent très nettement dans la sous-muqueuse qui est véritablement inondée de globules rouges tassés les uns contre les autres; dans la tunique musculaire, les fibres sont parfois dissociées et clivées en quelque sorte par l'infiltration sanguine. L'épithélium intestinal est desquamé, le tissu conjonctif interglandulaire est infiltré de quelques cellules rondes se colorant difficilement de même que les cellules fixes.

Tel est l'infarctus de l'intestin (hœmorrhagische Infarcirung) en tous points analogues à ceux pyramidaux des reins, de la rate ou des poumons. Nous avons vu que ces lésions, dans l'intestin comme dans les autres viscères, étaient sous la dépendance nécessaire d'une oblitération vasculaire. Il reste maintenant à établir la filiation pathogénique de ces deux altérations.

3° Pathogénie de l'infarctus intestinal. — Si nous ne devions faire qu'adapter à l'infarctus intestinal ce qu'on a dit des infarctus des autres viscères et en somme étendre à un fait particulier des lois plus générales, nous serions peu excusables de présenter à nouveau ici cette pathogénie. Mais il n'en est pas ainsi, et l'infarctus intestinal mérite certainement une étude pathogénique approfondie. Cette étude nous paraît même éclaircir singulièrement l'histoire des autres infarctus viscéraux et il nous semble qu'on devrait la mentionner même à propos d'un infarctus quelconque, alors qu'en réalité on semble n'en n'avoir cure.

Il y a, en effet, là, des dispositions anatomiques éminemment favorables à l'éclaircissement de certains points de la pathogénie des infarctus. L'étude d'un infarctus est, en effet, l'étude des réactions organiques, des modifications histologiques et circulatoires se passant au niveau d'une portion d'un parenchyme dont les vaisseaux artériels ont été oblitérés; or, ce qui fait précisément la difficulté de l'étude de cette lésion au niveau d'un viscère quelconque (reins, rate, poumon), c'est l'intrication des vaisseaux et du parenchyme considéré. De cette sorte, ces vaisseaux sont difficilement abordables ou observables; d'autre part, les modifications histologiques se passent dans la profondeur de l'organe et ne sont visibles qu'au niveau d'une surface très limitée (surface pleurale pour l'infarctus pulmonaire), Dans l'intestin, au contraire, tout est disposé pour le mieux; les vaisseaux ne sont pas absorbés par le parenchyme viscéral, mais en restent distincts et éloignés; on peut facilement les lier, les observer loin des tuniques intestinales et l'on ne risque nullement de se méprendre sur la signification des modifications dont ils sont le siège. D'autre part, l'infarctus au lieu de prendre naissance autour de ce vaisseau se produit à distance au loin et au lieu de se former dans un cône de substance dont la base seule est visible, il évolue sur une membrane mince, fine et étalée.

Si l'on ajoute à cela qu'au moyen de la laparotomie chez l'animal, en ayant soin de ne pas suturer la paroi abdominale mais de la maintenir fermée seulement avec des pinces, il est possible d'avoir sous les yeux l'infarctus intestinal au moment de sa production et d'en poursuivre l'évolution pas à pas, on comprendra dans quelles conditions favorables l'étude de ce phénomène se présente à ce niveau. Il faut du reste lire sur ce sujet l'excellent travail de Litten (1), où cette question a été élucidée et traitée de façon très complète.

a. *Conditions anatomiques de l'infarctus.* — Conheim fut longtemps persuadé que l'infarctus intestinal ne pouvait exister par suite de ce fait que les artères mésentériques étaient construites sur le type anastomotique et non sur le type terminal. Selon lui les organes dans lesquels cette dernière disposition vasculaire était réalisée pouvaient seuls offrir une altération semblable, et par là il entendait le poumon, les reins, la rate, le cerveau, la rétine. En effet, disait-il, que l'artère mésentérique supérieure soit oblitérée, les anastomoses en arcade avec le territoire de la mésentérique inférieure d'une part, avec celui des gastro-duodénales, et pancréatico-duodénales d'autre part, rétabliront facilement une circulation collatérale et s'opposeront par suite à la production d'un infarctus.

Lorsque la réalité de cet infarctus intestinal fut démontrée par les faits anatomiques, Conheim en tenta l'explication et admit que dans ces cas « ce n'était pas seulement le tronc de l'artère mésentérique supérieure qui était oblitéré, mais aussi les anastomoses artérielles qui existent et s'étalent entre les grosses branches et les capillaires intes-

(1) Litten. Ueber die Folgen des Verschlusses der Arteria mesaraïca superior, *Virchow Archiv*, Bd. LXIII.

tinaux ». De telle sorte, selon lui, que l'oblitération de ces anastomoses empêchait le rétablissement d'une circulation collatérale et transformait l'artère mésentérique en une artère nettement terminale.

En réalité, on a vu qu'il n'en est pas ainsi. Le plus souvent l'oblitération siège dans le tronc même ou dans l'une des plus grosses branches de division de la mésentérique supérieure; le caillot se continue parfois dans les rameaux volumineux qui en émanent, mais pas au delà de quelques millimètres. De même, expérimentalement, la ligature, le pincement de ces troncs, les embolies artificielles provoquées à leur niveau [Prévost et Cotard, Lefeuvre (1)], sans aucune lésion des arcades anastomotiques situées plus bas, suffisent pour provoquer à coup sûr la formation de l'infarctus intestinal. Litten a fait chez le chien, le lapin, le cobaye, plus de 40 ligatures de la mésentérique supérieure et toujours avec les mêmes résultats : l'animal mourait invariablement au bout de douze à quarante-huit heures après avoir présenté une dépression extrême du système nerveux, des vomissements, des selles sanglantes, du météorisme et l'autopsie relevait un infarctus de l'intestin avec ses lésions caractéristiques de « nécrose hémorragique avec œdème ».

Et cependant, dans tous les faits anatomiques ou expérimentaux, les anastomoses avec les territoires vasculaires voisins persistent indemnes; *pourquoi donc la circulation artérielle collatérale, dont les voies sont ainsi pleinement réservées, ne se produit-elle pas*? en un mot, quelles sont donc les conditions de cette ischémie persistante?

b. *Conditions de l'ischémie artérielle persistante.* — Les travaux de Litten nous renseignent pleinement sur ce point important.

Disons tout d'abord qu'on ne saurait s'en prendre à la disposition anatomique défectueuse des arcades anastomotiques. Par elle, la circulation collatérale est parfaitement possible dans de certaines conditions et elle est aisément vérifiable. Si l'on pousse, en effet, une injection par le tronc de l'artère mésentérique, elle remplit d'abord tout le territoire de cette artère, puis diffuse et envahit les territoires adjacents de la mésentérique inférieure et des artères duodéno-gastriques; d'autre part, Grosser et Hasse ont prouvé, en Allemagne, que par les anastomoses collatérales on pouvait réciproquement infecter la totalité de l'intestin.

Et cependant, malgré l'existence anatomique indéniable de ce réseau anastomotique en arcades, Litten a montré que *l'artère mésentérique supérieure, dans les cas d'oblitération de sa lumière, se comportait en tous points comme une artère terminale.* Le fait ressort très nettement de ses expériences répétées sur des chiens un très grand nombre de fois. Après la ligature de l'artère mésentérique supérieure, la circulation et le pouls cessent de suite dans les artères du mésentère, l'intestin devient pâle et exsangue. Ce n'est pas là une modification momentanée, car si l'on ferme la paroi abdominale de l'animal seulement avec des pinces et que l'on examine de temps à autre l'aspect du mésentère et de l'intestin, on se rend nettement compte que cette circulation artérielle ne se rétablit en aucune façon. En effet, les artères demeurent vides et exsangues; si on en sectionne les branches, il ne s'écoule pas de sang; si on injecte une solution d'indigo dans la veine jugulaire, tout le corps se colore en bleu, hormis la portion d'intestin correspondant au territoire de l'artère oblitéré; enfin, si l'on introduit à l'intérieur des branches artérielles une fine émulsion de gouttelettes de cire colorées par de la suie, elles y stagnent et ne circulent en aucune façon. Donc, *après la ligature de la mésentérique supérieure, la circulation artérielle collatérale ne se produit pas*; c'est là un fait certain, et l'anémie artérielle est persistante.

L'*explication* de ce fait a été fournie également par Litten. Il reconnaît que les voies anastomotiques collatérales existent parfaitement aux deux extrémités du territoire de la mésentérique supérieure; mais ces voies, avec la pression normale du sang, sont insuffisantes et inutilisables, de telle sorte que selon lui l'artère mésentérique supérieure, qui *anatomiquement est une artère anastomotique, devient fonctionnellement une artère terminale.*

Pour que la circulation collatérale puisse s'éxécuter d'une façon parfaite, il faudrait que, par exemple, le sang qui parcourt la mésentérique inférieure et dispose d'une tension telle que normalement il irrigue un mètre environ de gros intestin, pût pénétrer dans les anastomoses en arcades, injecter les capillaires intestinaux et fût capable de vaincre les résistances énormes disposées le long des vaisseaux sillonnant 3 à 4 mètres d'intestin grêle. On comprend l'impossibilité d'une pareille suppléance, la résistance à vaincre est trop considérable, le chemin à parcourir est trop long et cela tient à la disposition anatomique de la masse intestinale disposée sous forme d'un long tube desservi par une seule artère, la mésentérique supérieure. Aux deux extrémités de ce long tube, sur les confins du territoire, la circulation collatérale peut cependant être suffisante et sauvegarder la nutrition intestinale; aussi voit-on que presque toujours, même dans une oblitération complète du tronc de l'artère mésentérique supérieure, les lésions intestinales n'envahissent pas tout le territoire intestinal correspondant, mais ont de la tendance à se masser au centre et à réserver le gros intestin et les portions jéjunales supérieures. Mais au delà de ces portions extrêmes, facilement imbibées en quelque sorte par la circulation collatérale nouvelle, l'ischémie artérielle est absolue et persistante.

Litten, après s'être assuré que la ligature de la mésentérique supérieure n'abaissait pas par réflexe la tension sanguine générale, a essagé d'augmenter cette tension vasculaire afin de faciliter ainsi l'établissement de la circulation collatérale. Pour cela il a fait à ses chiens opérés des injections de sérum artificiel, afin d'augmenter la masse liquidienne, il a sectionné les nerfs splanchniques de façon à produire la vaso-dilatation des vaisseaux intestinaux, mais tout cela en vain; même dans ce dernier cas les résistances ne sont pas assez amoindries pour permettre une circulation collatérale. Il a constaté, du reste, qu'après une ligature de la mésentérique supérieure il fallait pousser par le bout central de la carotide une solution d'indigo sous une pression double de la pression normale (0,30 centimètres) pour injecter ainsi les artères du territoire de la mésentérique supérieure. Et encore avec une telle pression les troncs artériels et fines artérioles sont seuls remplis, non les capillaires; on comprend alors que cette circulation collatérale ne soit pas réalisable à l'état physiologique.

On voit donc ainsi très nettement que, comme le dit Litten, la mésentérique supérieure qui est anatomiquement une artère anastomotique se comporte fonctionnellement par suite de la longueur de son territoire, des résistances énormes que demande sa suppléance par les deux autres territoires artériels adjacents, comme une artère terminale.

(1) Lefeuvre. *Des infarctus viscéraux*, Thèse de Paris, 1867.

Ce qui est vrai pour la mésentérique supérieure, ne l'est cependant pas pour les artères voisines. Litten a pratiqué souvent la ligature du tronc cæliaque, de la mésentérique inférieure et toujours la circulation artérielle se rétablit; les lésions se bornent à des ecchymoses minimes et superficielles et il ne se produit en aucune façon d'altérations profondes des tuniques intestinales. Ce fait se comprend aisément et confirme ce qui a été dit plus haut; en effet au niveau de ces deux artères considérées, les territoires anatomiques irrigués par elles (gastro-duodénal et colique) sont peu étendus, mesurent seulement quelques décimètres au lieu de plusieurs mètres, de telle sorte que les anastomoses disposées aux confins de chacun de ces deux territoires suffisent aisément à l'établissement d'une circulation collatérale efficace non seulement pour les extrêmes limites de la zone ischémiée, mais encore pour le centre du territoire considéré. De la sorte toute altération nécrotique est évitée.

C'est ce qui nous explique que les embolies des artères stomacales et duodénales, de la mésentérique inférieure, peut-être aussi fréquentes que celles de la mésentérique supérieure, soient moins souvent constatées, car elles ne sont pas suivies d'infarctus intestinal et leurs lésions sont réparables. Dans les cas d'oblitération du tronc cœliaque cités par Tiedeman, Cohn, Muehlig, Ponfick il n'y avait pas de gangrène stomacale ou jéjunale. Nous n'avons pu réunir que 5 cas d'altérations intestinales consécutives à une oblitération de la mésentérique inférieure; et encore dans deux d'entre eux (Monro, Westhoff), et peut-être même dans un troisième (Gehrardt), il existait concomitamment une oblitération de la mésentérique supérieure qui mettait un obstacle absolu au rétablissement de la circulation collatérale; et dans un quatrième (Adenot), de l'aveu même de l'auteur, la gangrène colique relevait d'un processus péritonéal septique et non de l'oblitération d'ailleurs thrombosique et ancienne de la mésentérique inférieure.

C'est donc réellement et d'une façon presque absolue, dans l'aire seule de la mésentérique supérieure, que se forment les altérations nécrotiques étendues consécutives aux oblitérations artérielles intestinales (1).

c. *Conditions de l'engorgement hémorragique succédant à l'ischémie artérielle.* — D'après ce que nous avons dit plus haut, tout est prêt pour l'infarctus intestinal, puisque la mésentérique supérieure oblitérée se comporte comme une artère terminale; mais pour l'infarctus blanc anémique, tel qu'on le constate dans le rein, la rate, le myocarde. Or on a vu par notre description anatomique que l'infarctus de l'intestin était hémorragique, c'est la raison de cet engorgement sanguin, de cet « hæmorrhagische Infarcirung », comme disent les Allemands, qu'il nous reste à élucider.

Ce point a été encore fixé très nettement par Litten dans son travail. Après avoir lié sur ses chiens la mésentérique supérieure, cet auteur ne refermait qu'avec des pinces le ventre de l'animal opéré, de cette sorte il pouvait, toutes les cinq à six minutes, inspecter l'intestin et le mésentère, et l'infarctus hémorragique se produisait véritablement sous ses yeux, sur une membrane mince et développée.

De suite après la ligature artérielle, comme nous l'avons dit plus haut, le pouls cesse, l'intestin devient pâle, contracté et froid. Mais bientôt l'aspect change, on voit les veines se distendre, devenir turgides et à leur intérieur le sang circule du centre à la périphérie. Il se fait donc une stagnation et même une véritable régurgitation veineuse, et cela est facilement compréhensible. En effet la colonne veineuse verticale mésaraïque, porte, cave inférieure, exerce au niveau des veinules du mésentère une pression puissante et continue qu'aucune vis à tergo ne vient plus contrebalancer. Le sang qui y est contenu reflue donc dans toutes les origines du système veineux mésentérique et intestinal, il distend les capillaires des diverses tuniques et rien ne peut s'opposer à cette sorte d'injection faite avec une pression faible, mais continue. Bientôt l'engorgement devient extrême et tous les vaisseaux, capillaires ou veinules, sont distendus, dilatés au maximum.

Mais cette injection fine a lieu dans des vaisseaux, dans des tissus qui, du fait de la cessation de tout apport oxygéné, ont perdu leur résistance normale, aussi bientôt les parois capillaires surdistendues cèdent, se laissent effondrer et ainsi sont créées les ecchymoses sous-péritonéales et mésentériques, les hémorragies interstitielles de la sous-muqueuse et la tuméfaction générale des tuniques intestinales. L'engorgement veineux a fait place au « farcissement » hémorragique, et l'infarctus est réalisé.

Litten a essayé de déterminer au bout de combien de temps l'ischémie artérielle réalisait, au niveau des fines ramifications vasculaires, les lésions de nutrition conditionnant leur rupture. Il a vu ainsi que les vaisseaux cédaient au bout de deux heures et demie sous la pression artérielle; en effet si, après avoir pincé la mésentérique supérieure, on lève l'oblitération au bout de deux heures et demie et qu'on rétablisse ainsi le flux artériel, des hémorragies punctiformes se produisent aussitôt dans le territoire considéré. Il faut dix à douze heures pour que les vaisseaux cèdent sous la pression veineuse mésaraïque et porte, et pour que les suffusions hémorragiques se produisent.

Si l'on pratique l'examen histologique de l'infarctus intestinal provoqué ainsi artificiellement, comme l'ont fait Litten, et plus récemment Tangl et Harley (1), on constate les lésions de congestion vasculaire et d'extravasation interstitielles communes à tout infarctus hémorragique; ces lésions prédominent dans la tunique sous-muqueuse. De plus on note l'existence de lésions dégénératrices, la chute de l'épithélium intestinal, l'infiltration du tissu conjonctif situé entre les glandes de Lieberkühn (Tangl et Harley).

d. *Conditions spéciales créées par le milieu intestinal septique.*

(1) Il se peut cependant, par suite de certaines conditions exceptionnelles de lenteur de l'oblitération, de dispositions spéciales des voies anastomotiques, que l'oblitération de la mésentérique supérieure ait lieu sans altérations intestinales; Tiedeman et Virchow en ont rapporté chacun un cas. Mais le fait le plus probant est certainement celui relaté par John Chiene (*Journ. Anat. and Physiol.*, Edinburgh, vol. III, 65, 1868). Ce fait est assez remarquable pour être rapporté. Il s'agissait d'un sujet de dissection, une femme de soixante-cinq ans; une injection poussée par l'artère fémorale remplit toutes les branches et tout le territoire des artères mésentériques et cæliaque. Mais on constata d'une façon absolument nette que le tronc cæliaque, le tronc de la mésentérique supérieure et inférieure étaient totalement oblitérés. La circulation collatérale s'était rétablie par les hémorroïdales supérieures qui étaient *aussi larges que des fémorales*; les coliques gauches et moyennes étaient doubles de leur volume normal. Enfin le plexus extra et rétro-péritonéal artériel de Turner était très dilaté et servait de chenal de communication entre les iliaques et le système mésentérique. C'est probablement le seul cas relaté d'obstruction complète des trois branches de l'aorte abdominale se rendant aux viscères, sans altération nécrotique du tube digestif.

(1) Tangl et Harley. Notiz ueber einige anatomische Veränderungen nach Unterbindung der drei Darmaterien, *Centralbl. f. die Med. Wissens.*, 1893, p. 673.

— S'il est à peu près indifférent pour un cardiaque de faire un infarctus dans un de ses reins ou sa rate, on verra bientôt qu'il n'en est pas de même pour un infarctus intestinal, au moins dans les cas où cet infarctus est suffisamment vaste.

Dans un infarctus rénal en effet, à moins bien entendu d'embolie infectante, tout se passe en milieu aseptique; il se fait une désintégration du territoire embolisé, une résorption des parties ainsi mortifiées et tout se termine par une dépression cicatricielle. Les faits ne sauraient se passer aussi simplement au niveau des tuniques intestinales qui, par une de leur face, sont baignées pour ainsi dire par un milieu septique et par l'autre confinent à une grande cavité séreuse d'une extrême susceptibilité. A la suite de l'irrigation sanguine insuffisante et de l'évolution des processus nécrotiques, la vitalité de la paroi intestinale s'atténue et avec elle sa résistance aux germes innombrables contenus à l'intérieur de sa cavité. Il se passe, somme toute, ce qu'il advient dans une anse intestinale herniée et étranglée. Les différentes tuniques sont successivement envahies par les microorganismes, puis le liquide sanguinolent du sac herniaire s'infecte à son tour. Les phénomènes évoluent de la même façon au niveau de l'anse intestinale embolisée, avec cette différence cependant que, dans ce cas, le sac, c'est la grande cavité péritonéale. Aussi le plus souvent l'infection péritonéale septique emmène le malade avant que la chute d'une escare intestinale ait provoqué une perforation franche.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES

La fièvre jaune : épidémiologie, pathogénie, prophylaxie, par M. le docteur A. Housquains. (Thèse de Paris, 1900.)

La thèse de M. Housquains est une des meilleures études parues récemment sur la fièvre jaune. Ses conclusions résument bien l'état actuel de la science sur la fièvre amarille :

« La fièvre jaune (typhus amaril, vomito negro, typhus ictéroïde), maladie épidémique et contagieuse, paraît reconnaître pour agent spécifique le bacille ictéroïde découvert par Sanarelli.

Les cultures de ce microbe, injectées à certains animaux, en particulier au chien, reproduisent un tableau clinique et des lésions analogues à ce qu'on observe dans la fièvre jaune humaine. Sa toxine, injectée, produit les mêmes effets que le bacille. L'expérimentation chez les animaux et chez l'homme (Sanarelli) a donné des résultats positifs.

Le sérum des sujets atteints de typhus amaril, mis en contact avec les cultures de bacille ictéroïde, a produit le phénomène de l'agglutination.

Le bacille ictéroïde est extrêmement résistant aux agents naturels. Il a une vitalité prolongée dans l'air, dans l'eau douce, dans l'eau de mer, dans la terre, — faits qui expliquent les réveils de fièvre jaune après de longues périodes durant lesquelles le bacille est resté latent.

Un certain nombre de conditions favorisent le développement de la fièvre jaune. Ce sont la chaleur, l'humidité (rôle protecteur des moisissures), l'obscurité, l'air confiné. Elle frappe surtout les individus nouvellement débarqués dans les régions amarilles; tandis que ceux qui y séjournent depuis un temps plus ou moins long jouissent d'une immunité totale ou relative, à condition de ne pas quitter cette zone. Les noirs sont réfractaires; les métis le sont moins.

Les modes de transmission de la maladie sont très nombreux. Bien que la propagation de la fièvre jaune se soit faite jusqu'à ce jour principalement par les voies maritimes, elle peut s'effectuer dans l'intérieur du continent par des voies multiples.

A défaut de traitement spécifique et d'action directe sur le microbe, on peut agir efficacement contre la fièvre jaune en appliquant rigoureusement un certain nombre de mesures prophylactiques (destruction des linges, vêtements et literies infectés, — désinfection des habitations, — crémation des cadavres, sinon enfouissement dans de la chaux vive, — aliénation définitive des cimetières, — dissémination des individus par petits groupes; création de camps d'évacuation, — amélioration des conditions hygiéniques). »

En lisant l'intéressante thèse de M. Housquains, on relève en outre un certain nombre de particularités qui méritent d'être signalées.

C'est tout d'abord l'existence d'une zone amarille vraie au Sénégal.

L'épidémie de 1900, qui vient de le prouver, n'est pas encore éteinte et son origine est assez obscure. Elle semble avoir coïncidé avec des travaux de terrassement entrepris près d'un ancien cimetière où avaient été enterrés, lors d'une précédente épidémie, des individus morts de fièvre jaune. Ce fait concorde bien avec ce que nous savons de la vitalité des germes.

M. Housquains attire également l'attention sur un point qui est tout d'actualité, sur la contagion de la fièvre jaune par les moustiques et par les mouches. S.

Étude clinique sur la colique de plomb, par M. le docteur Henry Bernard. (Thèse de Paris, 1901.)

La description classique de la colique de plomb est insuffisante à donner une idée exacte de l'affection.

En effet, de tous les symptômes cardinaux de la colique, réputés constants, un seul ne manque jamais : c'est la douleur. Tous les autres peuvent manquer ou être remplacés par un symptôme de signification opposée; c'est ainsi que la constipation peut manquer ou être remplacée par de la diarrhée, que les vomissements peuvent faire complètement défaut, etc.

En outre, certains signes, sur lesquels on s'appuie fréquemment pour faire un diagnostic différentiel, sont loin d'être constants, et l'ignorance de ce fait peut conduire à de graves erreurs d'interprétation. C'est ainsi que la rétraction de l'abdomen se rencontre beaucoup moins fréquemment que sa forme normale ou son ballonnement; c'est ainsi encore qu'il n'est pas rare de voir l'apyrexie remplacée par un état fébrile plus ou moins marqué, la palpation abdominale profonde être plus douloureuse que la palpation superficielle, etc.

A côté de la crise de colique de plomb classique, il existe d'importantes *formes cliniques* de l'affection. Ces formes peuvent être divisées en trois groupes :

Les unes sont déterminées par la durée de la crise : formes *aiguës*; formes *chroniques*.

D'autres doivent leur entité à une variante symptomatique : formes *généralisées*; formes *localisées*; formes *spasmodiques*; formes *paralytiques*; formes *occlusives*; formes *fébriles*.

D'autres, enfin, sont des formes compliquées d'une autre affection, saturnine ou non.

La colique de plomb présente avec un certain nombre d'affections des rapports variables : telles sont surtout l'appendicite, les entérites aiguës, les affections gastriques, les affections respiratoires, l'urémie, l'hystérie.

Les *rapports de la colique de plomb avec l'appendicite* sont les suivants :

Le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendicite est souvent difficile : des appendicites ont été prises pour des coliques de plomb et réciproquement.

Un saturnin chronique peut faire, alternativement, des crises d'appendicite et des crises de colique de plomb.

On peut observer un syndrome mixte, l'évolution com-

mençant par une colique de plomb pour finir par une appendicite.

Il paraît même probable que certaines, parmi les formes fébribles de la colique de plomb, sont des formes compliquées d'une appendicite catarrhale légère.

Le traitement du syndrome doit bénéficier de ces notions cliniques : il faut retarder l'emploi des évacuants intestinaux jusqu'à ce que l'on possède la certitude d'un diagnostic exact.

Il n'est pas rare de voir une entérite aiguë, en général légère, compliquer la colique de plomb.

Cette entérite peut ressortir à deux pathogénies : dans certains cas, elle paraît être primitive et due à une poussée aiguë d'un catarrhe intestinal; d'autres fois, elle est *secondaire* et provoquée par l'action des drastiques sur l'intestin; aussi l'usage de ces derniers, dans le traitement de la colique de plomb, doit-il être très restreint.

La colique de plomb joue, à l'égard de l'*hystérie* saturnine, le rôle de cause occasionnelle; elle provoque ou rappelle les manifestations aiguës de la névrose : crises convulsives, troubles sensitivo-sensoriels et paralytiques.

D'une manière générale, les rapports de la colique de plomb avec les autres affections peuvent être résumés ainsi :

Les *affections aiguës* jouent, à l'égard de la colique de plomb, le rôle de cause provocante.

La colique de plomb, véritable traumatisme pathologique, possède, sur les *affections chroniques*, une influence néfaste : elle hâte leur marche et peut amener rapidement leur terminaison fatale. S.

Des déchirures du bord interne de l'iris par contusion du globe oculaire, par M. le docteur Maurice Nicolle. (Th. de Lyon, 1900.)

La thèse de M. Nicolle forme une étude extrêmement complète dont nous extrayons les conclusions suivantes :

Les déchirures du bord interne de l'iris par contusion du globe oculaire sont très rares. Elles résultent de coups violents et brusques. Elles ont été observées à tous les âges de la vie, presque exclusivement chez des hommes.

Les diverses théories émises sur le mode de production de ces déchirures soulèvent de nombreuses objections.

Nous pensons qu'elles sont le résultat de deux facteurs : l'un, purement physique, la dilatation de l'arc scléral, entraînant une dilatation irrégulière et passive de la pupille; l'autre, physiologique, la contraction réflexe, brusque, exagérée, incoordonnée du sphincter irien. Ces deux facteurs réunis provoquent ainsi une véritable rupture musculaire.

Elles sont plus ou moins étendues, comme aussi, plus ou moins superficielles. Elles peuvent être multiples et de grandeurs différentes sur le même iris. Elles s'accompagnent le plus souvent d'hyphœma; et, dans la plupart des cas, la présence de la dilitation de la pupille, de sa déformation ovalaire ou elliptique, et de l'hyphœma pourra faire conclure à l'existence de déchirures, si l'examen direct laisse quelque doute. La pupille réagit aux divers agents, mais plus lentement qu'à l'état normal.

Les déchirures de l'iris sont parfaitement reconnues par la loupe et l'éclairage oblique, après la résorption de l'hyphœma. Les plus légères encoches peuvent seules passer inaperçues, lorsque le malade est vu longtemps après son accident. Elles devront être différenciées des cas de mydriases traumatique, hystérique et organique, de mydriase provoquée, et des anomalies pupillaires congénitales ou acquises, des enclavements légers de l'iris et de son renversement. Ce diagnostic peut, en effet, avoir son importance dans les expertises médico-légales.

La restitution *ad integrum* de l'iris est l'exception. Il persiste ordinairement une mydriase peu gênante, l'accoutumance fera le plus souvent disparaître les troubles de la vision. Aussi, le pronostic dépendra surtout des altérations concomitantes fréquentes : luxation du cristallin, cataracte, paralysie de l'accommodation due à une rupture du muscle ciliaire, rupture de la choroïde, hémorragies rétiniennes, etc.

Le traitement est symptomatique. On pourra conseiller des instillations d'ésérine ou de pilocarpine, faites seulement quelques jours après l'accident. On ne songera à l'emploi de lunettes sténopéiques que si le malade doit en retirer des résultats certains. R.

Contribution à l'étude de la syndactylie congénitale, par M. le docteur A. Kruger. (Thèse de Montpellier, 1900.)

L'auteur rapporte deux nouveaux cas de syndactylie congénitale qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Estor. A propos de ces deux observations l'auteur s'est livré à l'étude clinique détaillée de cette lésion.

La syndactylie congénitale se rencontre sous trois formes : la syndactylie membraneuse, la coalescence cutanée, la syndactylie osseuse; reconnaissant toutes trois un vice d'évolution du bourrelet digital ou des lames interdigitales. Quant aux autres formes de fusion des doigts qu'on peut observer au moment de la naissance, elles sont dues à une cause tout autre qu'un vice d'évolution et n'ont de congénital que le nom.

Il faut toujours reconnaître la nature aussi exacte que possible des lésions, et la radiographie est pour cela d'une grande utilité.

Ces trois formes sont toutes justiciables du traitement chirurgical, mais ce traitement est contre-indiqué : 1° quand tous les doigts sont réunis dans une même gaine cutanée; 2° quand les fusions osseuses se généralisent à toute l'étendue des doigts en contact; 3° quand le malade, par suite d'autres malformations, n'a aucun avantage à retirer de l'intervention.

Si l'on veut donner au malade le plus de chances de guérison, on ne doit intervenir qu'entre six et dix ans. L. I.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris (1), par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux.

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées : les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'anatomie et de pathologie; ils

(1) 30 fasc. gr. in-8° de 48 p., avec fig. Prix du fascicule : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'internat* : I. Larynx et trachée. — II. Poumons et plèvre. — III. Cœur. — IV et V. Thorax. — VI. Crâne et face. — VII. Œil et oreille. — VIII. Encéphale. — IX. Moelle. — X. Moelle et rachis. — XI. Cou et corps thyroïde. — XII. Langue, voile du palais, amygdales. — XIII. Œsophage et estomac. — XIV. Intestin. — XV. Rectum et Périnée. — XVI. Foie et voies biliaires. — XVII et XVIII. Abdomen. — XIX et XX. Reins, uretères, vessie. — XXI. Organes génitaux de la femme. — XXII. Organes génitaux de l'homme. — XXIII. Accouchements. — XXIV et XXV. Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII. Membre inférieur. — XXIX et XXX. Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Petite chirurgie de Jamain [8e édit. (1)], par F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine, et M. Péraire, ex-assistant de consultation chirurgicale.

Ce livre est le vade-mecum des praticiens et des étudiants. Sa valeur pratique n'est plus à discuter. Cette huitième édition, qui vient de paraître, est mise au courant des progrès les plus récents de la chirurgie. MM. F. Terrier et M. Péraire, en le remaniant complètement, sans conserver rigoureusement le plan tracé par Jamain, ont fait un livre tout à fait nouveau, ayant les caractères de simplicité et de clarté qui ont pendant si longtemps assuré son succès. A signaler tout particulièrement les chapitres réservés à la méthode antiseptique et aseptique, au transport des blessés, aux appareils amovibles et inamovibles, à la greffe cutanée, à la gymnastique suédoise, aux sutures, aux injections sous-cutanées et intraveineuses de sérum artificiel, à l'asepsie des voies urinaires. A signaler encore les chapitres consacrés à l'anesthésie locale et générale.

La lutte sociale contre la tuberculose (2), par le docteur Romme, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

La tuberculose se présente dans la plupart des pays avec un ensemble de caractères qui en fait moins une question de médecine et d'hygiène publique qu'un problème à la fois économique et social. C'est ce fait qui explique l'intérêt qui se rattache aujourd'hui à la lutte contre la tuberculose dans tous les pays, et qui a provoqué le grand Congrès international qui vient de se tenir à Londres.

Dans la première partie de cet Aide-mémoire, l'auteur étudie l'étiologie de la tuberculose envisagée comme maladie populaire : logements insalubres, manque d'air et de lumière, misère, alimentation insuffisante, surcroît de travail, insuffisance de repos réparateur, alcoolisme, en un mot, toutes les conditions qui dépriment l'organisme et jouent dans la genèse de la tuberculose un rôle peut-être aussi important que la pénétration du bacille de Koch dans les poumons. Dans la seconde partie, l'auteur expose les moyens que les différents pays ont employés pour lutter contre le terrible fléau; plusieurs chapitres sont consacrés à : la tuberculose et les conditions du travail en Angleterre, les sanatoria et les assurances ouvrières en Allemagne, l'organisation et le fonctionnement des sanatoria allemands, le rôle des sanatoria dans la lutte contre la tuberculose, les sanatoria et l'assistance des tuberculeux en France. L'ouvrage se termine par les différentes communications faites dans les congrès sur la question des sanatoria.

Par le présent volume, M. Romme a continué l'œuvre sociale qu'il avait commencée en publiant : *L'alcoolisme et la lutte contre l'acool*. Chacun trouvera dans ces deux petits volumes tout ce qu'il est nécessaire de savoir sur ces graves questions et pourra y puiser les idées précises et les renseignements exacts qui lui permettront de joindre ses efforts à celui des hommes de bonne volonté qui, de toutes parts, travaillent à organiser la lutte contre la tuberculose et l'alcoolisme, et à en enrayer les ravages.

(1) In-12, 1000 p., 572 grav., cart. à l'angl. Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Petit in-8o. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

145. M. Maillard. Quelques cas d'épithélioma de la face, ablation et autoplastie consécutive. — 146. Mlle Kaplansky. Traitement de la tuberculose infantile par le thiocol. — 147. M. Masbrenier. De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 148. M. Rorderie. Essai sur les indications thérapeutiques dans les appendicites non spécifiques. — 149. M. Leprince. Contribution à l'étude de la main-bote congénitale. — 150. M. Coste. Étude de quelques cas rares d'hématomes de la fosse iliaque droite ayant simulé l'appendicite. — 151. M. Gantois. De l'extirpation précoce dans les synovites tuberculeuses. — 152. M. Vignat. Contribution à l'étude de la méthode Czerny-Trunecek. — 153. M. Guny. De la douleur des orteils dans la fièvre typhoïde. — 154. M. Ferrier. Odontocie et ostéocie. — 155. M. Haranchipy. Hydrorrhée nasale. — 156. M. G. Saint-Maurice. De la méthode de l'eau camphrée pour la mesure de l'odorat. Quelques-unes des applications cliniques et scientifiques. — 157. M. Chauveau. De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants. — 158. M. Semer'l. Du rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'œdème brightique et de quelques symptômes des néphrites. — 159. M. Guilbert. Contribution à l'étude de la respiration stridoreuse chez les nouveau-nés. — 160. M. Legier. Contribution à l'étude de la mortalité infantile sous le titre : Les lois actuelles ne protègent pas toujours suffisamment l'enfant en bas âge. — 161. M. Morin. Étude sur un procédé simple de gastrotomie. — 162. M. Orion. Traitement de la septicémie gazeuse par l'oxygène (gaz oxygène et eau oxygénée). — 163. M. Salmon. De l'analgésie par les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne applicatives à la chirurgie des voies urinaires. — 164. M. Simon (A.). Considérations sur la propreté dans la pratique chirurgicale journalière à la ville et à la campagne. — 165. M. Siffre. Contribution à l'étude des anomalies dentaires. Redressement chirurgical de l'antagonisme inverse. — 166. M. Rousselier. Contribution à l'étude des ruptures extra-péritonéales de la vessie. — 167. M. Valette. L'albuminurie gravidique à la Maternité de l'hôpital Tenon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décision présidentielle du 21 août 1901, a été acceptée la démission, offerte par M. le docteur Lassou, de son grade de médecin de première classe de réserve de l'armée de mer.

MM. les médecins de première classe Labadens et Lafaurie, du cadre de Rochefort, qui avaient été mis à la disposition de la société de la Croix-Rouge française, pour servir en Chine, sont réintégrés au service général à compter du 21 août 1901.

M. le médecin de première classe Dérobert, médecin-major au 5e régiment d'infanterie coloniale, et M. le docteur Bellard, officier du même grade du port de Cherbourg, désigné pour aller servir au 8e régiment d'infanterie coloniale, sont autorisés à permuter.

M. le médecin de première classe Vallot, du cadre de Cherbourg, désigné pour servir au 3e régiment d'infanterie coloniale à Rochefort, est autorisé à permuter avec M. le médecin de première classe Carmouze, du cadre de Lorient, désigné pour le 1er régiment d'infanterie coloniale à Cherbourg.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées pour le dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'or : M. le docteur Salanoue-Ipin, médecin de première classe de la marine.

Médaille de bronze : M. le docteur Le Marchais, de Carhaix (Finistère).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 33e semaine, 765 décès, au lieu de 902 pendant la semaine précédente et au lieu de 930, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre est le plus faible qui ait été constaté depuis le commencement de l'année. Pour trouver moins de décès il faut remonter à la 39e semaine de 1899 ; l'état sanitaire est donc très satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé cependant 14 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 15), sans que le nombre des cas nouveaux ait augmenté (50 au lieu de 52) ; la variole a causé 5 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente : le nombre des cas nouveaux reste stationnaire (42 au lieu de 38) ; la rougeole a causé 9 décès, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (la moyenne est 14) ; la coqueluche, 5 décès (au lieu de 14 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6) ; la diphtérie 5 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente et de la moyenne 4) ; les cas nouveaux signalés par les médecins sont aussi en diminution (63 au lieu de 81 et de 110).

La diarrhée infantile a causé 103 décès de 0 à 1 an (la moyenne est de 140), au lieu de 108 pendant la semaine précédente. Elle continue à frapper les quartiers excentriques pauvres (19 décès dans les dix arrondissements du centre et 84 dans neuf arrondissements de la périphérie, le 16e est indemne). On ne saurait assez recommander aux familles de veiller à la pureté du lait donné aux enfants et à la méticuleuse propreté des vases qui le renferment.

La diarrhée a causé 12 décès de 1 à 2 ans et 4 décès d'adulte. De plus, on a attribué 2 décès au choléra nostras.

En outre, 14 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 84 décès (au lieu de 125 pendant la semaine précédente, et au lieu de 92, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 6) ; bronchite chronique, 8 (au lieu de la moyenne 13) ; pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 23) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 47 (au lieu de la moyenne 50) dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 24 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 168 décès ; la méningite tuberculeuse, 13 décès ; la méningite simple, 20 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 25 décès ; les maladies organiques du cœur, 45 ; le cancer a fait périr 52 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès ; la cirrhose du foie, 10 ; la néphrite, 17 ; enfin, 17 vieillards sont morts de débilité sénile.

Ier Congrès égyptien de médecine. — Un Congrès de médecine se tiendra au Caire du mercredi 10 au dimanche 14 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le khédive et sous la présidence d'honneur de MM. les docteurs Ibrahim pacha Hassan, Pinching, Ruffer, et la présidence effective de M. le docteur Abbate pacha. Le secrétaire général du Congrès est M. le docteur Voronoff.

Ce Congrès comprend trois sections : Sciences médicales (président, M. Comanos pacha) ; — Sciences chirurgicales (président, M. H. Milton) ; — Ophtalmologie (président, M. Mohamed bey Eloui).

Les rapports et communications inscrits à ce jour sont les suivants : « Abcès du foie, » MM. Cartoulis, Voronoff, Colloridi, Comanos pacha, Legrand. — « Alcoolisme et ses progrès en Égypte, » M. de Becker. — « Ankylostome duodénal, » MM. Loos, Ruffer, Sandwith. — « Bilharzia hœmatobia, » MM. Goebel, Morrison, Colloridi, H. Milton, Trekaki. — « Cardiopathie en Egypte, » M. de Semo. — « Dysenterie, » MM. Cartoulis, Hess bey. — « Épidémies en Égypte. Prophylaxie et moyen de les combattre, » MM. Bitter, Engel bey, Crendiropoulo. — « Fièvre bilieuse, » M. Valassopoulo. — « Fièvres paludéennes, » MM. Dreyer, Fornario. — « Filariasis en Égypte, » M. Madden. — « Folie par haschisch, » M. Warnock. — « Granulations conjonctivales en Égypte, » MM. Eloui bey, Sameh bey, Lakah. — « Fréquence de l'hydrocèle en Égypte et sa cure, » M. Colloridi. — « La médecine chez les Arabes, » M. Eïd. — « Myxœdème en Égypte, » M. Brossard. — « Ophtalmie dite égyptienne », MM. Démétriadès, Voilas, Sameh bey. — « Peste, » M. Gotschlich. — « Tuberculose en Égypte, » MM. Ibrahim pacha Hassan, Eïd, Sandwith.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 98. — MARDI 27 AOUT 1901. 74e ANNÉE. MARDI 27 AOUT 1901. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — INJECTIONS DE QUININE ET TÉTANOS, par M. le médecin principal MOTY, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. — LES SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES DANS LES PNEUMONIES GRIPPALES, d'après M. V. NEUMAGER. — MÉDECINE PRATIQUE. Aniline blanche et tuberculose. — REVUE DES THÈSES. Étude sur la suppuration des fibro-myomes utérins (M. A. GUÉRY); — Contribution à l'étude expérimentale du pouvoir pathogène des bacilles d'Eberth et coli; injections intraspléniques (Mlle ZAÏDMANN); — L'épithélioma de la face interne de la joue (M. TELTCHAROFF). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

INJECTIONS DE QUININE ET TÉTANOS

Par M. le médecin principal MOTY, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le mémoire de M. Reynier sur le tétanos (Soc. de chir., 5 juin 1901) appelle à nouveau l'attention sur les cas de tétanos consécutifs aux injections de quinine. Quatre cas de cette nature [épidémie du *Shamrock* (M. Bureau)] avaient déjà été signalés à l'Académie de médecine par M. Polaillon (2 février 1897) et M. Boinet (*Gaz. des hôpit.*, n° 132, 1897) déclare en avoir lui aussi observé des cas au Tonkin.

Ces faits n'ont a priori rien de surprenant puisque le tétanos a été observé à la suite de plaies réunies par première intention et de contusion sans plaies (Boinet, *Ibid.*) et qu'il peut d'ailleurs éclater sans traumatisme préalable.

Il est à remarquer cependant qu'aucun fait de tétanos n'a été observé jusqu'ici, sauf erreur de ma part, à la suite des injections de morphine, qui sont cependant bien plus nombreuses que les injections de quinine, on doit donc admettre que la nature du liquide injecté joue un rôle important dans la production du tétanos.

En poursuivant la comparaison entre les injections de morphine et celles de quinine, on constate que les abcès consécutifs qui ne s'observent guère avec la première que sur des morphinomanes qui se sont fait eux-mêmes sans aucune précaution antiseptique des milliers de piqûres sur un même point du corps, on constate, dis-je, que ces abcès restent fréquents avec la quinine, malgré les précautions antiseptiques qui entrent de plus en plus dans les mœurs médicales. Ils se présentent soit sous forme d'abcès aigus à contenu purulent, mais ceux-ci deviennent de plus en plus rares, soit sous forme d'abcès subaigus aseptiques, sans rougeur de la peau, contenant un bourbillon de tissu cellulaire sphacélé; quelquefois il n'y a pas d'abcès mais il reste une induration sous-cutanée qui se résoud lentement en restant plus ou moins douloureuse pendant trois à quatre semaines (j'en parle par expérience). Ces accidents ont d'ailleurs été décrits mieux que je ne saurais le faire dans un rapport aussi substantiel qu'élégant publié par M. le médecin inspecteur Kelsch dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (t. XXV, p. 81, 1895). Il est donc bien établi que les injections de quinine exposent à des poussées phlegmoneuses plus ou moins sérieuses au niveau du point d'injection.

Le but ordinaire des injections de quinine est d'obtenir une absorption rapide de l'alcaloïde pour combattre un accès de paludisme mettant l'existence du malade en péril imminent.

Nous n'avions autrefois à notre disposition que le sulfate de quinine, et ce sel étant peu soluble nous cherchions à concentrer nos solutions par tous les moyens afin d'obtenir l'action recherchée avec un nombre aussi limité que possible d'injections, on acidifiait l'eau, on chauffait, on neutralisait, on filtrait et on arrivait ainsi à des solutions fraîches saturées au cinquième, qui ne tardaient pas à déposer des cristaux dans toute leur masse et qui ne m'inspiraient que peu de confiance.

Un malade atteint de fièvre typho-palustre grave étant venu à mourir dans les premiers jours de sa maladie à Biskra en 1882, après avoir reçu en pure perte la veille de sa mort des injections de sulfate de quinine au cinquième fraîchement préparées, je profitai de son autopsie pour examiner les points d'injection et je constatai que la quinine s'y était cristallisée en totalité ou à peu près, tandis que l'eau de solution s'était résorbée; le sel de quinine formait une masse spongieuse du volume d'un noyau de cerise imbriquée dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané; toutes les piqûres examinées présentaient la même particularité.

Cette observation me confirma dans la pensée que les injections de sulfate de quinine concentré étaient non seulement dangereuses mais peu efficaces et j'y renonçai définitivement.

L'entrée en ligne du chlorhydrate de quinine, beaucoup plus soluble que le sulfate, pouvait faire espérer que les accidents disparaîtraient à l'avenir à la suite des injections, mais j'augurais mal de la tendance à élever encore le titre des solutions quiniques à la faveur de la solubilité du chlorhydrate et en effet, quelques années après, au Tonkin, j'eus l'occasion de vider un certain nombre d'abcès avec bourbillon de tissu cellulaire d'apparence aseptique, consécutifs aux injections de chlorhydrate de quinine concentré.

Je n'ai jamais eu à regretter d'accidents semblables chez les malades auxquels je faisais moi même des injections

quiniques, parce que je me servais de solutions étendues, le chlorhydrate au dixième, et quand il faisait défaut, le sulfate de quinine au vingtième. Je faisais en plusieurs fois le nombre d'injections nécessaire pour atteindre la dose voulue, en me guidant sur l'état du malade et bien que la quinine, comme les autres médications, fût souvent impuissante dans les infections dites typho-palustres, j'étais cependant convaincu que la dose injectée avait été absorbée.

Un fait récent vient de confirmer cette présomption; un soldat retraité de la marine est évacué du Congo sur France à la suite d'un accès de rémittente bilieuse hémoglobinurique et mort dans le service de M. le médecin-major de première classe Marty par suite d'une grave récidive de son affection compliquée d'abcès du foie (lobule de Spiegel), de dysenterie et de tuberculose pulmonaire.

Ce malade avait reçu, dans les derniers jours de sa vie, un nombre assez considérable d'injections de chlorhydrate neutre de quinine au dixième. Mais bien qu'il fût dans les plus mauvaises conditions d'absorption par suite de son état cachectique avec ictère intense, je pus m'assurer à l'autopsie qu'il ne restait dans le tissu cellulaire absolument aucune trace des injections faites aux cuisses et aux fesses, et, qu'après avoir enlevé la petite plaque de collodion qui recouvrait la plupart d'entre elles, il devenait impossible de reconnaître la place où elles avaient été faites même après incision de la peau. Je puis donc affirmer que les solutions de chlorhydrate de quinine au dixième s'absorbent très rapidement sans laisser aucune trace de leur passage.

Pour revenir au tétanos, je rappellerai que le bacille de Nicolaïer paraît exister à peu près partout et que les moyens antiseptiques que nous possédons sont impuissants à arrêter son développement dans une plaie. Il semble même qu'il se développe mieux en l'absence de concurrents microbiens dans le foyer traumatique et qu'une cause irritante comme la présence d'un corps étranger, de sang épanché ou de tissu sphacélé dans ce foyer, favorise son éclosion; l'injection de quinine concentrée réalise donc les conditions favorables au développement du tétanos : asepsie relative de la plaie et sphacèle sous-cutané des tissus.

On pensait autrefois que ce sphacèle était dû à l'acidité des solutions, mais la constatation de noyaux de sulfate de quinine cristallisé dans les tissus fournit une explication plus satisfaisante de cet accident et la persistance des cas de sphacèle avec les solutions de chlorhydrate de quinine que l'on peut facilement obtenir à l'état de neutralité parfaite, paraît démontrer qu'il faut attribuer cet accident à l'alcaloïde et non à l'acide de combinaison.

La solubilité du chlorhydrate de quinine neutre lui permet peut-être de se résorber après s'être préalablement cristallisé dans les tissus, mais qu'il s'absorbe rapidement dans l'état où on l'a injecté ou lentement après cristallisation, la nécrose cellulaire n'en est pas moins à redouter.

Les injections de quinine sont néanmoins une ressource précieuse; si l'on ne peut guère compter sur elles dans les typho-palustres des régions tropicales, elles donnent d'excellents résultats en Algérie. Ce serait donc une faute de généraliser à leur égard la proscription dont elles ont dû être, pendant quelque temps, l'objet à Madagascar, comme l'a signalé M. Reynier.

Mieux vaut les rendre inoffensives que de les proscrire; de nombreux travaux ont d'ailleurs été entrepris dans ce but; le chlorhydrate de quinine basique a été associé à l'analgésine par les médecins italiens suivant la formule ci-dessous (1) :

Chlorhydrate de quinine basique.........	3
Analgésine.........................	2
Eau................................	6

Le chlorhydrate de quinine neutre (dit acide) a été recommandé par M. Kelsch en solution à 1/2 (Mémoire cité plus haut) et M. le médecin-major Boisson, professeur agrégé au Val-de-Grâce, dans un intéressant mémoire (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1899), préconise le même sel en solution plus concentrée encore.

Dans l'ordre chronologique les sels de quinine employés en injection, se présentent comme il suit : sulfate de quinine, chlorhydrate basique de quinine, même sel associé à l'analgésine, chlorhydrate neutre de quinine; le degré de solubilité de ces sels va croissant dans le même ordre et les inconvénients des injections semblent décroître au fur et à mesure que s'élève la solubilité du sel employé.

Mais il ne faut pas se fier à cette apparence, car le chlorhydrate basique de quinine est entré dans la pharmacopée militaire en 1884; le chlorhydrate neutre l'a remplacé en 1894 avant la campagne de Madagascar et la plupart des travaux cités plus haut sont également antérieurs à cette campagne ou tout au moins au dernier cas signalé dans cette colonie.

Il est donc probable que les accidents tétaniques relevés, se sont produits avec le chlorhydrate de quinine employé suivant les formules actuellement en usage; en effet, ces accidents se sont échelonnés sur la période 1895-1899 dans l'ordre suivant :

2 cas au début de la campagne 1895 ou 1896.
3 cas sur le *Shamrock*, 1896.
1 cas à Madagascar, 1899.

Il est bon d'ajouter que l'interdiction, faite au début de la campagne, n'a pas été maintenue et que l'on a recommencé peu de temps après à employer les injections de quinine.

Tels sont les faits, le total des cas est de 6, ce qui paraît peu au premier abord, mais il faut remarquer que les victimes pèsent de tout leur poids contre les injections de quinine, en effet, la plupart d'entre elles auraient guéri puis qu'elles avaient résisté assez longtemps aux accès de paludisme pour donner au tétanos le temps d'évoluer. Il faut remarquer en outre que le tétanos est presque toujours précédé d'abcès, ce qui nous paraît démontrer que l'irritation locale causée par la quinine est bien la cause la plus importante, et à ceux qui accuseraient les canules mal tenues, j'objecterais encore l'innocuité des injections de morphine.

Il y a donc quelque chose à faire et je reste convaincu qu'on s'est engagé dans une voie fausse et dangereuse en concentrant les solutions. Il n'entre pas dans mon plan d'établir une formule type pour les injections de quinine; mais je dois répéter que je suis opposé aux concentrations dépassant le dixième; d'abord, parce que je suis convaincu que l'absorption de l'alcaloïde se fait moins vite et ensuite parce que l'on s'expose à des complications.

Il serait facile de s'assurer par l'examen des urines de la rapidité relative d'absorption de la quinine avec des solutions au dixième et des solutions concentrées; cette mé-

(1) LAVERAN. *Traité de thérapeutique appliquée*, 1895.

thode, que M. le pharmacien principal Barillé m'a dit avoir employée à l'occasion d'une importante expertise de quinine, donne de bons résultats; l'alcaloïde passe très vite, même pris sous forme de pilules par la voie gastrique (sauf chez les alcooliques à reins altérés). On possède donc un moyen simple de trancher la question d'absorption.

Quant à la seconde question ou plutôt au second grief, il ne nous paraît pas discutable et, quand même une longue série d'injections de quinine concentrée, faites en France, n'auraient causé aucun accident, les faits de tétanos quinique dans les pays chauds n'en subsisteraient pas moins.

M'appuyant sur la haute autorité de M. Laveran qui recommande les prises successives comme la plupart des médecins qui ont longtemps exercé dans les pays palustres, je conclus :

1° Que dans les pays tétanifères il ne faut user que le moins possible des injections de quinine.

2° Que les solutions de chlorhydrate de quinine neutre au dixième se résorbent très rapidement sans laisser aucune trace, même chez les cachectiques, et qu'elles sont indolores même sans antipyrine.

3° Qu'il est avantageux de ne pas dépasser ce titre et de multiplier les injections autant qu'il sera nécessaire pour atteindre la dose voulue en les espaçant autant qu'on le pourra.

LES SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES

DANS LES PNEUMONIES GRIPPALES

D'après M. V. Neumager (1).

Il est possible, sinon fréquent, d'observer au cours des pneumonies des symptômes cavitaires tellement nets que l'on pose immédiatement le diagnostic de caverne pulmonaire. La respiration caverneuse, le gargouillement, la pectoriloquie se présentent, en effet, avec leurs caractères typiques; que l'on joigne à la constatation de ces signes l'existence de troubles généraux : température irrégulière, asthénie extrême, sueurs abondantes, dénutrition rapide, etc., et l'on comprendra que l'on soit en droit de penser, dans ces cas, à la tuberculose. Or, le plus souvent, il s'agit, non de cavités tuberculeuses vraies, mais de lésions d'hépatisation un peu spéciales, d'ailleurs spontanément curables. Il existe donc un intérêt majeur à bien connaître les pneumonies à signes pseudo-cavitaires.

En présence d'une pneumonie se manifestant par des symptômes analogues, il convient de se poser les questions suivantes :

1° *Est-ce une pneumonie grippale?* — Au cours des épidémies de grippe, les pneumonies ont généralement un début insidieux : le frisson unique, solennel du début, est remplacé par une série de petits frissons. La toux est forte et éclatante, l'expectoration muqueuse, puis souvent transparente. Inversement, dans la pneumonie franche, la toux, humide dès le début, est petite, faible et grêle, l'expectoration muco-fibrineuse, rouillée. L'adénopathie trachéo-bronchique est fréquente dans la pneumonie grippale. Les signes pseudo-cavitaires sont beaucoup plus précoces et beaucoup plus durables dans les pneumonies grippales que dans les pneumonies franches. Ils se rencontrent surtout aux sommets, ils accompagnent les convalescences lentes avec asthénie, sueurs, amaigrissement.

(1) Th. de Paris, 1901.

2° *Est-ce une pneumonie franche?* — Dans la pneumonie franche, les signes pseudo-cavitaires sont rares et appartiennent à la période terminale de l'affection. Ils apparaissent dès que l'exsudat commence à se liquéfier. Le souffle tubaire du début de la période congestive semble, dans ces circonstances, acquérir une plus grande intensité : il paraît s'amplifier; son timbre se modifie insensiblement; bientôt il n'existe plus qu'un souffle caverneux plus ou moins intense. Lorsque apparaissent les râles de la liquéfaction de l'exsudat, ces râles acquièrent un volume considérable et prennent le caractère de râles caverneux. Il n'est pas jusqu'à la bronchophonie qui ne puisse simuler la pectoriloquie. De cette triade, dit M. Cassaët, peut naître bien facilement l'erreur, si l'on ne tient compte du début de l'affection, de son extrême rapidité, de la nature de l'expectoration, de la disparition graduelle du souffle et des râles. Ces symptômes cavitaires s'expliquent, pour M. Faisans, par la compression des grosses bronches, compression aboutissant à la formation d'ectasies plus ou moins volumineuses, mais suffisantes pour agir de la même manière que des cavités morbides et produire du souffle caverneux.

3° *Est-ce une pneumonie tuberculeuse?* — Une tuberculose aiguë à lésions massives, affectant la forme pneumonique, peut encore donner lieu à erreur. Mais là, l'établissement des signes cavitaires apparaît rarement avant la troisième ou la quatrième semaine. Le plus souvent d'ailleurs, la phtisie aiguë pneumonique se présente à l'observateur avec les apparences d'une maladie primitive. Les signes fonctionnels du début sont ceux de la condensation pulmonaire. Le foyer tuberculeux siège plus souvent à droite qu'à gauche, à la base qu'au sommet du poumon. Au début, il y a absence complète de murmure vésiculaire dans toute la zone atteinte. Il n'y a que lorsque la matière caséeuse se ramollit que l'on commence à percevoir les signes cavitaires. Lorsque les excavations sont petites, le souffle caverneux peut arriver à prendre tous les caractères du souffle tubaire et donner l'idée d'une pneumonie franche. D'autres fois, le retentissement du bruit trachéal à travers la masse indurée simule le souffle caverneux et peut faire supposer l'existence d'une excavation. Il est rare que l'on observe les symptômes cavitaires dans les formes rapides de la pneumonie tuberculeuse, le malade mourant souvent avant que le bloc caséeux n'ait eu le temps de se ramollir. C'est dans la forme lente que l'on assiste à leur établissement. Leur apparition s'accompagne d'une aggravation notable des signes généraux. La température présente de grandes oscillations irrégulières. Les sueurs, l'amaigrissement, le pouls rapide et très faible, l'asthénie générale jugent la nature tuberculeuse de l'infection générale.

4° *Est-ce une adénopathie trachéo-bronchique?* — Les ganglions trachéo-bronchiques enflammés, qu'ils entourent les bronches ou se vident dans l'une des cavités bronchiques, peuvent donner lieu à des signes cavitaires. On reconnaîtra cette variété aux caractères suivants : la région où l'on perçoit ces signes est toujours très rapprochée de la colonne vertébrale ; le maximum des signes physiques est toujours très près du rachis. Il existe parfois une déformation du manubrium, de la matité dans les aires ganglionnaires antérieure et postérieure.

5° *Ces signes cavitaires sont-ils dus à un abcès métapneumonique?* — La suppuration du bloc pneumonique est rare. Quand elle se produit, les crachats deviennent presque subitement purulents, et l'évolution clinique, l'état de santé antérieur,

la soudaineté du début, les signes sthétoscopiques de la période d'envahissement pulmonaire suffisent, d'habitude, pour empêcher toute erreur et éviter de diagnostiquer une tuberculose pulmonaire. L'élimination du séquestre pulmonaire est plus rapide dans le cas d'abcès métapneumonique que dans le cas de fonte caséeuse tuberculeuse.

6° *Est-ce une pleurésie interlobaire métapneumonique?* — Laënnec avait déjà remarqué que cette pleurésie interlobaire est presque toujours suppurée. Elle ne donne lieu à des signes cavitaires qu'après la vomique. Ces signes cavitaires seront rapportés à leur véritable cause si l'on a soin de se rappeler l'évolution des accidents et si l'on tient compte des vomiques qui ont commencé le jour même où la pleurésie interlobaire s'est ouverte dans les bronches.

7° La pneumonie peut se compliquer de *gangrène pulmonaire* et présenter également, après l'élimination de la partie mortifiée, des signes cavitaires. Cette terminaison exceptionnelle sera facilement reconnue grâce aux caractères de l'expectoration, fétide et abondante, et souvent compliquée d'hémoptysies.

8° *Les signes pseudo-cavitaires sont-ils dus à ce qu'on a appelé le pneumothorax des pneumoniques?* — Dans ce cas, on trouvera, du côté malade, le syndrome physique habituel du pneumothorax : sonorité exagérée, absence totale du murmure vésiculaire.

Il reste enfin à différencier les pneumonies grippales à signes pseudo-cavitaires des *cavernes tuberculeuses*. On y arrivera le plus souvent en se fondant sur un examen approfondi du malade. Les commémoratifs diffèrent : la caverne se forme lentement, même dans le cas de phtisie caséeuse à marche rapide, la pneumonie grippale, au contraire, est complètement constituée en deux ou trois jours et le plus généralement, l'aspect du malade, les signes physiques et fonctionnels permettent le diagnostic. Les signes pseudo-cavitaires de la pneumonie surviennent très vite et se révèlent à l'examen en même temps que la phlegmasie est en pleine évolution; ils peuvent apparaître du troisième au neuvième jour, et c'est du jour au lendemain qu'on les trouve formés, avec leur symptomatologie complète dès le début. Les signes cavitaires vrais sont stables, fixes, ils tendent à augmenter : dans les cas très rares où ils disparaissent, ils s'atténuent lentement. Avant de percevoir les signes cavitaires vrais, on assiste, pour ainsi dire, à leur formation. Les signes pseudo-cavitaires, eux, se montrent très rapidement, ils sont mobiles, variables et disparaissent le plus souvent après quelques jours. Cependant, dans certaines pneumonies grippales où la convalescence est lente, le soufffe caverneux peut persister des semaines et même des mois. Dans ces cas, le diagnostic se fera surtout par l'ensemble des signes fonctionnels et généraux. Autant ces symptômes sont accusés dans les cavernes tuberculeuses, autant ils sont atténués dans les pneumonies grippales. Si la convalescence de ces pneumonies est parfois très lente, s'il y a des sueurs nocturnes abondantes, si la toux est longue à disparaître, s'il existe une asthénie post-grippale profonde, jamais les malades porteurs de signes pseudo-cavitaires n'ont l'aspect cachectique des phtisiques. La fièvre est nulle, en général, dans la convalescence de la pneumonie grippale ; il y a plus souvent même de l'hypothermie. L'expectoration est faible ou nulle. Enfin, le début de l'affection, sa marche, la fièvre pneumonique, la fièvre grippale qui auront accompagné l'apparition des signes pseudo-cavitaires, la notion d'une épidémie de grippe permettront le plus souvent de faire le diagnostic de la pneumonie grippale à signes pseudo-cavitaires.

MÉDECINE PRATIQUE

Aniline blanche et tuberculose.

« Un jour, raconte Mme le docteur Eva Abramovitch dans son intéressante thèse (1), un pharmacien, auquel je demandais un balsamique pour l'employer en inhalations, me donna, par une erreur dont je ne saurais assez le remercier, un flacon d'aniline brute, jaune foncé, souillée d'impuretés.

Je m'en suis servie pendant trois semaines : je fus successivement jaune, bleue, verte, j'eus des vertiges, des céphalées, mais ma toux cessa.

Quelques mois après, de nouveau malade, je revins à mon huile, additionnée, cette fois, d'eau boriquée, et ce traitement eut encore raison de la toux.

C'était assez pour éveiller ma curiosité. J'ai cherché, mes maîtres m'ont aidée, et je crois avoir trouvé. »

L'aniline (C^6H^7Az) ou phénylamine ($C^6H^5AzH^2$), sur laquelle Mme Abramovitch nous donne d'intéressants renseignements, a été découverte et étudiée pour la première fois, en 1826, dans l'huile empyreumatique.

Aniline est le nom dérivé du mot portugais désignant indigo. Rounge découvrit l'aniline dans les goudrons. W. Hoffmann lui donna le nom de phénylamine.

On la prépare dans l'industrie en réduisant la nitrobenzine par un mélange d'acide acétique à 45 degrés et de limaille de fer (procédé de M. Béchamp).

Lorsqu'elle est pure, qu'elle vient d'être distillée, elle se présente sous l'aspect d'une liqueur huileuse, incolore, très réfringente, mais rapidement, à la lumière, elle jaunit, brunit, prend une teinte rouge foncé.

Son odeur paraît rappeler celle de la violette à laquelle se mêlerait un vague parfum de bois de sapin frais. Sa saveur est brûlante. Sa densité est voisine de celle de l'eau, 1036 à 0 degrés, 1025-1028 à 15 degrés. L'aniline cristallise à — 8 degrés et bout à 183°5 ; à + 30 degrés elle possède une tension de vapeurs très notable. 1 gramme représente XXXVI gouttes.

La tension de ses vapeurs est 3019. A peine soluble dans l'eau, elle se dissout seulement dans 31 parties d'eau (à 12 degrés). Elle se dissout en toutes proportions dans l'alcool et l'éther, les carbures d'hydrogène. Elle dissout elle-même le soufre, le phosphore, l'indigo, les résines, le camphre, elle se mêle facilement aux corps gras et aux huiles. Sa réaction alcaline est très faible. Elle coagule l'albumine. Son union à l'acide chlorhydrique dégage 7,4 calories.

Ce sont des corps surajoutés qui constituent ses impuretés : nitrobenzine, toluidine, xyldine, etc.

C'est pourquoi il faut absolument redistiller l'aniline chaque fois qu'on veut s'en servir en thérapeutique.

Une fois pure, elle est inoffensive.

Mme Abramovitch a fait absorber l'aniline soit au moyen de frictions cutanées, soit par la voie stomacale, soit à l'aide des inhalations.

Ce dernier procédé se rattache spécialement à la cure de la tuberculose pulmonaire.

Au début de ses expériences à l'hôpital, son appareil se composait simplement d'un flacon dont le bouchon était traversé par deux tubes de verre. Un tube, rectiligne, met l'air extérieur en relation avec le milieu liquide. Un deuxième tube, coudé, n'atteint pas la surface de l'aniline, c'est par lui que se fait l'aspiration.

Mme Abramovitch a, depuis, fait construire un appareil

(1) Thèse de Montpellier 1901. — Cf. *Montpellier méd.*, 29 juillet 1901.

spécial d'une seule pièce permettant de supprimer le bouchon.

Le diamètre des ouvertures est d'un centimètre, calibre qui correspond à peu près à l'ouverture du larynx. Cette dimension a l'avantage de ne point causer une aspiration pénible, sans permettre toutefois au liquide de monter jusqu'à la bouche.

Quel que soit celui des modèles qu'on choisisse, il faut verser la solution d'aniline en quantité suffisante pour qu'elle baigne l'extrémité du tube rectiligne, c'est-à-dire *une hauteur d'un centimètre et demi environ, pas plus.* :

« *Technique des inhalations.* — Les inhalations doivent être lentes et profondes. Il faut procéder progressivement et faire l'éducation des malades.

L'aniline fraîchement redistillée sera mêlée à de l'eau saturée d'acide borique en proportions faibles au début puis de plus en plus fortes; à ce mélange on ajoutera un peu d'alcoolature de menthe.

Au début du traitement, la proportion d'aniline doit être très faible, pour que le malade s'y habitue (à 1/4).

Les premiers jours on donnera :

Formule I.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée	5 cent. cubes.
Eau boriquée saturee (à 4 p. 100), bien redistillée	15 —
Alcoolature de menthe (à 4 p. 100), bien redistillée	2 —

Chaque demi-heure, 15 à 20 inhalations.

Les jours suivants, la proportion d'aniline peut être plus forte (à 1/3).

Formule II.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée	8 cent. cubes.
Eau boriquée saturée, bien redistillée	12 —
Alcoolature de menthe, bien redistillée	2 —

Chaque demi-heure, 20 à 25 inhalations.

Dans les cas peu avancés on peut mettre moitié d'aniline dans le mélange. On la mettra dans la proportion de 2/3 lorsqu'il s'agira de lésions graves ou de laryngite.

Formule III.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée	12 cent. cubes.
Eau boriquée saturée, bien redistillée	8 —
Alcoolature de menthe, bien redistillée	2 cent. cubes.

Chaque demi-heure, 25 à 30 inhalations.

Il ne faut jamais donner pour les inhalations de l'aniline non étendue.

Le traitement sera maintenu tant que les signes stéthoscopiques n'auront pas disparu, tant qu'il y aura des microbes dans les crachats, et prolongé, à doses décroissantes, bien au delà de la guérison apparente, pour éviter les récidives.

Action thérapeutique. — L'aniline est un antiseptique auquel le bacille de Koch ne résiste pas. Les vapeurs pénètrent dans le poumon malade, baignent les parois des cavernes, vont attaquer l'ennemi au sein même du parenchyme.

Une hyperleucocytose active se produit, le microbe, affaibli, se laisse détruire; la cicatrisation commence.

Dès le début, la quantité des crachats se réduit brusquement, leur nature se modifie. On les porte sous le microscope; ces préparations montrent une diminution des bacilles.

Si le traitement est prolongé il arrive un jour où on les cherche vainement, il n'y en a plus. L'asepsie des voies respiratoires est réalisée. Et tout de suite le phtisique, qui ne mangeait plus, sent l'appétit lui revenir et s'exagérer. Il mange beaucoup, si on lui donne beaucoup, il digère bien. Il engraisse, c'est le critérium de la guérison.

Chez des sujets sains (en dehors des lésions bacillaires) et raisonnables, il n'y a rien à redouter, ni pour le cœur, ni pour le système nerveux, ni pour le rein.

Si le malade est imprudent, au contraire, s'il en avale une dose, ou s'il en conserve dans la bouche, ou encore si c'est un cardiaque, un alcoolique, un nerveux, il faudra craindre la cyanose, les vertiges, la tachycardie, parfois les convulsions, mais tous ces accidents n'ont rien d'effrayant, car ils sont passagers. »

REVUE DES THÈSES

Étude sur la suppuration des fibromyomes utérins, par le docteur A. Guéry. (Th. de Paris, 1901.)

La suppuration des fibromyomes de l'utérus n'est pas très fréquente et devient de plus en plus rare avec l'application de plus en plus répandue des méthodes antiseptiques dans la pratique gynécologique et obstétricale.

Les causes prédisposantes de cette suppuration sont les diverses dégénérescences des fibromes (surtout la dégénérescence œdémateuse et calcaire) et les modifications de nutrition produisant l'ischémie et la nécrose. Mais la *grossesse*, par les complications que le fibrome et l'utérus gravide sont susceptibles de produire l'un sur l'autre par une aggravation réciproque, est la cause prédisposante la plus importante.

La cause déterminante est, soit un traumatisme septique direct, soit, plus souvent, un processus infectieux parti de la cavité et de la muqueuse utérines et gagnant le fibrome par la voie lymphatique ou sanguine. Le staphylocoque blanc, le streptocoque, le bacterium coli, et un micro-organisme trouvé par Hartmann et Mignot, sont les divers agents pathogènes qu'on a rencontrés dans le pus de ces suppurations.

Dans les fibromes interstitiels, la suppuration débute soit par le centre du fibrome (processus infectieux secondaire succédant le plus souvent à une nécrose aseptique primitive), soit par la capsule cellulaire entourant le fibrome (suppuration qui détermine le plus souvent à son tour la nécrose et le sphacèle purulent de toute la masse).

Dans les fibromes sous-muqueux, devenus intra-cavitaires, la suppuration vient compliquer le sphacèle lorsque la surface du myome s'ulcère et s'infecte au contact des micro-organismes pathogènes du canal vagino-utérin.

La suppuration des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux se manifeste généralement par l'augmentation rapide du volume de la tumeur, son ramollissement, la douleur spontanée et provoquée à son niveau, la fièvre et quelquefois l'écoulement de pus par l'orifice utérin.

La suppuration et l'infection des fibromes sous-muqueux devenus intracavitaires (surtout l'infection causée par un traumatisme chirurgical septique ou une ablation incomplète) se manifestent par des phénomènes de septicémie et quelquefois de pyohémie rapidement mortels.

Enfin, pendant la grossesse, la suppuration du fibrome produit presque toujours l'avortement, qui se complique fréquemment alors d'infection puerpérale.

Le pronostic des suppurations des fibromes est grave.

Il est grave par les complications qui peuvent se produire avant toute intervention chirurgicale (péritonite par rupture dans la cavité abdominale, perforation vésicale ou intestinale, septicémie).

Il est grave au point de vue des interventions, car on doit opérer souvent sur un malade en état de septicémie, et enlever une tumeur le plus souvent compliquée d'adhérences.

Le traitement préventif sera de redoubler de précautions antiseptiques dans tous les soins chirurgicaux donnés aux malades portant un fibrome, et surtout un fibrome compliqué de grossesse; et, d'autre part, d'enlever les tumeurs fibreuses le plus tôt possible et avant toute complication.

Une fois la suppuration produite :

Pour les fibromes interstitiels, sous-péritonéaux et même pour les fibromes polypeux restés intra-utérins, nous croyons préférable de faire, après désinfection préalable de la cavité vaginale et tant que l'état général de la malade le permet, l'*hystérectomie abdominale subtotale*, avec fermeture soignée du moignon de col utérin.

Pour les fibromes sous-muqueux, polypeux, ayant déjà gagné la cavité vaginale, nous pensons qu'il vaut mieux enlever tout d'abord par la voie vaginale, dans une première opération, toute la masse sphacélée, de désinfecter soigneusement la cavité vagino-utérine, et d'enlever (dans une deuxième opération, si c'est nécessaire) la masse restante, par une hystérectomie soit abdominale, soit vaginale, suivant le volume de cette masse.

Enfin, pendant la grossesse, en présence d'un fibrome suppuré, on peut être appelé à faire, suivant les cas, soit la myomectomie; soit l'hystérectomie abdominale après avortement spontané; soit l'hystérectomie abdominale, après avoir provoqué l'accouchement prématuré, si l'enfant est vivant; soit enfin l'opération de Porro. S.

Contribution à l'étude expérimentale du pouvoir pathogène des bacilles d'Eberth et coli; injections intra-spléniques, par Mlle R. Zaïdmann. (Thèse de Montpellier, 1900.)

Mlle Zaïdmann a entrepris des expériences sur l'injection de bacilles d'Éberth et coli directement dans la rate après laparotomie. Le résultat de ces recherches est que les effets déterminés par l'injection intra-splénique ne diffèrent pas de ceux que produit l'injection dans les veines. La culture injectée diffuse rapidement dans les veines spléniques et l'introduction dans la rate doit être assimilée à l'injection dans le domaine de la veine porte.

La voie intra-splénique de même que la voie intra-veineuse se montrent favorables à l'action pathogène des deux microbes chez le cobaye. Introduit par l'une et l'autre voie, les bacilles d'Éberth et coli tuent les cobayes en moins de vingt-quatre heures par septicémie suraiguë. Parmi les lésions produites on trouve constamment des lésions stomacales d'intensité diverse et un œdème transparent, gélatiniforme, qui dissocie les lobules pancréatiques.

Dans trois cas, l'auteur a constaté des localisations de la maladie sur le système nerveux central.

Mais la voie intra-splénique, pas plus que la voie veineuse, ne détermine la maladie analogue à la fièvre typhoïde chez l'homme, qui a été obtenue surtout par la voie stomacale. L. I.

L'épithélioma de la face interne de la joue, par M. le docteur Teltcharoff. (Thèse de Montpellier, 1900-1901.)

L'épithélioma de la face interne de la joue vient, par ordre de fréquence, après ceux des lèvres et de la langue.

Histologiquement, c'est un épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé, ou à la fois lobulé et tubulé.

Les irritations prolongées, produites par la fumée du tabac, la pipe, les dents mal implantées, les chicots, sont des causes déterminantes.

Le traitement chirurgical est le seul qui puisse donner de véritables résultats; mais la récidive post-opératoire est presque la règle habituelle. L'extirpation précoce de la tumeur doit être pratiquée aussi rapidement et aussi largement que possible.

Le traitement médical doit être complètement rejeté et considéré comme n'ayant aucune action efficace sur le mal. Les caustiques, comme l'azotate d'argent par exemple, doivent être rigoureusement prescrits; leur action superficielle n'étant qu'un coup de fouet formidable au progrès du mal.

Chez les sujets prédisposés par hérédité, il faut éviter toute cause irritante de la cavité buccale : le tabac, la pipe courte, la chique; arracher les dents érodées, chicots, tenir autant que possible une propreté constante de la bouche.

H. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les expertises médico-légales (1), par Firmin Dervieux, docteur en médecine, licencié en droit de l'Université de Paris.

Ce travail est très intéressant, non seulement parce qu'il expose très nettement toutes les expertises médico-légales, aussi bien civiles que criminelles, mais encore parce que, grâce à la double qualité de l'auteur, la question est traitée aussi complètement que possible.

Il n'existait, jusqu'ici, pas de monographie de ce genre; les uns avaient envisagé le sujet au seul point de vue juridique, les autres l'avaient discuté en son sens exclusivement médical. M. Dervieux, réunissant le double titre de médecin et d'avocat, pouvait, seul, en voir les différents aspects, discuter le point de vue légal pur comme les avantages et les inconvénients des projets quand il s'agirait de les mettre en pratique. C'est une véritable synthèse.

M. Dervieux ne se contente pas de faire œuvre de critique, il innove. Après avoir exposé l'état actuel de la législation qui régit les expertises, tant en matière civile qu'en matière criminelle, il établit un parallèle entre ces deux procédures, puis il passe à l'étude des diverses propositions en commençant par le projet de loi de M. Cruppi. L'auteur, une fois ces données bien établies, discute les changements à apporter à l'état de choses actuel, propose des innovations et termine, enfin, en insistant sur la nécessité des réformes dans l'enseignement de la médecine légale.

Ce travail, clairement et sobrement rédigé, sera d'une grande utilité pour ceux qui voudront étudier la question en évitant les longues recherches bibliographiques auxquelles s'est livré l'auteur et qu'il a d'ailleurs indiquées dans un index très complet.

Le massage thérapeutique de l'abdomen (2), sa technique, ses indications, par le docteur Salignat.

Le massage est devenu une branche importante de la thérapeutique médicale : il n'est plus permis de s'en servir sans bien le connaître. Le massage agit par des effets mécaniques et par des effets réflexes : ces effets peuvent porter sur l'état local, sur le voisinage et sur l'état général; ils peuvent encore être excitants ou calmants, enfin agir à la surface ou profondément.

Le docteur Salignat a groupé en un petit volume portatif la technique et les indications du massage dans les affections de l'abdomen; l'exposé en est aussi simple que possible, bien que l'auteur n'ait négligé aucune manipulation. Il passe successivement en revue les parois abdominales (hernies, obésité), l'estomac (dilatation, hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie), l'intestin (constipation, entérite muco-membraneuse, diarrhée chronique), le foie (congestion,

(1) In-8°, 112 p. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-16, 120 p., avec fig. Prix : 2 francs. — Paris, J.-Baillière et fils.

cirrhoses, lithiase), le pancréas, la rate, les ptoses abdominales, les reins (congestion, rein flottant), la vessie, la prostate, l'utérus, les trompes et les ovaires.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

168. M. Bornay. Bactériologie des complications de la grippe. — 169. M. Mac Auliffe. La Révolution et les hôpitaux (années 1789-1790-1791). — 170. M. Mesnard. Traitement par la suture des plaies par instrument tranchant du conduit laryngo-trachéal. — 171. M. Béliard. Essai critique sur le traitement des sinusites maxillaires. — 172. M. C. Sudaka. De l'anastomose musculo-tendineuse dans le traitement de certains pieds-bots paralytiques. — 173. M. Rétéossian. L'acide cacodylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 174. M. Chabrol. Contribution à l'étude de l'amputation ostéo-plastique fémuro-rotulienne (procédé de Grilli). — 175. M. Bruder. Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital. — 176. M. Robert. De l'épilepsie, consécutive à la trépanation. — 177. M. Tentcoff. Absence congénitale du grand et du petit pectoral. — 178. M. Lefillatre. Étude sur l'allaitement artificiel dans la classe pauvre. « La Goutte de lait du Havre. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Marseille.* — M. le docteur Queirel est nommé directeur, en remplacement de M. Livon, démissionnaire.

Guerre. — Par décision ministérielle, en date du 21 août 1901, le prix du trousseau qu'auront à verser au Trésor les élèves admis à l'École du service de santé militaire en 1901 est fixé à 1027 fr. 47.

Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 22 août 1901, M. le médecin-major de première classe des troupes coloniales Guérin a été désigné pour servir au Tonkin, en remplacement de M. le docteur Dumas.

Médecins sanitaires maritimes. — Par arrêté en date du 10 août, MM. les docteurs Cazaentre, Chassaing, de Fleury, Kohler, Lajarelle, Lamasson, Matignon, Ozoux, Polier, Rousseau et Schotte, ont été inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes.

Protection des enfants du premier âge. — Une circulaire adressée par la préfecture de police aux directrices des bureaux de nourrices informe ces dernières qu'elle est décidée à assurer la stricte application des dispositions de l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874, relatives aux nourrices sur lieu.

Aux termes de cet article, « toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions déterminées par le règlement d'administration publique. »

En conséquence, à l'avenir aucune nourrice sur lieu ne sera inscrite à la préfecture de police si elle ne se trouve dans les conditions prescrites par la loi, et si elle n'en fournit les justifications nécessaires.

Par suite les pièces à fournir, indépendamment du certificat médical, seront les suivantes :

1° Si l'enfant de la nourrice sur lieu est âgé de sept mois révolus, un extrait de l'acte de naissance de cet enfant à l'appui du certificat du maire de sa résidence ;

2° Si l'enfant est âgé de moins de sept mois, le certificat habituel du maire, lequel devra spécifier expressément que cet enfant sera élevé au sein et que la mère en a justifié par la production du carnet de la nourrice à laquelle elle le confiera.

MM. les maires ont reçu des instructions dans ce sens.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pery, ancien bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux; Caldos (de la Havane), décédé après s'être fait inoculer le virus de la fièvre jaune par les moustiques.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 fr. ; 2e classe, 245 fr.

Départ de Paris le dimanche 8 septembre 1901. — Retour à Paris le 18 septembre.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le travail des glandes digestives, leçons du professur J.-P. Pawlow (de Saint-Pétersbourg). Traduction française mise au courant des derniers travaux du professeur Pawlow et de ses élèves, par V. Pachon e: J. Sabrazès, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 99. — JEUDI 29 AOUT 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1901. — N° 99

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CYTO-DIAGNOSTIC, par M. A. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris. — L'EMPLOI DE LA GLANDE SURRÉNALE EN THÉRAPEUTIQUE, d'après M. BRUNET. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Traitement des phlébites; — Noma guéri par les injections de sérum antidiphtérique; — *Rhinologie :* L'extrait de capsules surrénales en rhinologie; — *Thérapeutique :* Traitement de la syphilis par les injections de sérosité prélevée, sur d'anciens syphilitiques, au moyen du vésicatoire. — REVUE DES THÈSES. Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant (M. Henri GIGAUD-LAFONT); — Le traitement des plaies. Étude historique. Contributions bactériologiques. Pansements modernes (M. A. GOTTSCHALK); — Étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse (M. J. PELTHIER); — Le phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques (M. E. LAFON). — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CYTO-DIAGNOSTIC

Par M. A. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. *Méningite tuberculeuse.* — Enfant de huit ans, amené dans le service hospitalier au huitième jour de sa maladie. Par une première ponction lombaire faite au moment de l'entrée, 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sont retirés. Le liquide est clair et limpide et reste tel. Après centrifugation en tube effilé, on constate de très nombreux lymphocytes polynucléaires. Une seconde ponction, faite six jours après, donne issue à un liquide moins limpide. L'abondance des lymphocytes polynucléaires était plus grande. Mort du malade quatre jours après. A l'autopsie, lésions ordinaires de la méningite tuberculeuse suppurée de la base.

II. *Épilepsie essentielle.* — Homme de trente ans, qui a ses premiers accès en 1894 à la suite d'un coup de foudre. Examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

III. *Syphilis* depuis cinq ans. *Alcoolisme* depuis dix ans. — Homme de vingt-sept ans, entré dans le service pour délire de persécution et délire mystique. Examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

IV. *Sciatique névralgique* très douloureuse chez un jeune homme de dix-neuf ans, datant de dix-huit jours. Examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

V. *Chorée chronique héréditaire.* — Femme de quarante-quatre ans, atteinte depuis l'âge de sept ans. Examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

VI. *Hémiplégie droite* datant de dix-huit mois, due à une hémorragie cérébrale. Contracture permanente des membres paralysés. Homme de soixante-six ans, athéromateux. Examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

VII. *Hémorragie cérébrale* chez un vieillard de soixante-quinze ans. Ce malade présenta une excitation maniaque considérable pendant son court séjour à l'hôpital. Liquide céphalo-rachidien riche en globules sanguins et lymphocytes mononucléaires. A l'autopsie : énorme hydrocéphalie ventriculaire, athérome des artères basilaires, plaques laiteuses nombreuses pie-mériennes à la surface des deux hémisphères. Sur les coupes, piqueté hémorragique abondant de la substance cérébrale, surtout aux lobes antérieurs et occipitaux. Énorme caillot hémorragique récent dans le lobe occipital droit, occupant la corne occipitale et s'étendant jusqu'au cunéus, en détruisant la substance cérébrale. Ce caillot paraît légitimer l'abondance des globules sanguins trouvés à l'examen.

VIII. Ponction lombaire, faite à titre de diagnostic chez un garçon de douze ans, adressé dans nos salles avec le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le père est mort de tuberculose pulmonaire. La sœur du jeune malade est décédée de méningite tuberculeuse. A son entrée à l'hôpital, l'enfant était atteint d'une céphalée intermittente, mais tenace, datant de six mois. En outre, il avait des vomissements, de la prostration, une constipation rebelle, mais pas de température. L'examen du liquide céphalo-rachidien étant demeuré négatif, malgré trois examens consécutifs, le diagnostic d'entérocolite à forme coli-bacillaire fut porté. La guérison survint après trois semaines de traitement par les laxatifs, les antiseptiques intestinaux et une hygiène appropriée.

IX. *Maladie de Charcot* dont le début remonte à deux ans. Homme de quarante ans : paraplégie spasmodique, atrophie musculaire marquée surtout du côté gauche, à la main particulièrement. Syndrome de la paralysie labio-glosso-laryngée. L'examen du liquide céphalo-rachidien accuse de nombreux lymphocytes mononucléaires. A noter, la difficulté avec laquelle coulait ce liquide, goutte à goutte, chacune d'elle séparée par une durée de quelques secondes.

X. *Insolation*, chez un robuste maçon de vingt-trois ans, bien portant d'ailleurs. Il fut conduit à l'hôpital sept jours après l'accident. Le malade se plaignait d'une céphalée atroce, il avait des envies de vomir, de la photophobie, obligé de garder le lit, la situation verticale étant complètement impossible. État de torpeur. Le liquide céphalo-rachidien s'échappe avec jet fort, en pression, à la ponction lombaire. On retire environ 5 centimètres cubes de liquide un peu trouble, jaune citrin. A l'examen, abondance de lymphocytes mononucléaires, mais pas de globules sanguins,

même après examen spectroscopique. Dès le lendemain de cette ponction, la température tombait de 38°4 à 37°8 pour ne plus remonter, les phénomènes douloureux cédaient, le malade causait, reprenait conscience de lui-même et se trouvait beaucoup mieux. La convalescence commença dès lors, l'alimentation fut possible et la guérison complète s'en est suivie.

XI. *Méningite cérébro-spinale suppurée.* — Manœuvre de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital pour une céphalée occipito-cervicale accablante, empêchant tout mouvement et causant une insomnie rebelle. Le malade est prostré, garde au lit le décubitus dorsal. Il répond néanmoins avec lucidité aux questions posées. Il existe une raideur de la nuque considérable, et ce malheureux ne se plaint que d'une seule chose : d'une céphalée occipitale très violente. Aucun autre signe clinique neuro-musculaire n'est à signaler. La température demeure élevée, oscillant de 39°5 à 40 degrés. Une ponction lombaire donne issue à 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, très clair, dont l'examen reste négatif. Cette ponction fut suivie d'une rémission de la céphalée qui reprit son intensité primitive deux jours après. L'examen négatif du liquide céphalo-rachidien fit abandonner le diagnostic de méningite cérébro-spinale porté dès l'abord, et celui de fièvre typhoïde fut mis en avant. Outre la prostration, la céphalée, le malade avait du gargouillement dans le flanc droit et une diarrhée d'aspect dothiénentérique. Cet homme mourut dans le coma, présentant *in extremis* du ptosis de l'œil gauche, une hémiplégie gauche flasque, de l'incontinence des sphincters. L'autopsie, faite douze heures après le décès, donna le résultat suivant :

Aucune lésion viscérale : cœur, poumons et foie absolument sains. L'intestin examiné avec soin sur toute sa longueur, l'appendice, ne portaient aucune trace d'inflammation ancienne ou récente. La rate n'était point grosse et les reins étaient normaux. Seuls, les centres nerveux étaient lésés. Méningite suppurée de la base avec quelques îlots suppurés disséminés à la convexité, surtout sur l'hémisphère droit. Pas traces de tubercules en aucun point. Nulle lésion de la substance cérébrale, cérébelleuse ou bulbaire. Les méninges médullaires offrent sur toute leur hauteur, à leur face postérieure notamment, les signes évidents d'inflammation : épaississement, vascularisation anormale, adhérences, aspect laiteux. Deux foyers de suppuration se voient à la région dorsale médiane et au renflement lombaire. Sur les coupes fraîches, le tissu médullaire ne paraît pas altéré. Ce pus, d'aspect verdâtre, épais, fut recueilli avec les précautions voulues, tant sur le cerveau que sur la moelle. Notre ami, le docteur Dubard, professeur suppléant à l'École de médecine, a bien voulu nous rédiger la note suivante, après examen. Il existe : 1° un gros bacille fusiforme paraissant être un saprophyte; 2° quelques gros coccus disposés en diplocoques et isolés; 3° un très fin bacille, très court, coupé carrément, excessivement petit, prenant bien le Gram, coloré facilement par la thionine et mal par le bleu; 4° pas de bacilles de Koch. Il nous a donc été impossible de saisir la porte d'entrée de cette infection. La ponction a fait dévier le diagnostic. Nous avons noté l'aspect louche du liquide céphalo-rachidien *in situ*.

XII. *Ophtalmoplégie nucléaire* chez un marinier de quarante-neuf ans. Toutes les tentatives faites pour obtenir du liquide cephalo-rachidien échouèrent. Bien que l'aiguille eût pénétré dans le canal médullaire, on ne vit rien s'écouler. Nous citons le fait à titre de curiosité clinique.

Comme l'ont montré quelques auteurs, la ponction lombaire améliore les malades dont la céphalée paraît tenir à un excès de pression du liquide céphaio-rachidien. Notre cas d'insolation est typique. Dès le soir même de la ponction, le malade était soulagé. Il est vrai qu'une quantité relativement considérable avait été rétirée. Nous aurions eu peut-être le même succès dans l'observation VII, si le patient avait été en état de s'en rendre compte.

Ces ponctions ne nous ont point paru être exemptes d'accidents, transitoires d'ailleurs. L'épileptique a eu une céphalée violente consécutive, du malaise général qui l'ont tenu au lit pendant deux jours. Le syphilitique alcoolique a éprouvé une céphalée de grande intensité, qui l'a obligé de garder le lit pendant trois jours sans pouvoir manger. Durant trois jours, il fut plongé dans un état de torpeur, couché, ne parlant plus, ne voulant ni boire ni manger, se plaignant d'un mal de tête violent. Ces symptômes disparurent sans laisser de trace. A ces deux malades, 1 centimètre cube et demi de liquide avait été retiré. Le malade, atteint de maladie de Charcot, dut garder le lit pendant plusieurs jours après la ponction. Outre un malaise général indéfinissable, il ne put manger, se lever sur son lit sans être pris de vertiges. Il ressentait une céphalée violente. Un quart de centimètre cube avait été seulement retiré, car cette céphalée était apparue de suite. Nous pensons qu'il faut agir avec beaucoup de circonspection dans la pratique de ce moyen de diagnostic, d'un grand secours en certains cas, tel notre cas VIII. L'existence de lymphocytes dépend de la réaction méningée contre un processus morbide. N'ayant rencontré de polynucléaires que dans une infection microbienne du système nerveux, nous croyons que leur présence peut être fort utile pour élucider cette question. C'est aux examens ultérieurs qu'il convient de conclure.

Nous adressons nos remerciements à notre ami, M. le docteur Michaut; il nous a facilité ces examens en mettant son laboratoire à notre disposition.

L'EMPLOI DE LA GLANDE SURRÉNALE EN THÉRAPEUTIQUE

D'après M. Brunet (1).

Depuis que les expériences de Brown-Séquard, d'Abelous et Langlois, etc., ont établi le fonctionnement des capsules surrénales, on a pensé à appliquer à différentes maladies les propriétés si curieuses de ces glandes. En *thérapeutique générale*, Stölzner a traité par l'extrait capsulaire un certain nombre d'enfants atteints de rachitisme et noté que, sous l'influence de cette médication, l'état général s'améliore rapidement : les sueurs, l'irritabilité vaso-motrice, les phénomènes du cranio-tabes diminuent sensiblement, la dentition devient plus régulière, la marche plus facile ; Dufour et Roques de Fursac ont soigné avec succès une neurasthénique grave par l'extrait surrénal ; Grünbauer a utilisé les propriétés vaso-constrictives de la glande en l'employant comme hémostatique dans les cas d'hémorragies gastro-intestinales ; Flörsheim a appliqué l'extrait surrénal au traitement de certaines affections respiratoires : asthme, trachéo-bronchite aiguë, bronchectasie, congestion et œdème pulmonaire, etc. ; enfin, récemment, de quelques observations précises, Peters a conclu que l'extrait surrénal est appelé à rendre des services pour combattre les douleurs

(1) Th. de Paris, 1901.

de certains cancers ulcérés et peut avantageusement remplacer la morphine dont il n'a pas les inconvénients.

Ce n'est pas seulement en thérapeutique générale qu'ont été expérimentées les propriétés de la glande surrénale; en *ophtalmologie*, son emploi a été préconisé par de nombreux auteurs. Les expériences de H. Bates, renouvelées par Dor, ont établi le pouvoir vaso-constricteur de l'extrait aqueux ou de la poudre sèche de capsule de mouton. En deux à trois minutes, une goutte d'extrait aqueux à 1 p. 100, instillée sur la conjonctive, provoque une anémie profonde de toute la surface du globe oculaire, tous les vaisseaux conjonctivaux disparaissent, la sclérotique devient d'un blanc éclatant et l'œil entier prend un aspect livide. Cette anémie oculaire dure plus ou moins longtemps suivant les sujets et suivant la dose instillée, mais elle est constante. Sur des yeux malades, la durée de l'effet est d'autant moins longue que l'œil est plus hyperhémié, mais il n'est pas de congestion si intense qui ne disparaisse, pendant quelques instants tout au moins, sous l'influence d'instillations d'extrait surrénal répétées deux à trois fois. Le pouvoir vaso-constricteur de l'extrait aqueux de capsule surrénale mérite donc d'être bien connue (Darier, Landolt, Wolffberg). D'autant que cette substance permet, dans nombre de cas, de se servir utilement de cocaïne. On sait, en effet, que la cocaïne agit mal, ou même n'agit pas du tout, sur des yeux fortement hyperémiés. Mais, si l'on a soin d'instiller alternativement quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne et quelques gouttes d'un collyre surrénal, à deux ou trois reprises, on peut obtenir une anesthésie complète permettant d'opérer sans craindre les mouvements instinctifs de défense du globe de l'œil. L'extrait surrénal pourra donc rendre de réels services si on l'associe à la cocaïne dans tous les cas de chirurgie oculaire superficielle faite sur des malades chez lesquels le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués. De plus, l'anesthésie locale obtenue, l'extrait surrénal agit encore comme hémostatique. Il vient heureusement renforcer l'action des autres médicaments dans les conjonctivites (Darier, Zimmermann), les kératites pustuleuses (Darier), l'épiphora, etc. En somme, de par son pouvoir vaso-constricteur, la glande surrénale possède deux propriétes importantes en clinique ophtalmologique : elle anémie les parties superficielles du globe oculaire, elle joue le rôle d'hémostatique : elle sera donc indiquée dans tous les cas où il existe une congestion oculaire.

C'est surtout dans la *maladie d'Addison* qu'a été employée la glande surrénale. S'il est vrai que cette maladie relève toujours d'une insuffisance capsulaire, d'un vice de sécrétion de la glande, rien de plus juste que de la traiter par l'administration, sous des formes pharmaceutiques d'ailleurs variées, de capsule surrénale. Bien qu'il soit peut-être téméraire d'affirmer à l'heure actuelle que l'opothérapie surrénale guérisse radicalement la maladie d'Addison, il est certain que des résultats satisfaisants ont été obtenus, résultats consignés dans les thèses récentes de MM. Dupaigne et Hémet. Ces résultats varient d'ailleurs avec la façon dont est pratiquée la méthode. A ce sujet, on peut dire tout d'abord que cette substance étant éminemment toxique, il ne faut pas dépasser les doses de 1 gramme à 1g50 par jour, doses déjà très élevées. On choisira de préférence des capsules surrénales de veau et de mouton. Quant à la forme sous laquelle il faut administrer la glande, il est bon de se rappeler que la greffe sous-cutanée a donné des résultats déplorables et doit être définitivement délaissée. La voie sous-cutanée présente plusieurs inconvénients : les injections nécessitent une asepsie complète, elles ne peuvent être faites que par le médecin, elles sont très douloureuses. Il n'est pas prouvé de plus que leurs résultats soient supérieurs à ceux que l'on obtient en administrant la glande par la voie digestive. Voici cependant les formules proposées pour les injections sous-cutanées.

1° Capsules surrénales de cobayes .... 0g80 centigr.
Eau bouillie .... 10 grammes.
Chlorure de sodium .... }
Sulfate de soude .... } 0g07 centigr.

Triturer; laisser macérer vingt-heures; filtrer sur papier stérilisé; injecter 2 à 5 centimètres cubes. (Langlois.)

2° Capsules surrénales fragmentées .... 10 grammes.

Faire macérer dans :

Glycérine à 30 degrés .... 10 —
Eau bouillie contenant 25 grammes de sel par litre ... 5 —

Laisser macérer une demi-heure, filtrer avec papier, stériliser au moyen de l'acide carbonique sous pression. Diluer d'une quantité égale d'eau bouillie pour l'usage hypodermique.

La voie rectale peut être utilisée surtout dans les cas d'intolérance gastrique : on doit alors ou bien employer des extraits déjà solubilisé par la pepsine, la trypsine, la papaïne, ou bien faire une véritable digestion rectale en mélangeant l'extrait capsulaire avec un extrait aqueux de pancréas.

La voie gastrique est la plus habituellement employée : on peut donner la glande à ingérer en nature ou sous forme de pulpes réduites en bouillie, dans du pain azyme, des purées, de la confiture, en sandwich. Quelques malades préfèrent la peptone surrénale.

Peptone surrénale. } *ââ* q. s. p. 0g40 centigr.
Excipient .... } par cuillerée.

Le meilleur mode d'administration est la glande surrénale sous forme d'extraits complets ou partiels.

Pour obtenir les extraits complets, on peut pulper ou râper l'organe, puis le faire macérer pendant deux heures environ dans de l'eau tiède, le mélange est ensuite filtré sur toile fine et donné dans du bouillon ou du lait. Mais il vaut encore mieux employer l'organe total réduit en poudre. La dessiccation se fait dans le vide à 20 ou 30 degrés; on peut ensuite incorporer cette poudre à du sucre de lait et en faire des tablettes ou des pilules, ou encore la dissoudre dans de l'eau, du bouillon ou du lait au moment de s'en servir.

Les extraits complets utilisent toutes les propriétés de l'organe, les extraits partiels, une partie seulement de ces propriétés. Pour obtenir l'extrait aqueux, on peut partir soit de l'organe frais soit de la poudre desséchée, en faire une solution aqueuse que l'on filtre, l'on concentre et évapore dans le vide. L'extrait alcoolique s'obtient en partant de la poudre desséchée, sa valeur thérapeutique est discutée. L'extrait glycériné doit être proscrit en raison de ses désavantages et de ses dangers. En effet, la glycérine possède une action toxique spéciale, de plus, elle se charge, au contact des capsules surrénales, de produits irritants et

vénéneux. Enfin, l'action nécrosante de la glycérine injectée dans les tissus ne doit pas être perdue de vue. Aussi, l'extrait glycériné doit-il être proscrit si l'on veut éviter la possibilité des plus graves accidents.

Les extraits peptiques, tryptiques, pancréatiques et papaïniques de glandes ont été quelquefois employés. Indiquons en terminant la formule des collyres surrénaux utilisés par M. Darier :

Chlorhydrate de pilocarpine.	trois centigrammes.
Sulfate neutre d'ésérine........	deux —
Extrait aqueux de glande à parties égales............	5 grammes.
Eau distillée................	5 —

Ou encore :

Poudre de capsules surrénales.. / Eau distillée..................	*ââ* 1 gramme.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Traitement des phlébites. — M. Hirtz (de Paris), dans une récente conférence, revient sur le traitement des phlébites.

A la période de début, immobilisation classique dans une gouttière matelassée d'ouate, dans une gouttière de Bonnet en cas de phlébite double.

Durée variable, le chiffre fatidique de six semaines sera parfois dépassé.

Comme topiques locaux, rejeter les pommades iodurées, les onguents mercuriels. Prescrire une pommade largement morphinée lorsque la douleur, comme dans certaines formes de phlébites, à type névralgique, empêchera les malades de dormir.

Les applications humides ont été recommandées depuis de longues années. Reichenau propose de les glacer comme moyen sédatif.

M. Hirtz a recours à des compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'eau sédative coupée au tiers, — et, si la peau n'est pas tout à fait intacte, à l'eau blanche.

Pendant la période d'état, au bout de trois semaines, on peut, avec avantage, sortir le membre malade, sans secousse, de la gouttière, l'entourer d'une forte couche d'ouate et pratiquer la compression élastique au moyen de bandes de Velpeau. La compression aura pour effet de faire disparaître plus rapidement l'œdème.

L'hamamelis virginica peut être employé sans inconvénient, mais aussi sans avantage bien démontré, tout au moins pendant la période aiguë.

On le prescrira sous forme d'extrait sec à la dose de 0g10 par jour.

La teinture se donnera à la dose de x gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Dujardin-Beaumetz prescrivait la potion suivante :

Sirop d'éc. d'oranges amères. / Extrait fluide d'hamamelis..	*ââ* 50 grammes.
Teinture de vanille............	xx gouttes.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Dans la *période terminale*, la puissante action de la massothérapie a été mise en évidence par Ludwig et ses élèves, par van Mosengeil, par Anders Wirde, directeur de l'Institut orthopédique de Stockholm.

« Je recommande, comme ce dernier, dit M. Hirtz, le parti de la prudence pour le choix du moment où le massage devra être pratiqué.

Nous nous élevons contre l'opinion des médecins qui vantent le massage précoce. Nous connaissons plusieurs faits d'embolie à la suite d'intervention intempestive. Le massage ne sera pratiqué que sur les zones situées en dehors de la zone phlébitique, en allant progressivement par pressions douces et continues. On le réservera aux seuls cas de phlébite où le membre atteint restera tuméfié, où les tissus se maintiendront œdématiés et épaissis, et dans les cas de déformation en équin par pied bot phlébitique, et surtout aux troubles trophiques musculaires.

On ajoutera au massage les mouvements passifs, très recommandés par l'école suédoise. Après chaque séance, Jaeger conseille d'appliquer autour du membre une bande élastique légèrement serrée et d'en continuer l'usage pendant quelque temps après la guérison.

Je ne vous parlerai que pour mémoire des tentatives audacieuses du morcellement du caillot dès le début de la phlébite. C'est de la haute école que je ne vous engage pas à essayer.

Dans la période de convalescence. — C'est surtout au traitement hydrominéral que vous devrez vous adresser; c'est à ce moment qu'elle devient une méthode de choix. Les bains salés à domicile, chargés de 4 à 5 kilogrammes de gros sel gris, rendent de réels services et hâtent la résolution de certains œdèmes tenaces persistant pendant des semaines et des mois après la guérison apparente de la phlébite. Ils activent la nutrition des membres, réveillent la tonicité musculaire et diminuent, s'ils sont longtemps continués, les chances de récidives.

Leur durée sera de vingt à quarante minutes, leur fréquence de trois à quatre par semaine. A la sortie du bain, il sera sévèrement interdit de marcher; on prescrira le décubitus horizontal pendant une demi-heure au moins.

J'en arrive à une question importante, celle du choix d'une station balnéaire.

Parmi les stations qui revendiquent à bon droit la spécialisation du traitement des phlébites, il n'est que juste de citer à la place d'honneur Bagnoles-de-l'Orne, dont l'action a été étudiée pour la première fois par Joubert et, plus tard, mise en évidence par plusieurs médecins distingués de cette station. Ce n'est pas à sa riche minéralisation qu'on peut attribuer les remarquables résultats qu'on enregistre tous les ans, puisque les eaux contiennent environ 0,06 de chlorure de sodium par litre, alors que Nauheim, par exemple, en indique 9g520 par litre.

A côté de Bagnoles, qui ne doit pas revendiquer le monopole des phlébites, je signalerai les bons effets de Brides-les-Bains, plus spécialement dans les inflammations veineuses d'origine arthritique; de Plombières, de Bourbonne-les-Bains, et enfin les boues thermales de Dax dans certaines formes chroniques de phlébites variqueuses.

Les boues sulfureuses réveillent la vitalité, stimulent l'irrigation des tissus et activent la nutrition du membre. »

M. Hirtz donne, en outre, un certain nombre d'utiles renseignements sur les formes spéciales de phlébite :

Dans la phlébite blennorragique, il emploie la pommade suivante :

Ichtyol..........................	10 grammes.
Lanoline.................. / Vaseline..................	*ââ* 50 —

La phlébite syphilitique à la période secondaire est heureusement influencée par le traitement mercuriel.

A la période tertiaire, l'iodure à dose massive est indiqué.

Dans la phlébite goutteuse, on aura recours aux pilules suivantes :

Poudre de sem. de colchique ...	1 gramme.
Sirop de guimauve............	3 —
Extrait de digitale............	0g40 centigr.

Pour 20 pilules ; 1 par jour.

Ou bien encore on prescrira, à la dose de deux à trois cuillerées à café, le matin à jeun, la liqueur de Laville.

Dans la phlébite rhumatismale, le salicylate échoue, donner l'antipyrine à la dose de 3 à 4 grammes par jour. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*, 10 août 1901.) L. G.

Noma guéri par les injections de sérum antidiphtérique. — M. Strauwen a rapporté à la Société médico-chirurgicale du Brabant un cas de guérison de noma à marche envahissante, très amélioré par une première infection de sérum antidiphtérique; l'affection céda définitivement à la suite d'une série d'injections du même sérum.

L'examen bactériologique n'ayant pas été fait, on peut se demander si ce noma n'était pas d'origine diphtérique ou si le sérum agit également sur d'autres affections que la diphtérie. (Soc. méd.-chir. du Brabant, juin 1901.) F. R.

RHINOLOGIE

L'extrait de capsules surrénales en rhinologie. — M. Labarre a obtenu par ce produit d'excellents résultats, non seulement dans le traitement des rhinites, de la fièvre des foins, de l'asthme nasal, toutes formes où il est utile de décongestionner la muqueuse nasale pour ramener la perméabilité du nez, mais également dans les interventions opératoires sur le nez. Son application sur la muqueuse la rend exsangue en quelque sorte, et l'on peut, grâce à l'extrait, enlever des éperons et des queues de cornet sans hémorragie.

M. Labarre se sert de l'extrait en solutions aqueuses à 1/10, conservées aseptiquement dans de petits tubes de verre soudés à la lampe. Il applique la solution à l'aide d'un petit tampon et pratique une friction énergique sur la partie des muqueuses qu'il veut anémier.

M. Delsaux a essayé le produit en injection dans la trompe d'Eustache, mais il a provoqué ainsi plusieurs cas d'otite aiguë.

M. Buys a aussi employé le produit et confirme les bons résultats obtenus par M. Labarre; mais l'effet produit n'est pas égal chez tous les sujets. L'action peut durer vingt-quatre heures, mais elle peut aussi ne persister qu'une demi-heure. La phase de constriction vasculaire est suivie parfois d'une phase de dilatation très marquée. (Soc. belge d'otol. et de laryngol., 2 juin 1901, anal. in *Gaz. hebd.*) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par les injections de sérosité prélevée, sur d'anciens syphilitiques, au moyen du vésicatoire. — Le *Bulletin médical* rapporte les intéressants résultats obtenus par M. E. Moore qui a soumis, avec succès, nombre de malades atteints de manifestations récentes, parfois graves, de la syphilis, à une forme particulière de sérothérapie qui consiste à pratiquer, à des intervalles variables suivant les cas, des injections intra-musculaires de 10 centimètres cubes de sérosité (pure ou mélangée avec la glycérine, par parties égales) obtenue au moyen du vésicatoire chez des anciens syphilitiques ou chez des sujets se trouvant à la période dite tertiaire de la vérole. Les effets de ce traitement ne tarderaient pas à se manifester, d'abord par la cicatrisation de la sclérose primitive, ensuite par l'involution des accidents cutanés et des tuméfactions ganglionnaires, et, enfin, par l'amélioration de l'état général. Les applications locales de la sérosité en question suffiraient, à elles seules, pour amener la guérison rapide du chancre syphilitique, et elles pourraient servir aussi au diagnostic différentiel de cette lésion d'avec la chancrelle, sur laquelle elles n'exercent aucune action curative.

Les injections sérothérapiques dont il s'agit furent généralement bien supportées, mais parfois, probablement par suite d'une asepsie défectueuse, elles ont déterminé des abcès. Chose curieuse, la disparition des manifestations syphilitiques fut particulièrement rapide dans les cas où des abcès se formaient.

L'auteur estime qu'on pourrait, sans inconvénients, injecter, tous les trois ou quatre jours, jusqu'à 40 centimètres cubes de sérum antisyphilitique prélevé au moyen du vésicatoire, et obtenir, de la sorte, des effets curatifs encore plus rapides que ceux observés jusqu'ici avec les injections de 10 centimètres cubes du même remède. (*Dermatol. Zeitschr.* et *Vratch*, 28 juillet 1901.) F. R.

REVUE DES THÈSES

Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant, par M. le docteur Henri Gigaud-Lafont. (Th. de Paris, 1901.)

Depuis longtemps, on discute sur la valeur de la raie vasomotrice, dite méningitique : certains auteurs la considèrent comme un symptôme important de méningite; d'autres, au contraire, pensent que sa recherche est inutile, et que son apparition ne peut en aucun cas aider au diagnostic.

C'est là valeur séméiologique de cette raie que M. Gigaud-Lafont s'est efforcé d'établir dans l'excellente thèse qu'il a écrite sous l'inspiration de M. Richardière.

Voici ses conclusions :

La raie vaso-motrice, dite méningitique, est due à une dilatation temporaire des vaisseaux périphériques à la suite d'une excitation quelconque.

Elle se montre parfois chez l'individu sain; mais, dans ce cas, elle dure peu et elle est à peine visible.

Dans certaines maladies, au contraire, elle peut revêtir une très grande intensité et persister très longtemps. Elle serait due à une paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs, ce qui déterminerait une dilatation des vaisseaux.

Sa durée et son intensité sont en rapport direct avec l'intensité des phénomènes nerveux et des troubles cérébraux.

C'est ainsi que dans la méningite, la fièvre typhoïde, elle dure très longtemps.

Mais, contrairement à certaines opinions émises jusqu'ici, on la rencontre dans bien d'autres affections où le système nerveux est en cause. Elle peut même quelquefois être plus intense et plus durable dans ces affections que dans la fièvre typhoïde et même dans la méningite : dans l'hystérie, la paralysie, on peut déterminer une raie vaso-motrice très vive.

Cette raie est surtout nette quand, avec les troubles digestifs, existent des troubles nerveux. S.

Le traitement des plaies. Étude historique. Contributions bactériologiques. Pansements modernes, par M. le docteur A. Gottschalk. (Paris, Rousset, 1901.)

Nous n'entreprendrons pas de suivre pas à pas M. Gottschalk dans l'étude si considérable qui constitue sa thèse.

Le traitement des plaies est une question qui, plus que jamais, est à l'ordre du jour.

Depuis l'antiquité jusqu'au remarquable rapport de M. Lejars au dernier Congrès international de médecine, M. Gottschalk passe en revue toutes les méthodes qui furent en faveur — et elles sont innombrables — et il conclut à la supériorité du pansement aseptique humide, absorbant, évaporant, sur le pansement antiseptique.

Cette étude, qui forme un fort volume, est d'une lecture pleine d'intérêt.

Étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse, par M. le docteur J. Pelthier, licencié en droit, médecin consultant à Plombières. (Th. de Paris, 1901.)

D'une thèse fort travaillée et s'appuyant sur de nombreuses observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« La péricardite tuberculeuse est souvent latente; mais,

tandis que Rousseau la trouvait telle 54 fois sur 100, nous pouvons aujourd'hui conclure que cette latence ne se rencontre plus que 45 fois sur 100.

Trois formes cliniques sont particulièrement caractéristiques, ce sont : la péricardite avec épanchement hémorragique, la forme étudiée par MM. Hayem et Tissier et la symphyse cardio-tuberculeuse de l'enfant décrite par M. Hutinel.

C'est dans la péricardite hémorragique que l'épanchement est le plus considérable; sa quantité dépasse, en général, 1 litre et demi.

La position genu-pectorale est un signe précieux des grands épanchements; elle peut s'observer dans la péricardite tuberculeuse hémorragique, et sa persistance rend la recherche des signes cliniques difficile.

Est également un signe d'épanchement la tympanite postérieure du poumon gauche, par suite du développement de la cavité péricardique en arrière et du refoulement du tissu pulmonaire (signe donné par M. Rendu).

Chez le même malade, l'affection peut présenter différentes formes cliniques de la maladie; mais c'est vers la symphyse que tendent les deux autres formes.

La symphyse est rarement diagnostiquée chez l'adulte, plus souvent chez l'enfant où elle aboutit, en règle générale, à une asystolie hépatique.

La plupart des signes physiques de la symphyse rhumatismale manquent dans la symphyse tuberculeuse; au contraire, dans les péricardites sèches ou avec épanchement, ces signes sont sensiblement les mêmes que dans les péricardites rhumatismales.

Une affection du péricarde une fois reconnue, c'est l'ensemble des signes fonctionnels et généraux, ainsi que l'évolution — beaucoup plus rarement aiguë que chronique — qui permettront d'affirmer la nature tuberculeuse de la péricardite. »

S.

Le phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques, par M. le docteur E. LAFON. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Chez l'alcoolo-diabétique, le moindre traumatisme, quel que soit le microbe qui entre en jeu, peut provoquer des lésions inflammatoires et en particulier le phlegmon diffus.

Sur les 10 observations de phlegmon diffus chez des alcoolo-diabétiques qu'a réunies M. Lafon, on trouve dans 7 cas une cause absolument futile comme point de départ (légère écorchure du doigt; petite piqûre au talon, etc.).

Début insidieux, absence de réaction fébrile, longue durée, tels sont les caractères cliniques qui caractérisent le phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques. Sa gravité particulière est imputable aux modifications profondes de l'organisme sur lequel s'est faite l'association du diabète et de l'alcoolisme.

Le pronostic, très grave, est en rapport avec celui des deux diathèses associées, et aussi avec le mode de traitement employé. Aussi, en présence d'un phlegmon diffus chez un alcoolo-diabétique, faut-il agir rapidement et avec énergie par des incisions larges et multiples, par l'emploi des bains continus, par l'application d'antiseptiques énergiques.

L. I.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante, à propos de notre variété : « Vénus ou les deux risques » (1) :

« Monsieur Brieux,

J'avais déjà écrit à M. Michel Corday que je préparais une réponse à son livre *Les deux risques* quand j'ai lu votre lettre.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 13 août 1901, p. 897.

« Encore une fois, votre livre est un beau livre et une bonne et courageuse action, » dites-vous à M. Corday.

« Vous avez fait œuvre mauvaise, lui ai-je écrit, car savez-vous dans quel poignant état d'âme vous avez placé les syphilitiques qui vous ont lu? Vous les poussez au suicide, tout comme votre docteur Reiset y a poussé Léon Mornat — au nom de la Science, alors que celle-ci absout et vivifie. »

« Un livre à donner à lire à nos fils avant qu'ils aient vingt ans, » dites-vous encore. Mais pourquoi? Vous ne les préserverez d'aucun des deux risques et vous ne leur aurez donné aucune conclusion. Pardon! ils en tireront une eux-mêmes : L'amour est un vain mot que l'onanisme peut satisfaire. Je plains cette jeunesse.

Agréez, etc.

Dr CAMOUS. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Tricard, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Calédonien*, le 10 septembre prochain, en remplacement de M. le docteur du Bois-Saint-Sévrin.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Le Neveu de La Cambe a été nommé dans l'ordre du Mérite agricole au grade de chevalier.

Diplômes de médecins coloniaux. — L'Université d'Aix-Marseille, à l'exemple de celle de Bordeaux, vient de décider la création d'un diplôme de médecin colonial, qui sera délivré dans les mêmes conditions que celui de Bordeaux.

Envoi d'une mission française en Amérique pour l'étude de la fièvre jaune. — La Chambre des députés et le Sénat viennent de voter, à l'unanimité et sans discussion, une somme de 100 000 francs pour l'organisation et l'entretien d'une mission pour l'étude du typhus amaril. Elle comprendra trois ou quatre membres et partira au mois d'octobre prochain. Elle sera placée sous la direction de l'Institut Pasteur qui assurera, au besoin, le renouvellement de ses membres. Elle devra se rendre de préférence au Brésil.

Ve Congrès international de physiologie (Turin, 17-21 septembre 1901). — Les séances du Ve Congrès international de physiologie auront lieu du 17 au 21 septembre prochain dans le laboratoire de physiologie de Turin.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, à M. le docteur Treves, secrétaire local, à l'Institut physiologique (Turin, Corso Raffaello, 30), un résumé des travaux qu'ils se proposent de présenter au Congrès, afin qu'on puisse établir l'ordre du jour des séances et faire imprimer le résumé qui sera distribué avant chaque séance, pour faciliter la discussion.

Dans la séance de clôture (21 septembre), M. le professeur Marey présentera un rapport sur les travaux exécutés par la commission internationale de contrôle des instruments enregistreurs et d'unification des méthodes en physiologie, en collaboration avec les sous-commissions. On procédera ensuite à la votation pour la constitution du nouveau bureau directeur de cette commission internationale.

Le comité international directeur propose encore qu'une séance du Congrès soit consacrée exclusivement à la psychologie expérimentale. Dans cette séance se feront les communications de caractère purement démonstratif qui auront été annoncées, et l'on présentera les questions à discuter au Congrès international de psychologie qui doit se réunir à Rome, en 1904, et que le Comité, présidé par M. le professeur Luciani, s'occupe d'organiser. Ces questions concernent spécialement les méthodes de mesure appliquées aux organes de sens et leur unification. Les rapporteurs sur ces questions seront nommés, s'il est possible, dans cette séance.

Les Compagnies de chemins de fer italiennes, françaises et russes ayant accordé une réduction aux membres du Congrès,

les collègues qui se proposent de prendre part au Congrès, sont invités à faire parvenir au plus tôt leur adhésion, afin d'avoir, en temps opportun, la carte d'identité indispensable pour pouvoir profiter de cette réduction.

Les six grandes Compagnies françaises des chemins de fer ont décidé que : des billets de demi-tarif, individuels, seront accordés aux membres du Congrès, professeurs, préparateurs, etc. Il suffira que nous indiquions avant le 1er septembre, à chacune des directions de chemins de fer intéressées, les noms des membres et le parcours qu'ils se proposent d'effectuer.

Les billets sont valables du 12 au 29 septembre inclusivement.

Les chemins de fer italiens accorderont une réduction spéciale à MM. les congressistes qui, des stations de la frontière ou d'une ville quelconque d'Italie, se rendront à Turin du 1er au 18 septembre et retourneront à la station de départ du 16 au 30 du même mois. Cette réduction s'obtiendra sur la présentation de documents indispensables que le secrétaire local (M. Treves) expédiera à tous ceux qui en feront la demande en annonçant leur adhésion.

Le gouvernement italien a permis que les instruments provenant de l'étranger, à destination du Congrès, soient importés temporairement sans qu'il soit nécessaire de verser aucun cautionnement. Pour jouir de cet avantage, MM. les congressistes n'auront qu'à indiquer, sur la lettre de voiture (Frachtbrief), que l'expédition de leurs appareils doit être faite avec bulletin à caution en exemption de visite (con bollettino a cauzione in esenzione di visita) et à envoyer les caisses d'instruments à l'adresse de M. A. Mosso, président du Congrès international de physiologie, Turin. Lorsque les instruments seront arrivés, le président du Congrès se chargera de les faire retirer et transporter à l'Institut de physiologie.

MM. les collègues et les fabricants d'appareils pour la physiologie et les sciences connexes, sont vivement priés de s'intéresser au succès de l'Exposition d'instruments, qui aura lieu pendant toute la durée du Congrès, en y faisant figurer toutes les innovations de nature à assurer le progrès des études biologiques.

Comme il sera difficile aux membres du Congrès de s'occuper eux-mêmes de leur logement, ils sont priés de s'adresser à M. le docteur Treves, pour faire savoir quel genre de logement ils désirent et indiquer en même temps le jour de leur arrivée. Tout le possible sera fait pour donner toute satisfaction à MM. les congressistes et pour satisfaire aux désirs qu'ils auront manifestés.

On trouvera ci-joint un tableau donnant les tarifs des principaux hôtels de Turin.

A partir du 16 septembre, un bureau d'informations sera installé dans le laboratoire de physiologie, Corso Massimo d'Azeglio, 50; ce bureau fonctionnera pendant toute la durée du Congrès.

Prix de quelques hôtels de Turin (Lire italiane). — Grand-Hôtel et hôtel d'Europe : chambre à coucher et service, 1 lit, 3-8 ; premier déjeuner, 1.50-2 ; deuxième déjeuner, 3.50 ; dîner, 5.

Grand hôtel de Turin : chambre à coucher et service, 1 lit, 4-6 50 ; 2 lits, 7-13 ; premier déjeuner, 1.50-2 ; deuxième déjeuner, 3.50-5 ; dîner, 5-6. Pension par jour et par personne (minimum cinq jours), 10-12.

Trombetta Angleterre : chambre à coucher et service, 4. Pension par jour et par personne, 10.

Suisse Terminus : chambre à coucher et service, 3-5 ; premier déjeuner, 1.25 ; deuxième déjeuner, 3 ; dîner, 4.50.

Grand hôtel de la ville et de Bologne : chambre à coucher et service, 1 lit, 3-3.50 ; 2 lits, 6-7 ; premier déjeuner, 1.50 ; deuxième déjeuner, 3 ; dîner, 4.50. Pension par jour et par personne (minimum trois jours) 8-10.

Ristorante russo : deuxième déjeuner, 2 ; dîner, 3.

Tous les hôtels nommés ci-dessus sont à une distance de quinze à vingt minutes (parcours en tramway) de l'Institut de physiologie. Le restaurant russe (Ristorante russo), situé dans le parc du Valentin, se trouve dans le voisinage immédiat de l'Institut.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine, commandeur de la Légion d'honneur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 100. — SAMEDI 31 AOUT 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 31 AOUT 1901. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (oblitérations des artères mésentériques et thrombo-phlébites mésaraïques) [*fin*], par M. Louis GALLAVARDIN, ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté. — FORMULAIRE. Traitement des piqûres de moustiques. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques [oblitérations des artères mésentériques et thrombophlébites mésaraïques] (1).

Par M. Louis GALLAVARDIN,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté.

III

Histoire clinique. — Si, à la formation de l'infarctus intestinal en milieu septique, on ajoute encore ce fait qu'il se produit au contact d'une séreuse irritable par excellence, on comprendra sans peine qu'il ne demeure pas latent à la manière d'un infarctus rénal ou splénique. Déjà au niveau du poumon, le voisinage de la plèvre et sa participation au processus ischémiant, puis stasique, rend l'infarctus de cet organe plus tapageur. On va voir combien toute cette symptomatologie s'accuse encore au niveau du tube intestinal.

Nous étudierons successivement dans l'histoire clinique de l'infarctus intestinal ses symptômes, son évolution et ce qui se rapporte au diagnostic de cette affection.

1° SYMPTOMES. — Lorsqu'on parcourt les observations d'embolies ou d'oblitération de la mésentérique supérieure (car c'est, comme nous l'avons vu, presque toujours d'elle qu'il s'agit), lorsqu'on lit les commentaires, les vues d'ensemble dont les auteurs les font suivre en général, on arrive à se convaincre que le mode de traduction clinique de l'infarctus intestinal offre un aspect assez univoque et d'un relief assez saisissant. Mais d'autre part, si l'on veut être sincère, on constate que toutes les observations ne rentrent pas dans un même type, que certaines s'en écartent même assez sensiblement pour simuler d'autres affections. Nous décrirons donc à cette affection plusieurs formes symptomatologiques distinctes, l'une typique en quelque sorte, l'autre incomplète, la troisième simulant en tous points l'obstruction intestinale.

a. *Symptomatologie complète, typique.* — C'est ce type symptomatologique qui a été décrit dès les premières observations d'embolie de la mésentérique supérieure; tous les traits en furent établis par Küssmaul, Kaufmann, Gehrardt Oppolzer et depuis on y a peu ajouté. C'est cet ensemble symptomatologique qui est certainement le plus caractéristique, mais qui a été considéré à tort comme constant.

Il s'agit dans la plupart des cas, comme nous l'avons montré plus haut, soit d'un malade atteint de lésions valvulaires chroniques, soit d'un individu plus âgé porteur de lésions athéromateuses accentuées de l'aorte.

Le *début* est d'ordinaire brusque; c'est ce qui ressort nettement de la plupart des observations. Il a lieu de cette façon soit que le malade soit confiné au lit, en état d'asystolie par sa lésion cardiaque progressive, soit qu'il puisse encore vaquer à ses occupations.

Le premier symptôme est la *douleur*. Cette douleur abdominale est violente, subite et siège dans la partie médiane de l'abdomen; il arrive que les malades la localisent d'une façon précise dans la région immédiatement sus-ombilicale. Ce symptôme inaugure la scène clinique et va persister jusqu'à la mort. Ces douleurs abdominales affectent bientôt une forme paroxystique; elles surviennent par crises d'une durée de cinq à dix minutes et séparées par des intervalles à peu près égaux. Elles peuvent être d'une violence extrême et, d'abord localisées au centre de l'abdomen, ne tardent pas à irradier dans les deux fosses iliaques par suite de la généralisation des phénomènes inflammatoires au péritoine tout entier.

Les *vomissements* surviennent rapidement, c'est du reste là le symptôme de réaction commun à toutes les atteintes péritonéales ou intestinales. Ils sont d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux, mais, fait caractéristique, ils peuvent devenir sanglants. En effet, si l'infarctus intestinal commence de suite au-dessous du duodénum, le liquide sanguinolent exsudé dans la cavité digestive peut, comme la bile, refluer dans l'estomac et être éliminé à l'extérieur.

Les *hémorragies intestinales* sont un des principaux symptômes de cette forme et un des plus caractéristiques. Elles apparaissent parfois très rapidement après le début de l'embolie, parfois moins de dix à douze heures après; elles sont, en général, assez abondantes et surtout à répétition, se prolongeant pendant toute la durée de l'affection. Le liquide qui les constitue est assez rarement du sang pur, mais plus souvent un liquide séro-sanguinolent. Ce sang, si l'on en croit Gehrardt et Hegar, serait noir et poisseux dans le cas d'embolie de la mésentérique supérieure, au contraire rouge et rutilant dans le cas d'embolie de la mésentérique

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 97.

inférieure. Dans un cas d'embolie de cette dernière artère, Gehrardt aurait même vu au spéculum le sang sourdre de la muqueuse rectale.

La *diarrhée* ne manque à peu près jamais, elte précède les hémorragies intestinales et en tient lieu en quelque sorte lorsque celles-ci font défaut. Il se peut, en effet, qu'au niveau de la muqueuse, siège de l'infarctus, ce soit seulement du liquide séreux qui s'écoule sans raptus sanglant suffisant pour teindre d'une façon appréciable le contenu intestinal. Dans ce cas, la diarrhée est abondante, profuse, jaunâtre et peut s'accompagner d'incontinence rectale; on a signalé des évacuations à odeur fétide et gangréneuses dans certains cas de nécrose avancée et étendue des tuniques intestinales.

Bientôt le *météorisme* survient, le ventre se ballonne; l'*état général* faiblit rapidement et le malade, soit à cause des douleurs abdominales violentes, soit du fait de l'inflammation péritonéale généralisée et de la diarrhée, prend le *facies abdominal*; les traits se tirent, les yeux s'excavent, le pouls s'affaiblit. L'*hypothermie* a été signalée par Küssmaul et considéré par lui comme un signe très caractéristique. La *mort* survient au cours de ce cortège abdominal, presque toujours du troisième au cinquième jour, et laisse en général le diagnostic assez indécis. On hésite, jusqu'à ce que l'autopsie ait livré le secret de l'énigme entre une appendicite de forme un peu anormale, une péritonite de cause indéterminée, une affection intestinate ulcéreuse plus ou moins latente avec perforation subite.

Ainsi présenté, cependant, le tableau clinique offre un aspect assez spécial et l'on conçoit que, si l'on est au courant de la signification de cette symptomatologie, si d'autre part le malade présente les signes d'une lésion valvulaire cardiaque, et parfois la trace d'autres manifestations emboliques antérieures ou concomitantes, on puisse risquer le diagnostic de l'oblitération mésentérique. Mais nous allons voir qu'un ensemble de signes aussi caractéristiques ne se présente pas toujours, que l'un ou plusieurs d'entre eux peuvent faire défaut et enlever ainsi toute précision à la scène clinique.

b. *Symptomatologie incomplète.* — Les observations dans lesquelles l'embolie de la mésentérique supérieure est en quelque sorte latente, ne se traduisant par aucun trouble abdominal notoire, sont rares. Elles sont même discutables car, presque toujours, le malade était dans un état très grave qui rendait difficile l'appréciation exacte des phénomènes. Dans l'observation d'Altman, la thrombose de la mésentérique supérieure ne se traduisit par aucun symptôme abdominal, mais il s'agissait d'une femme de soixante-treize ans, entrée à l'hôpital dans un état très grave, avec une pneumonie infectieuse, du muguet. Elle mourut au bout de deux jours. Dans le cas d'Aronshon, non plus, il n'y eut pas de symptômes intestinaux, mais la malade resta dans le coma durant les deux derniers jours. Dans celui de Lelorrain, on ne nota pour tout symptôme qu'un abaissement thermique et une faiblesse du pouls.

Les douleurs abdominales à début brusque, puis paroxystiques et violentes, sont certainement un des signes les plus constants; cependant, sur les 27 cas analysés par Watson, leur absence est notée quatre fois. La diarrhée est aussi un des signes qui font le plus rarement défaut, elle peut cependant manquer totalement, comme nous le verrons plus loin.

Les hémorragies intestinales qui, somme toute, constituent le symptôme le plus caractéristique de l'affection, sont loin d'être la règle. Sur les 15 cas relevés par Bertrand, elles n'existaient que quatre fois; elles n'existaient dans aucun des quatre faits publiés par Faber, et Watson les trouve mentionnées seulement 7 fois sur 27. On voit donc qu'on aurait tort de s'appuyer uniquement sur l'absence d'hémorragie intestinale pour éliminer une oblitération mésentérique.

L'absence des vomissements est aussi notée dans un tiers des cas par Watson; dans le reste des cas, ils sont rarement sanglants; il existe cependant quelques observations (Dun, Gallavardin) dans lesquelles les vomissements furent sanguinolents sans qu'il y ait eu de selles sanglantes.

Le tympanisme est toujours signalé ou presque toujours, quant à l'hypothermie dont Küssmaul avait voulu faire un signe très fidèle, il semble qu'on en ait beaucoup exagéré la valeur. Sur les 15 cas réunis par Bertrand, elle n'est signalée qu'une seule fois, précisément chez le malade de Küssmaul; dans ce fait, la température qui était de 39°7 la veille des accidents descendit brusquement et atteignit 35°9, quatre jours après. Comme Bertrand, nous ne croyons pas qu'on doive considérer ce signe comme dépendant directement de l'oblitération mésentérique, mais plutôt de l'abondance de la diarrhée et des hémorragies intestinales. Watson l'a rencontré 11 fois sur 27 cas.

On voit donc que dans ce type symptomatologique, par suite de l'irrégularité d'apparition de certains symptômes et surtout de l'absence d'hémorragies intestinales, le groupement symptomatique cesse d'être caractéristique et que le diagnostic devient impossible.

c. *Symptomatologie simulant une obstruction intestinale.* — Dans ce cas, non seulement le tableau clinique ne met pas l'observateur sur la voie du diagnostic, mais il l'égare. D'ordinaire, les auteurs insistent peu sur cette forme symptomatique comme traduction possible de l'embolie de la mésentérique supérieure; elle est signalée cependant par certains d'entre eux, notamment par Watson, Kabarktchieff. Nous avons pu réunir 6 observations suivies d'autopsie dans lesquelles les symptômes avaient été ceux d'une occlusion intestinale complète (Mac Carthy, Lothrop, Obs. III, Councilmann, Obs. III, Corty, Cattani, Monro). Dans quatre autres observations, les symptômes d'occlusion furent identiques, mais l'oblitération artérielle fut constatée seulement au cours de l'intervention opératoire (John Chiene, Elliot, Watson, Gordon) et pour cette raison nous tenons à les classer à part.

Les symptômes de l'occlusion, dans ces observations, ne furent pas seulement ébauchés, mais au complet. Les vomissements fécaloïdes sont notés expressément dans plusieurs d'entre elles, notamment dans celles de Cattani et de Corty. L'arrêt des matières était absolu; le ballonnement du ventre, le début brusque, les douleurs, tout simulait à s'y méprendre l'obstruction. Aussi plusieurs de ces cas furent-ils opérés comme tels, et ce fut seulement au cours de l'opération qu'on s'aperçut de l'absence d'obstruction, et au cours de l'autopsie, qui suivit ordinairement de près, qu'on reconnut la véritable cause des phénomènes.

Ce mode de traduction clinique est très remarquable, et il mérite certainement d'être individualisé; il est dû sans doute à l'inertie et à la paralysie musculaire complète du segment intestinal, siège de l'infarctus. Quoi qu'il en soit de cette explication, c'est là un sujet de méprise pour le chirurgien et le médecin qu'il était bon de signaler nettement.

2° Évolution et pronostic. — Bertrand divise l'évolution des symptômes de l'embolie de la mésentérique supérieure en deux périodes, une période d'oblitération caractérisée par la douleur, la diarrhée, les hémorragies intestinales, et une période de perforation. Cette division est inexacte, car nous avons vu que la perforation intestinale était absolument exceptionnelle; elle est en outre peu naturelle, car il est difficile, dans une scène abdominale douloureuse, qui dès le début provoque des vomissements, de préciser le moment exact où apparaissent les phénomènes péritonéaux.

En réalisé, on assiste à une *affection abdominale aiguë caractérisée par le syndrome péritonitique et auquel se joignent parfois des hémorragies intestinales.* Ce syndrome évolue en général rapidement, et presque toujours la mort survient au bout du quatrième jour. Parfois cependant, la scène traîne un peu, sept à huit jours; on l'a vue en revanche durer seulement deux, trois jours; dans l'observation de Laveran, les symptômes évoluèrent avec une telle rapidité qu'on dut porter le diagnostic d'empoisonnement aigu.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des cas suivis de terminaison fatale; ce sont évidemment les seuls dans lesquels le diagnostic ait pu être vérifié d'une façon précise par la constatation même de l'embolie. Nous ne croyons cependant pas qu'on puisse nier les cas de guérison par ce simple fait que leur diagnostic est assis sur des bases moins fermes. Lorsque, chez un cardiaque sujet aux embolies, en présentant même les signes au niveau d'autres territoires vasculaires, on voit se développer brusquement des symptômes abdominaux avec vomissements, douleurs violentes, hémorragies intestinales, ne peut-on pas dire, alors même que cette scène est suivie de guérison, qu'il s'agit de l'embolie de la mésentérique supérieure? Pour que la guérison survienne, il suffit sans doute que l'oblitération embolique intéresse une branche de calibre un peu moindre et que, pour cette raison ou pour d'autres, la suppléance circulatoire artérielle puisse se faire assez tôt pour prévenir le processus nécrotique; il n'y a rien là de contradictoire. On trouvera, dans le travail de Klein, signalés comme exemples de terminaison heureuse, les cas de Lereboullet, Hirtz, de Moos, et, de fait, ils sont assez typiques. L'observation rapportée par Finlayson, en 1888, nous a paru aussi très probante. Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, atteinte de lésion aortique et chez laquelle, de ce fait, était survenue une hémiplégie par embolie. Une année plus tard, survint une embolie de la sous-clavière, puis, quelques jours après, elle fut prise de vives douleurs abdominales accompagnées de chute brusque de la température, de vomissements, de selles sanglantes. Il diagnostiqua avec raison une embolie de la mésentérique supérieure, et la guérison survint.

3° Diagnostic. — La facilité ou, pour mieux dire, la possibilité du diagnostic dépend évidemment de la forme symptomatique que revêt l'affection. Impossible dans le cas de symptomatologie incomplète et larvée, surtout lorsque les hémorragies intestinales font défaut, il devient possible lorsque la symptomatologie est au complet. Ce diagnostic put ainsi être fait dans quelques cas, notamment dans ceux de Küssmaul, de Groskurth.

Les éléments du diagnostic ont été résumés ainsi par Gehrardt et Küssmaul :

1. Existence quelque part d'un lieu d'origine pour les embolies (maladie valvulaire, athérome aortique);
2. Hémorragies intestinales abondantes, ne pouvant être attribuées ni à une affection de la muqueuse intestinale, ni à un obstacle à la circulation porte;
3. Chute rapide de la température centrale;
4. Douleurs abdominales paroxystiques et très violentes;
5. Tympanisme et parfois apparition des signes d'un épanchement péritonéal;
6. Existence antérieure ou concomitante d'autres embolies artérielles dans d'autres départements vasculaires (gangrène d'un membre, hémiplégie);
7. Parfois, sensation d'une tuméfaction dans l'épaisseur du mésentère due à une collection sanguine.

Nous avons vu que tous ces signes n'avaient pas la même valeur, ni la même constance; on ne peut cependant nier que leur coïncidence ne soit assez caractéristique pour permettre de risquer ce diagnostic difficile.

Le diagnostic d'oblitération mésentérique étant posé, devra-t-on préciser davantage et dire si l'embolie siège dans le tronc de la mésentérique supérieure ou de la mésentérique inférieure? D'une façon générale, l'embolie de la mésentérique supérieure étant infiniment plus fréquente, c'est à elle qu'il faudra penser tout d'abord. Disons toutefois que Hegar et Gehrardt, qui ont observé l'oblitération mésentérique inférieure, donnent comme signes diagnostiques pouvant permettre de localiser dans cette dernière artère le processus embolique : la prédominance des douleurs abdominales à gauche dans la région du côlon descendant et de l'S iliaque, les irradiations de ces douleurs à l'anus sous forme de ténesme, de sensation de chaleur et de démangeaisons vives, l'aspect du sang, qui est rouge et rutilant, et non noirâtre et poisseux comme dans l'embolie de la mésentérique supérieure. Ce sont là, du moins, les particularités que ces deux auteurs ont notées dans leur cas (1).

IV

Taitement. — De tous les infarctus viscéraux l'infarctus intestinal est certainement le seul qui de par sa situation se prête à une intervention chirurgicale. C'est aussi le seul qui en ait véritablement besoin, par suite des complications septiques qui l'accompagnent et de leur propagation fatale à la séreuse péritonéale.

Théoriquement on peut dire que l'ablation large de l'anse intestinale siège de l'infarctus est aussi souhaitable, aussi nettement indiquée que la résection d'une anse grêle herniée et gangrénée. Pratiquement on avouera que l'indication opératoire est un peu plus difficile à poser.

Nous avons pu réunir 8 cas dans lesquels cette intervention a été tentée; jamais du reste le diagnostic clinique n'avait été posé à l'avance, le malade se présentait avec tous les signes d'une obstruction intestinale, et c'est pour cette obstruction qu'on opérait. C'est seulement au cours de l'intervention ou après, à l'autopsie, que fut constatée l'absence d'obstruction véritable et la véritable cause des accidents. Dans 5 de ces cas (Mac Carthy, Lothrop, Corty, Monro, Watson), la mort suivit de près l'intervention et le diagnostic, hormis le dernier cas, fut vérifié *post mortem.* Les 3 autres faits, dus à Elliot, John Chiene, Gordon, sont publiés comme des cas de guérison; mais on comprend qu'il ne soient pas tous trois également probants, à cause de

(1) Cette sensation de démangeaison anale est aussi signalée par Bertin dans l'observation de Hochard. Il nous a été impossible de trouver l'indication bibliographique de cette observation.

la difficulté de la constatation de l'oblitération mésentérique pendant l'intervention.

Watson, à propos du cas qu'il rapporte, se livre à quelques réflexions intéressantes. Il fait remarquer avec raison que dans la presque totalité des cas il y a coexistence d'une autre maladie grave, source de l'embolie, que les malades sont souvent d'âge avancé, que parfois d'autres embolies viennent agraver la scène, toutes circonstances qui chargent singulièrement le pronostic opératoire. Enfin sur le relevé des autopsies des 27 cas qu'il analyse, il remarque que, dans 1/6 des cas seulement, les lésions intestinales étaient assez limitées pour que l'intervention fût permise. Il conseille la résection si la portion d'intestin intéressée n'est pas trop longue, la création d'un anus artificiel si la résection est impossible.

Quelle que soit encore la rareté des opérations faites dans de telles circonstances et l'incertitude même des cas suivis de guérison, il est légitime d'espérer que, dans certains cas déterminés, on puisse ainsi arriver à sauver des malades d'une mort presque inévitable.

B. THROMBOPHLÉBITE MÉSARAÏQUE

I

Définition. — Si l'on consulte les traités classiques ou même les ouvrages spéciaux au sujet de l'oblitération thrombosique du système porte, on trouve bien individualisée l'altération du tronc de la veine porte et de ses gros troncs d'origine. C'est une description qui remonte à Frerichs et dont le type anatomique et clinique a acquis, grâce au nombre des observations publiées, une certaine fixité.

Mais, sur la thrombose des veines du mésentère, sur les altérations intestinales qui en sont la conséquence, on ne trouve rien ou presque rien. On fait la pathologie du tronc veineux porte, non celle de ses racines, et volontiers on absorberait la seconde de ces études au profit de la première.

Il semble cependant qu'il y ait là deux choses absolument différentes, deux pathologies spéciales, parfois juxtaposées, d'autres fois indépendantes, deux types enfin aussi nettement distincts par leur syndrome anatomique constituant que par leur mode d'expression symptomatique.

D'un côté se trouve la *pyléphlébite véritable*, c'est-à-dire l'inflammation oblitérante du tronc porte coexistant ou non avec celle de ses gros rameaux d'origine, mais sans participation des veines du mésentère. Cette pyléphlébite atteignant les gros troncs veineux est bien connue sous ses deux formes, suppurative et adhésive, depuis Frerichs. Elle relève soit d'une cirrhose, soit d'une compression locale, d'une infection, mais les lésions sont limitées aux gros troncs veineux et le mésentère et l'intestin restent sains. La symptomatologie est éminemment variable, mais la forme adhésive se traduit le plus souvent par des troubles de la circulation porte (ascite à répétition, circulation collatérale) et son évolution est chronique.

A cette affection, on peut opposer la *thrombophlébite mesaraïque*. Dans ce cas ce sont les veines du mésentère, branches et arcades anastomotiques, qui sont atteintes de phlébite et oblitérées. L'oblitération porte peut exister concomitamment ou non, mais c'est la phlébite radiculaire qui domine. Le mésentère et l'intestin sont lésés; le premier est épaissi, infiltré, le second offre des lésions très spéciales présentant une grande analogie avec celles consécutives aux oblitérations artérielles mésentériques (infarctus d'origine veineuse). D'autre part la scène clinique est toute différente de celle d'une pyléphébite, elle est suraiguë et le malade est enlevé en quelques jours ou même parfois en quelques heures, au milieu de symptômes de péritonite aiguë ou d'obstruction intestinale.

Il est évidemment possible qu'entre ces deux affections il existe des formes mixtes et intermédiaires, on ne peut cependant nier qu'aux deux extrémités de la série chacune d'elles ne constitue un type anatomo-clinique bien distinct : d'une part, la pyléphlébite adhésive, caractérisée par ses lésions tronculaires limitées, son évolution ordinairement lente ou subaiguë, sa traduction clinique ascitique; d'autre part, la thrombophlébite mésaraïque, qu'individualisent nettement la prédominance radiculaire des lésions thrombosiques, l'existence d'altérations intestinales spéciales et l'évolution clinique sous forme d'une affection abdominale aiguë.

C'est de cette seconde affection dont nous traiterons seulement ici.

Nous éliminerons également de notre sujet les observations dans lesquelles l'oblitération siégeait exclusivement sur les veines mésaraïques, mais en un point très limité, au niveau de leur point d'abouchement dans la veine porte. C'est là en effet l'oblitération des troncs d'origine de la veine porte, non la véritable thrombophlébite des veines mésentériques. Nous citerons seulement, comme modèle d'analyse et d'exactitude, l'observation publiée par Letulle (Soc, méd. des hôpit., 1898, p. 783), dans laquelle une oblitération de la partie supérieure de la grande mésaraïque provoqua la formation de varices œsophagiennes. Cette observation démontre du reste que des lésions de ce genre sont les équivalents d'une pyléphlébite et non d'une thrombophlébite mésaraïque.

II

Historique. — Les premières observations anatomiques tendant à individualiser cette forme de thrombose ne remontent pas très loin. Dreyfous (1), dans les *Recueils de la Société anatomique* de 1885, en publia une observation et à ce propos réunit 2 autres observations analogues. Il vit nettement le rapport étroit existant entre l'oblitération mésaraïque et les altérations intestinales et il fit de ces altérations une étude histologique précise. Auparavant il n'en était rien dit ni dans les traités spéciaux de Frerichs, Murchison, d'Hutinel, ni dans le mémoire de Leroux (2). Tous ces auteurs sont muets sur la thrombose limitée aux veines du mésentère, et aucun auteur ne signale cet aspect de l'intestin si particulier rappelant une anse d'intestin étranglée.

Pilliet (3) en 1890 fit connaître 2 cas nouveaux et il trace à ce propos les traits généraux de cette affection. Il est un des premiers à l'avoir nettement distinguée de la pyléphlébite tronculaire; il insista en outre sur l'évolution aiguë de ses symptômes, analogues à ceux de l'obstruction intestinale.

Depuis cette époque, d'autres observations furent publiées, soit dans les *Recueils de la Société anatomique*, soit dans ceux de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Nous citerons seulement, outre celles de Chuquet, Leduc,

(1) DREYFOUS. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885.
(2) LEROUX. *Étude sur l'obstruction de la veine porte.*
(3) PILLIET. *Progrès méd.*, 1890.

Auriol les faits nouveaux dus à Barth, Péron et Beaussenat. En 1894 Boucly (1), dans sa thèse, attire l'attention sur les lésions intestinales dans la pyléphlébite, mais il ne semble pas attribuer leur réelle valeur aux altérations des mésaraïque; en 1898 le travail de Magnan (2) apporte 2 observations nouvelles, l'une due à Letulle et Maygrier, l'autre à P. Teissier. Citons enfin l'observation toute récente apportée par Hirtz et Josué à la Société médicale des hôpitaux.

Cela faisait, tout bien compté, 11 observations et aucun des auteurs précités ne faisait mention de la littérature étrangère. Dans nos recherches nous avons cependant rencontré dans les publications étrangères, allemandes surtout, des cas assez nombreux se rapportant à cette affection et corroborant d'ailleurs pleinement ce qui avait été dit en France. Nous citerons notamment les travaux de Iohst (3), de Westhoff (4), de Groskurth (5), de Lobert (6).

Nous avons pu réunir ainsi un total de 27 observations, que nous avons toutes pu consulter, hormis 4 d'entre elles. On en trouvera les indications bibliographiques à la fin de notre étude. Nous avons ainsi des éléments suffisants pour tenter une étude d'ensemble de cette affection.

III

Étiologie. — Les conditions étiologiques qui tiennent sous leur dépendance la thrombose mésaraïque sont parfois difficiles à mettre en évidence, et la filiation nette des phénomènes échappe. Dans 5 observations nous n'avons rien trouvé de net à l'origine des accidents et les auteurs se dispensent de toute réflexion à ce sujet (Groskurth, Nordenfelt, Eisenlohr, Bradford, Hirtz et Josué). Il existait, dans le fait d'Eisenlohr, un anévrysme de l'aorte thoracique mais qui doit être signalé sans doute seulement à titre de coïncidence. Dans 18 observations la cause apparente des phénomènes est au contraire nettement spécifiée.

Dans 4 d'entre elles (2 de Pilliet, Westhoff, Watson), on invoque des circonstances étiologiques assez vagues et une cause assez commune à toutes les coagulations veineuses, la *lenteur de lacirculation*. Dans les deux cas de Pilliet, il s'agissait de vieillards âgés de soixante-dix et soixante-douze ans, très obèses et qui subitement furent pris de signes d'obstruction des mésaraïques. L'auteur est tenté d'accuser l'obésité et la lenteur de la circulation en dépendant. Westhoff et Watson invoquent aussi un ralentissement de la circulation causé, dans le premier cas par une surcharge adipeuse manifeste du cœur, dans le second par les manifestations asystoliques survenant chez une cardio-rénale avec insuffisance tricuspide. Il est donc permis de retenir de ces observations un facteur peut-être adjuvant : l'obésité.

Avec les autres observations nous abordons des données étiologiques plus précises et plus satisfaisantes.

C'est tout d'abord la *cirrhose atrophique* qui, par la gêne imprimée à la circulation porte, doit évidemment favoriser la thrombose de ses branches. La cirrhose de Laënnec évoluait avec ses caractères classiques dans les observations de Dreyfous, de Chuquet. Dans le cas de Leduc, elle était peut-être d'origine syphilitique et la *pyléphlébite* était évidente, précédant de beaucoup la thrombose mésaraïque.

L'*alcoolisme* est signalé seul dans l'observation de Péron et Beaussenat, concomitamment avec la *syphilis* dans celle de Barth. Il est du reste difficile de décider si ces deux diathèses ont réellement eu un rôle efficace et si leur action s'est exercée directement sur les parois veineuses ou seulement par l'intermédiaire de lésions hépatiques initiales.

L'*étiologie infectieuse* est relevée nettement dans 8 observations, et à ce titre la phlébite mésaraïque rentre dans le cadre des *phlegmatia alba dolens* ordinaires, dans lesquelles l'origine microbienne septique est indiscutable. Dans le cas de P. Teissier, la phlébite mésaraïque survint consécutivement à une *phlébite du membre inférieur* gauche; et à ce propos l'auteur insiste à nouveau, comme cause prédisposante de cette généralisation du processus thrombosique, sur la gène de la circulation profonde due à l'obésité que présentait son malade et surtout à l'immobilisation prolongée nécessitée par la phlébite de la jambe.

Dans les faits rapportés par Goodheart, Mac Weeney, il s'agissait d'*infections chirurgicales*, de plaies extérieures. Dans le premier des cas, c'était une parotidite suppurée gauche qui avait déjà provoqué à distance une thrombose de la veine tibiale postérieure; dans le second, le point de départ siégeait dans un abcès du cou suivi d'un érysipèle migrateur.

L'*accouchement et ses suites septiques* doivent être incriminés dans 3 cas. Dans les deux observations publiées par Iohst, par Maygrier et Letulle, l'accouchement eut lieu, soit à terme soit au sixième mois, et l'enfant était mort. La complication phlébitique s'annonça entre le dixième et le douzième jour. L'observation de Hilton Fagge est assz remarquable pour être citée. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans qui fut prise, quelques jours après son accouchement, d'une phlébite de la veine crurale gauche; une semaine après, la jambe droite était prise et, quatorze jours après cette double phlegmatia, survenait une scène d'obstruction intestinale foudroyante qui emporta la malade en douze heures. A l'autopsie on trouva dans les deux veines iliaques un caillot qui remontait dans la veine cave jusqu'à l'abouchement des deux rénales et une oblitération des mésaraïques. Il est évident que dans ce cas la thrombose s'était propagée, par les veines pariétales rétro-péritonéales, de proche en proche jusqu'aux veines coliques, puis de là aux mésaraïques. Ce processus de généralisation de proche en proche n'est pas aussi évident dans l'observation de Teissier, où l'on ne trouva pas de caillot dans les veines iliaques.

La *fièvre typhoïde* fut considérée dans deux cas comme l'origine des accidents; il s'agissait d'une femme de quarante ans dans l'observation de Koster, d'un jeune homme de dix-sept ans dans celle de Lobert (1).

La *cachexie cancéreuse* est enfin invoquée une fois, dans le cas d'Auriol : le néoplasme siégeait au niveau de la paroi rectale.

Des circonstances étiologiques, aussi nombreuses et aussi variées, ne permettent guère d'admettre pour la thrombo-

(1) Boucly. *Étude sur les lésions intestinales dans les cas d'oblitérations de la veine porte*, Thèse de Paris, 1894-95.

(2) Magnan. *Obstruction intestinale dans la pyléphlébite*, Thèse de Paris, 1898.

(3) Iohst. Ueber die Thrombose der Mesenterialvenen, *In. Dissert. Königsberg*, 1894.

(4) Westhoff. Embolie mésentérique et thrombose, *In. Dissert. de Kiel*, 1895.

(5) Groskurth. Embolie mésentérique et thrombose, *In. Dissert. Giessen*, 1895.

(6) Lobert. Ueber die thrombose der Pfortader, *In. Dissert. Greifswald*, 1877.

(1) Dans l'observation de Lobert, le malade présentait cliniquement tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, mais dans le compte rendu de l'autopsie l'auteur a négligé de donner l'état de l'iléon.

phlébite mésaraïque une pathogénie univoque et il faut considérer comme trop exclusifs ceux qui, comme Dreyfous, Chuquet, invoquent uniquement les troubles de circulation porte sous l'influence de lésions hépatiques, et ceux qui, comme Pilliet, Eisenlohr, veulent y voir surtout un processus infectieux, parti de l'intestin, et envahissant de proche en proche les radicules veineuses. En réalité ce processus ne peut être soutenu avec preuves à l'appui que dans les cas où la fièvre typhoïde est en cause; dans les autres observations, les lésions intestinales semblent toujours être secondaires aux lésions phlébitiques et non primitives. On ne saurait oublier du reste que les veines mésaraïques constituent, tout comme les veines d'un membre inférieur, un département important du système veineux général, qu'elles sont comme ces dernières situées dans une position déclive par rapport à leur point d'abouchement et on ne saurait s'étonner qu'elles puissent au même titre qu'elles subir l'atteinte d'une cause infectieuse quelconque.

IV

Lésions anatomiques. — Au début de l'autopsie de malades ayant succombé à une telle affection, l'état d'esprit du médecin est en général assez indécis : si, comme c'est la règle, la scène clinique était nettement abdominale aiguë, on pense à une appendicite perforante suraiguë, à une péritonite par perforation, à une obstruction par coudure, volvulus, etc.; cependant certains symptômes éprouvés par le malade étaient assez anormaux, et c'est somme toute moins la vérification d'un diagnostic que la clef d'une énigme qu'on vient demander à la constatation anatomique.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule du liquide parfois citrin et clair, plus souvent foncé et sanguinolent, rougeâtre, jamais du liquide purulent. Le péritoine est irrité, enflammé, mais de suite, comme dans l'embolie mésentérique, on est frappé de l'aspect anormal d'une partie de l'intestin grêle. Il y a là une anse ou deux qui sont noires, violacées et qui, c'est la comparaison employée très uniformément par tous les auteurs, ressemblent à une anse intestinale herniée et étranglée. On est frappé de cet aspect singulier, on recherche les brides, on tente de rétablir la disposition initiale pour voir s'il ne se serait pas agi d'une obstruction intestinale, mais ne trouvant rien on pense alors à l'obstruction des vaisseaux mésentériques et l'on se reporte sur le mésentère. Ce mésentère, à sa partie inférieure, adjacente à l'anse malade, est lui aussi altéré, épaissi, injecté ; il participe aux lésions intestinales et la dissection de ses vaisseaux renseigne pleinement sur l'obstruction veineuse, cause de tout le mal.

Nous étudierons d'abord avec soin ces lésions veineuses et nous aborderons ensuite l'étude des lésions intestinales qui en sont la dépendance.

1° Lésions des veines mésaraïques. — Nous avons vu que, dans l'obstruction embolique ou même thrombosique des artères mésentériques, l'oblitération siégeait toujours ou presque toujours sur le tronc même de l'artère ou sur une grosse branche de division et que le caillot prenait fin tout de suite après avoir pénétré dans les premières collatérales. Les branches plus fines, les arcades anastomotiques sont toujours réservées et se présentent vides de sang et de caillots.

Il n'en est pas de même dans la thrombophlébite mésaraïque. Ce ne sont pas seulement les troncs de la mésaraïque supérieure ou inférieure qui sont pris et obturés, mais aussi leurs ramifications les plus fines, en un mot toutes les veines du mésentère. Le mésentère apparaît en effet, au moins dans une certaine portion, épaissi, induré, semblable à une galette ; si on le sectionne, et qu'on en presse la tranche de section, on voit sortir de la lumière de chaque véinule comme de petits vermisseaux rougeâtres formés de sang coagulé ; si à l'aide d'une sonde cannelée on dissèque et on met à nu le plan artério-veineux compris entre les deux feuillets adipeux du mésentère, le contraste est saisissant entre les artères qui sont affaissées, blanchâtres et vides, et les veines, sortes de cordons pleins, comme injectés et tendus. On en suit aisément les divisions et l'on remonte ainsi jusqu'au tronc des mésentériques également oblitéré.

C'est donc bien d'une thrombophlébite radiculaire de toutes les veines mésentériques qu'il s'agit, et on peut la suivre depuis l'intestin jusqu'à leur abouchement porte. Ce processus est rarement limité à une portion du mésentère, le plus souvent il envahit tous les rameaux veineux tributaires de l'intestin grêle, alors même que la lésion intestinale, comme nous le verrons plus loin, reste circonscrite ; il peut s'étendre ainsi aux veines issues du gros intestin et dont une partie forme le tronc de la mésaraïque inférieure.

Ce n'est que dans une seule observation, celle de Einsenlohr, que nous avons vu la lésion nettement limitée au département de la veine mésentérique inférieure; dans cette observation, il est nettement spécifié en effet que le tronc de la veine porte et celui de la mésaraïque supérieure étaient libres et que les coagulations se bornaient au système mésaraïque inférieur.

Mais il est assez rare que le processus thrombosique reste localisé aux veines du mésentère. Cette limitation est cependant expressément notée dans les cas de Chuquet, Goodheart, Maygrier et Letulle, Teissier, elle est probable dans ceux de Nordenfelt, de Bradford, de Mac Weeney et dans les deux cas de Pilliet (1); l'oblitération ne remontait pas, en effet, au delà du tronc des mésaraïques. Mais le plus souvent, au moins dans la moitié des cas, la veine porte est atteinte, soit que la thrombophlébite mésaraïque n'ait été qu'un incident terminal au cours d'une pyléphlébite adhésive ancienne, soit qu'elle soit due à l'extension d'une atteinte mésaraïque primitive (2). Outre la veine porte, la splénique était thrombosée dans les observations de Péron et Beaussenat, de Barth, Leduc, Watson, la veine pancréatique dans le cas de Lobert, les veines gastriques elles-mêmes dans celui de Barth.

Dans ces cas où la thrombose est envahissante et comprend toutes les ramifications de l'arbre porte, l'aspect des caillots n'est pas le même partout et certaines observations, notamment celles de Leduc, de Groskurth, signalent nettement l'aspect plus récent des caillots dans le système mésaraïque et les auteurs se trouvent ainsi fondés à lui attribuer la terminaison fatale.

L'examen microscopique des veines oblitérées a été fait par Dreyfous, Straus, Letulle et Maygrier : on y constate les altérations habituelles de la phlébite, c'est-à-dire l'inflammation des tuniques externes, la prolifération de l'endar-

(1) La constatation de la thrombophlébite mésaraïque, dans les cas de Pilliet et dans celui de Hirtz et Josué, ne fut faite que sur les préparations microscopiques du mésentère.

(2) Ce sont les cas de Dreyfous, Hilton Fagge, Auriol, Groskurth, Westhoff, Iohst, Hirtz et Josué, Péron et Beaussenat, Barth, Leduc, Watson, Lobert.

tère dont les franges néoformées pénètrent et organisent le caillot, toutes lésions sur lesquelles nous n'insisterons pas.

2° Lésions intestinales. — Les lésions intestinales consécutives à la thrombophlébite mésaraïque semblent de prime abord être identiques à celles de l'infarctus intestinal, suite de l'oblitération de la mésaraïque supérieure; en réalité elles en diffèrent par quelques points que nous allons mettre en relief.

Tout d'abord, par *la localisation et la limitation de la lésion.* Dans le cas d'oblitération artérielle, il peut arriver que la lésion soit limitée à 1 mètre, 1m50 d'intestin grêle; le fait est exceptionnel, mais il se voit dans les oblitérations limitées par exemple à une branche de la mésentérique supérieure. En revanche, il est beaucoup plus fréquent d'assister à une extension beaucoup plus considérable des lésions, une moitié de l'intestin grêle peut être intéressée, ou même sa totalité parfois et en plus le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse. Une pareille étendue des lésions ne s'observe jamais dans les altérations intestinales consécutives à la thrombophlébite des veines du mésentère. Dans l'observation de Lobert, il est vrai, on dit bien que les lésions s'étendent sur la presque totalité de l'intestin grêle jusqu'à 50 centimètres de la valvule de Bauhin, mais c'est l'exception et dans tous les autres cas on est frappé de la limitation des altérations intestinales et de leur localisation en un point assez fixe. C'est un fait sur lequel Barth, Péron et Beaussénat ont bien attiré l'attention. En effet, dans presque toutes les observations, *les altérations s'étendent très uniformément sur une longueur de 30 centimètres à 60 centimètres d'intestin grêle et siègent au niveau du jéjunum, environ 1 mètre au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.* Nous verrons plus loin la raison qu'on peut donner de ce fait.

A ce niveau, l'intestin apparaît noir, violacé, ecchymotique, et nous avons cité la comparaison qu'on en a faite avec une anse d'intestin étranglée; après ouverture du conduit la muqueuse se montre pourpre, tomenteuse, et comme veloutée. Mais ce qu'il y a encore de particulier à cette sorte d'infarctus intestinal par oblitération veineuse, *c'est le degré extrême de la stase et de la congestion*, l'*épaisseur des parois intestinales.* Lorsqu'on les palpe, elles apparaissent énormément épaissies et tuméfiées, sur une coupe elles mesurent 5 à 6 millimètres et même 8 à 10 au niveau de l'attache mésentérique. De la surface de section il s'écoule un liquide sanguinolent; les valvules conniventes sont turgescentes et boursouflées. Dans un cas de Teissier la circonférence interne de l'intestin ne mesurait plus, à cause de l'épaississement extrême des parois, que 4 centimètres à 4 centimètres et demi.

L'examen microscopique a été pratiqué dans plusieurs observations par Dreyfous, Straus, Letulle et Maygrier, Barth, Péron et Beaussenat. Les altérations sont toujours identiques dans chaque cas et ressemblent assez à celles décrites dans l'infarctus intestinal par oblitération artérielle. Les deux altérations dominantes sont la congestion vasculaire et les raptus hémorragiques. Ces deux processus prédominent dans la tunique sous-muqueuse qui prend des proportions énormes et ne figure plus qu'une sorte de lac sanguin dans lequel on trouve dissociés et épars ses éléments cellulaires ou fibrillaires constituants. Le sang épanché hors des vaisseaux infiltre aussi les tuniques musculaire et sous-péritonéale, quoique à un degré moindre. A cela il faut ajouter des altérations nécrosiques (chute de l'épithélium, nécrose des cellules glandulaires, infiltration péri-tubulaire) et des altérations inflammatoires, qui prédominent manifestement dans la portion sous-péritonéale. Des bacilles ont été mis en évidence par Péron et Beaussenat dans l'épaisseur des parois intestinales, surtout dans leur portion interne.

Un point important à considérer est l'état des veinules qui pénètrent les parois intestinales. Letulle et Maygrier spécifient nettement que ces veinules « présentent une intégrité relative, presque constante cependant, et qu'elles sont simplement distendues et non oblitérées dans la sous-muqueuse et la muqueuse elle-même ». A mesure qu'on s'approche de la tunique musculaire et sous-péritonéale, leur participation au processus phlébitique devient manifeste.

Dans l'épaisseur du mésentère, soit au niveau du point d'attache de l'intestin, soit au delà, nous avons vu que leur obstruction était complète. C'est à cette phlébite des veinules et veines mésentériques qu'il faut attribuer l'aspect en gâteau présenté par le mésentère.

Quant au péritoine nous avons déjà dit qu'il était le plus souvent irrité et injecté; toutefois le processus inflammatoire est peu avancé. Il y a quelques exsudats fibrineux à la surface de l'anse malade, ou ailleurs, et il existe peu d'adhérences épiploïques. Cette atteinte relativement minime de la séreuse est due sans doute à la rapidité de la terminaison fatale. Le liquide abdominal examiné dans un cas par Péron et Beaussenat ne s'est pas montré fertile.

V

Pathogénie de l'infarctus intestinal par oblitération veineuse. — Lorsque, dans la première partie de cette étude, nous avons exposé la pathogénie de l'infarctus intestinal consécutif à l'embolie mésentérique supérieure, on a pu voir que cette pathogénie était en somme celle de l'infarctus viscéral en général. Les choses se passent, en effet, de même au niveau du rein, de la rate, des poumons, et les différences ne sont que des variantes. En un mot, l'infarctus intestinal d'origine artérielle ne constitue pas un fait nouveau ou anormal, mais seulement une lésion dont la filiation pathogénique est plus aisée à établir et l'exposition plus saisissante.

Il n'en est pas de même pour les altérations intestinales que nous venons d'étudier; là aussi, nous avons des phénomènes de stase circulatoire, d'engorgement sanguin, avec leur cortège obligé d'ecchymoses et d'hémorragies interstitielles, en somme un véritable infarctus. Mais ce sont là *des lésions absolument exceptionnelles comme traduction et conséquence anatomique d'une oblitération veineuse.* Que l'on considère, en effet, au niveau d'un membre, d'un viscère quelconque, combien les obstructions veineuses sont mieux supportées que les obstructions artérielles. Au niveau du tronc tibio-péronier par exemple, l'oblitération embolique donne presque toujours la gangrène du pied, et la phlébite du tronc veineux correspondant provoque seulement de l'œdème simple du membre. Ces différences sont dues à ce fait qu'en général, les voies collatérales veineuses sont plus nombreuses, plus larges, plus facilement utilisables que les voies artérielles anastomotiques et que d'autre part dans l'oblitération d'un tronc veineux la persistance de l'apport artériel communique au sang qui tend à s'accumuler dans le territoire considéré une pression, une tension suffisante pour lui permettre de circuler efficacement par les voies nouvelles. Il y a donc à la fois des voies d'échappement plus béantes et une *vis à tergo* permettant de les uti-

liser; voilà pourquoi les troubles circulatoires sont en somme légers et se réduisent à une infiltration séreuse des lacunes conjonctives.

Pourquoi donc n'en est-il pas de même au cours de l'obstruction veineuse mésaraïque, pourquoi dans ce cas la circulation est-elle donc si gênée au niveau des tuniques intestinales; pourquoi cette stase, ces extravasations, ce farcissement hémorragique plus considérables même que dans l'infarctus d'origine artérielle.

1° Circulation intestinale dans les pyléphlébites simples. — Considérons d'abord de quelle façon s'effectue la circulation intestinale dans le cas où, par suite d'une cause locale ou autre, le tronc porte est oblitéré, avec ou sans participation de ses gros troncs d'origine splénique et mésaraïque.

Le sang, qui a traversé les tuniques intestinales, ressort par les veinules qui se jettent dans les arcades veineuses anastomotiques du mésentère et les parcourt; mais arrivé au tronc des mésaraïques, il trouve la route barrée. Malgré l'existence de ce barrage, toutes les observations anatomiques ou cliniques concernant la pyléphlébite, au sens où nous l'entendons, nous apprennent nettement que dans ce cas il ne se produit pas de lésion intestinale comparable à celle que nous avons décrite plus haut. Nous n'avons pu trouver en effet une seule observation d'infarctus intestinal avec oblitération limitée du tronc porte et sans participation thrombosique des veines du mésentère. Dans le cas donc où l'oblitération est limitée au tronc porte ou à des gros rameaux d'origine, la circulation se fait mal, d'une façon défectueuse, mais elle se fait. Au sortir des tuniques intestinales le sang remplit d'abord les arcades veineuses du mésentère, sorte de vaste lac sanguin; puis au lieu de s'accumuler là, poussé qu'il est par la *vis à tergo* que lui fournissent les ondées artérielles incessantes, il cherche des voies d'échappement et il les trouve dans les anastomoses entre les veines du mésentère et les veines pariétales postérieures abdominales et surtout dans les communications à plein canal existant aux deux confins du territoire des mésaraïques avec le système des veines hémorroïdales et celui des veines gastro-duodénales. Puis grâce aux différents groupes de veines portes accessoires, et surtout au groupe parombilical dont la dilatation devient visible, le sang gagne le foie par des voies détournées. Pour arriver dans ces veines anastomotiques collatérales le sang emprunte ainsi *deux voies*, l'une large et facile, les *arcades veineuses du mésentère*, l'autre plus étroite et resserrée constituée par les *veines intra-pariétales de l'intestin*.

Cette circulation est évidemment difficile, les veines sont gonflées, distendues et laissent transsuder un liquide séreux abondant, mais grâce à des voies collatérales aussi riches, grâce aussi à ce trop plein que constitue la cavité péritonéale réceptrice de l'ascite, la stase intestinale et ses funestes conséquences sont évitées.

2° Circulation intestinale dans la thrombophlébite mésaraïque. — Examinons maintenant les modifications apportées à ces conditions déjà défectueuses par l'obstruction du réseau veineux mésentérique. Le sang veineux au sortir des tuniques intestinales devra toujours rejoindre les voies de déversement collatérales signalées plus haut. Mais des deux chemins qu'il suivait antérieurement pour gagner ces canaux un seul subsiste. Les arcades veineuses du mésentère, voies largement anastomotiques, facilement dilatables, n'existent plus, elles sont remplacées par un réseau phlébitique oblitéré. *Il ne reste donc plus au sang veineux qui tend à s'accumuler dans les tuniques de l'intestin qu'une seule voie de sortie formée par les veinules situées dans l'épaisseur même de ces parois* et disposées dans la sous-muqueuse principalement.

Ces veinules restent libres alors même que tout est oblitéré au niveau du mésentère, les constatations microscopiques de Letulle et Maygrier sont très probantes à cet égard; et c'est à leur intérieur que le liquide sanguin devra circuler de proche en proche pour gagner les extrémités duodénales ou rectales du tube digestif.

On conçoit combien cette circulation sera laborieuse. Dans les portions du tube intestinal adjacentes au duodénum ou au rectum le déversement sera relativement facile car les voies sont libres et proches. Dans des points un peu plus éloignés cet écoulement, quoique difficile, sera encore possible grâce à la poussée artérielle incessante. Mais on conçoit facilement qu'au milieu du jéjuno-iléon, il se trouve une zone, à peu près également éloignée des deux points de déversement extrêmes duodénal et colique, dans laquelle le sang veineux va s'accumuler et stagner faute d'une tension suffisante pour lui permettre de vaincre les résistances qui lui seraient opposées dans un cheminement durant 1 ou 2 mètres d'intestin à l'intérieur de veinules intra-pariétales étroites et déjà encombrées. Mais comme ce territoire veineux ne cesse de recevoir à chaque systole l'ondée artérielle, l'encombrement sanguin ne fait que s'accroître, les veinules se distendent, les capillaires éclatent et laissent extravaser au dehors le sang qui ne trouvant pas une voie d'écoulement suffisant par ses voies naturelles infiltre et dissocie les tissus.

Par là l'infarctus intestinal d'origine veineuse est constitué et l'on comprend pourquoi d'une part cet infarctus, malgré l'étendue de la thrombophlébite mésaraïque, est en général localisé et limité à la partie moyenne du jéjuno-iléon, pourquoi d'autre part les phénomènes de stase sont plus accentués que dans l'infarctus artériel, puisque ici dans la provocation de ces phénomènes d'engorgement sanguin c'est l'ondée artérielle systolique qui se substitue à la poussée lente et faible exercée par la colonne sanguine porte.

L'étude successive que nous venons de faire, pour présenter l'explication pathogénique de l'infarctus veineux, des conditions de la circulation dans la pyléphlébite et dans la thrombophlébite mésaraïque, ne constitue pas seulement un procédé commode d'exposition, mais répond dans certains cas à la succession réelle des phénomènes pathologiques. Dans plusieurs de nos observations, en effet, les malades sont atteints de pyléphlébite qui, grâce à une circulation collatérale bien développée et aussi à l'ascite, est bien tolérée et c'est brusquement que se fait l'oblitération mésaraïque entraînant les lésions intestinales caractéristiques et la mort rapide. Dans ces cas on reconnaît nettement à l'autopsie l'âge différent des deux coagulations intra-veineuses porte et mésentérique.

VI

Symptômes. — Lorsque la thrombophlébite mésaraïque survient au cours d'une septicémie quelconque, à la suite d'un abcès, après un accouchement, la scène abdominale brusque qui en est la conséquence évolue pour son propre compte, d'une façon autonome, et tranche nettement sur la symptomatologie antérieure.

Il en est ainsi à plus forte raison lorsque l'affection surprend le malade dans un état de bonne santé apparente : un

des malades de Pilliet déjà âgé (soixante-dix ans) sciait du bois lorsque brusquement il fut pris de vives douleurs abdominales, de vomissements, etc., etc.

Mais dans d'autres cas, le tableau symptomatique terminal dû à la thrombophlébite mésaraïque est précédé pendant un espace de temps plus ou moins long par des manifestations morbides abdominales qui constituent comme un long prélude au drame qui se prépare. Nous sommes obligé d'insister quelque peu sur ces symptômes car ils font partie intégrante de l'ensemble clinique général présenté par le malade.

1° Symptômes abdominaux antérieurs a la formation de la thrombophlébite mésaraïque. — C'est parfois l'aspect d'une *cirrhose atrophique* typique que présente le malade; l'ascite, la circulation collatérale, la tuméfaction de la rate, l'œdème des jambes, tous les signes sont au complet, et c'est au cours de l'évolution de cette maladie, dont rien ne semblait devoir troubler la chronicité, que surviennent les symptômes que nous énumérerons tout à l'heure. Il en était ainsi dans les cas de Dreyfous et de Chuquet; dans l'observation de Dreyfous, ce fut huit jours après une ponction que se déclarèrent les accidents.

D'autres fois, c'est au cours d'une *pyléphlébite* légitime que survient cette complication; l'observation de Leduc est, à cet égard, très probante, l'ascite était très abondante, à répétition et se reproduisait avec une grande rapidité; on retira 80 litres en un mois et demi par des ponctions successives.

Mais, dans la plupart des autres cas, on a affaire à une symptomatologie moins nette qui, sans doute, est encore une traduction plus ou moins fruste d'une pyléphlébite adhésive. Ce sont tantôt des signes d'*ascite avec circulation collatérale*, comme cela existait depuis quelques jours dans le cas de Hirtz et Josué, depuis deux ans dans celui de Groskurth; tantôt des signes d'une *affection abdominale douloureuse* simulant même, comme dans le fait de Barth, des coliques hépatiques. D'autres fois, enfin, on assiste à l'évolution de *symptômes abdominaux chroniques* de signification indécise, tels que diarrhée, coliques, vomissements (Péron et Beaussenat, Nordenfelt).

Dans tous ces cas, la transition est brusque entre ces symptômes antérieurs qui laissent le plus souvent le diagnostic indécis et les phénomènes dont nous allons maintenant parler.

2° Symptômes relevant de la thrombophlébite mésaraïque. — Ces symptômes se groupent sous forme d'un épisode aigu ou même suraigu, et ils emportent le malade en quelques jours ou en quelques heures. Hirtz et Josué désignent cet ensemble sous le nom de syndrome terminal et semblent le considérer simplement comme un mode de terminaison, un incident ultime mettant une fin à l'évolution de la thrombophlébite mésaraïque avec nécrose hémorragique de l'intestin. Pour nous, nous ne pensons pas que ce syndrome soit seulement un des actes, le dernier, de l'expression symptomatologique de cette affection, nous croyons *qu'il la représente tout entière* et qu'il apparaît dès que l'oblitération des veines mésentériques est constituée.

Déjà, plusieurs fois, nous avons dit que cette oblitération se traduisait cliniquement par des symptômes à évolution aiguë et d'allures vivement tranchées; disons cependant qu'il existe quelques observations (Chuquet, Watson) où la mort survint dans le coma sans manifestations abdominales précises, et d'autres (Pilliet, Goodheart) où la mort fut rapide sans que les auteurs donnent de détails nets sur les symptômes dont elle fut précédée.

Mais, dans toutes les autres observations, les symptômes évoluent d'une façon très univoque. Le plus ordinairement, c'est à une *scène péritonéale suraiguë* que l'on assiste. Le début est marqué par une douleur abdominale survenue brusquement, atroce, lancinante; bientôt surviennent les vomissements muqueux, bilieux, parfois sanguinolents, les nausées continuelles, le hoquet. La diarrhée est notée assez fréquemment. Le ventre se tympanise rapidement; puis l'état général se modifie en quelques heures, le faciès se tire, se grippe, les yeux s'excavent, la respiration s'accélère, le pouls devient incomptable et la mort survient dans le collapsus, en général en un ou deux jours, très rarement au troisième jour. Le diagnostic porté est soit celui de péritonite par perforation, soit celui d'appendicite nécrosante.

D'autres fois, c'est un syndrome typique d'*obstruction intestinale suraiguë* que l'on a sous les yeux. Ce sont les mêmes symptômes que précédemment, mais avec en plus des douleurs paroxystiques plus violentes, un arrêt complet des gaz et des matières, des vomissements incessants aboutissant à une terminaison fatale encore plus hâtive (douze heures dans le cas d'Hilton Fagge). Nous avons trouvé ces symptômes d'obstruction intestinale aiguë très nettement spécifiés dans 6 observations (Pilliet, Barth, Weslhoff, Hilton Fagge, Koster, Teissier); dans certains d'entre eux même, une intervention chirurgicale fut entreprise pour lever l'obstacle. Ici, comme dans l'infarctus par oblitération artérielle, les symptômes d'obstruction relèvent non d'un étranglement véritable, mais d'un pseudo-étranglement dû à l'inertie absolue de l'anse intestinale lésée.

On voit donc, par ce qui précède, que la nécrose hémorragique de l'intestin, qu'elle reconnaisse pour cause une embolie artérielle ou une thrombo-phlébite mésaraïque, se traduit par une symptomatologie très analogue dans les deux cas, mais d'évolution en général plus rapide dans cette dernière affection.

VII

Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Le diagnostic de la thrombose mésaraïque apparaît évidemment comme très difficile, d'une part parce qu'elle est absolument exceptionnelle, d'autre part parce que rien dans sa symptomatologie n'apparaît comme suffisamment caractéristique. Nous ne sachons pas que ce diagnostic ait jamais été posé durant la vie.

A l'avenir, on serait peut-être cependant autorisé à émettre cette hypothèse, au cours d'une de ces scènes abdominales suraiguës simulant la péritonite ou l'obstruction, en s'appuyant sur deux faits.

1° *Sur l'existence antérieure* d'une cirrhose atrophique, de signes typiques ou atypiques de pyléphlébite, ou encore d'une phlébite voisine concomitante (membre inférieur).

2° *Sur l'existence de selles ou de vomissements sanglants.* Ces deux symptômes se rencontrent, en effet, parfois dans cette affection et ils pourraient mettre sur la voie du diagnostic. Nous avons noté l'existence de vomissements franchement sanglants ou seulement teintés par du sang dans 5 observations (Goodheart, Watson, Leduc, Pilliet, Hilton Fagge), et de selles sanguinolentes dans les deux faits rapportés par Eisenlohr et Letulle et Maygrier.

Ce sont là les deux seules circonstances qui peuvent permettre de hasarder un diagnostic aussi exceptionnel.

La gravité de cette thrombophlébite mésaraïque est extrême, tous les cas que nous rapportons ont été suivis de mort; il est cependant parfaitement possible que des altérations plus limitées soient compatibles avec la survie du malade; mais c'est un fait à démontrer.

L'opération a été tentée dans plusieurs cas à cause du diagnostic qu'on avait porté d'obstruction intestinale. Jamais la résection intestinale n'a été pratiquée, et la mort a suivi de près dans tous les cas. Il faut, du reste, convenir qu'ici, étant donné l'existence des lésions veineuses dans le mésentère et au delà, l'existence fréquente de lésions hépatiques initiales, l'intervention chirurgicale ne semble pas devoir être considérée sous un aspect aussi favorable que dans l'embolie de l'artère mésentérique supérieure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Indications bibliographiques de 83 cas d'oblitérations mésentériques vérifiées à l'autopsie :

VIRCHOW. *Gesammelte Abhandlungen*, 338, 420, 451 (3 cas). KLOB. *Zeit. der KK. Gesselt der Aerzte zu Wien*, 1859, n° 1. — COHN. *Klin. der Embolgefäss krankheiten*, 1860, 548 (3 cas). — OPPOLZER. *Allgm. Wien. med. Zeit.*, 1862. — HERMANN. Th. de Strasbourg, 1864. — BECKMANN. *Virchow Archiv*, Bd XIII, 501. — VIRCHOW et FRIEDREICH. *Gesammelte Abhandlungen*, 1862. — GEHRARDT. *Würtzburg med. Zeits.*, 1863. — KUSSMAUL. *Würtzburg med. Zeits.*, 1865. — PIEPER. *Allg. med. Centr. Zeitung*, 1865. — CONCATO. *Rivista clinica*, 1866. — LABBÉ. *Bull. soc. an.*, 1867. — MERKEL. *Wien. med. Presse*, 1867, VIII, 740-763. — ARONSHON. *Gaz. hosp. London*, 1868, 406. — LELORRAIN, in th. Mengin, Montpellier 1871. — PONFICK. *Virchow Archiv*, Bd L, 623 (3 cas). — HEGAR. *Virchow Archiv*, Bd XLVIII, 532. — FELTZ. *Traité des embolies capillaires*, 1870, 188. — LANCEREAUX. *Atlas d'anat. path.*, 1871, p. 40. — LANCEREAUX. In th. de Flament, Paris 1876. — FABER. *Deutsch Archiv für Klin. med.*, 1875, 527 (4 cas dont ceux de von Zenker et de Baumler). — SPATH. *Wurtenberg Corresp. Blatt*, LII, 26. — BRIMI. *Gazz. med. prov. Venete*, Padova, 1877, 379. 384. — LUZZATO, *Id.*, 1877. — BUTLIN. *British med. Journ.*, 1879, 657. — MOYES. *Glascow med. Journ.*, 1879, 657. — MOYES. *Glascow med. Journ.*, 1880. — HOWSE. *Trans. of the path. Society*, London, 1878, p. 101. — MAC CALL, ANDERSON et COATS. *Brit. med. Journ.*, mars 1880, 482. — F. TAYLOR. *Trans. of the path. Society*, London, XXXII, 1881, p. 61. — CATTANI. *Gazz. degli ospitali*, 28 fev. 1883. — LITTEN. *Berlin. klin. Wosch.*, 1885, p. 666 (2 cas). — CONTI. *Gaz. med. prov. Venete*, 1884, 36. — LAVERAN. *Arch. méd. milit.*, 1887, 227. — MORVY. *Boston City Hospital Records*, 1887. — DUN. *Glascow Journ.*, mai 1888. — ALTMANN. *Virchow Arch.*, Bd CXVI, 1889. — HAHN. Th. Strasbourg, 1889. — KRAFT. *Hosp. Tidende.* V, 733 (5 cas). — KAUFMANN. *Virchow Arch.*, Bd CXVI (2 cas). — MAC KARTHY. *The Lancet*, 1890. — FIRKET et MALVOG. *Arch. med. exp.*, 1891. — STUBBS. *Philadelph. Report*, 8 fév. 1890. — GRAWITZ. *Virchow Archiv*, Bd CX, 426. — TSHEGOLEFF. *Med. Obozr.*, mars 1891, vol. XXXV. — HALIPRÉ. *Bull. soc. anat.*, 1892. — OSLER. *Pratice medicin*, 1893 (3 cas). — PLES. *Diss. In. München*, 1893. — ADENOT. *Revue de médecine*, 1890. — WESTHOFF. *In. Diss. Kiel*, 1895. — MONRO. *The Lancet*, 1894. — COUNCILMAN, *Boston med. and surg. Journ.*, 1894 (3 cas). — TRÜBEL. *Jahr. Wien. KK. Krankenanst*, 1894 (4 cas). — WATSON. *Boston med. and surg. Journ.*, 6 déc. 1894 (2 cas) LOTHROP. *Id.* p. 557 (3 cas). — GROSKURTH. *In. Diss. Giessen*, 1895. — VON HOOCK. *Ann. gynecol. et obst.*, 1897, 602. KARCAER. *Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, XXVII, 1897. — Louis GALLAVARDIN. *Lyon médical*, sept. 1900.

Indications bibliographiques de 16 cas d'oblitération mésentérique sans constatation anatomique :

a. *Pas de constatation suffisamment probante à l'autopsie :* MERKEL. *Wien. med. Presse*, 1867, VIII. — PREVOST et COTARD. In th. Lefeuvre, Paris 1867. — PUTNAM. *New-York med. Record*, vol. VII, p. 208. — BERTRAND. Th. de Paris, 1878. — RIIS. *In. Diss. Würtzburg*, 1884 (2 cas). — HENDERSON. *Glascow med. Journ.*, janv. 1890. — J. W. TAYLOR. *Brit. med. Journ.*, 4 mars 1882, p. 307.

b. *Guérison spontanée :* LEREBOULLET. *Mém. de méd. et de chir. milit.*, XXI, p. 426. — MOOS. *Virchow Archiv*, XLI, p. 562. — HIRTZ. In th. Mengin, Montpellier 1871. — FINLAYSON. *Glascow med. Journ.*, mai 1888.

c. *Guérison opératoire :* John CHIENE. *Journ. anat. and physiolog.*, Edinburgh 1868. — WATSON. *Bost. med. and surg. Journ.*, 6 déc. 1894. — ELLIOT. In art. de Watson. — GORDON. *Brit. med. Journ.*, 4 juin 1898, p. 1446.

Indications bibliographiques de 27 cas de thrombophlébite mésaraïque :

Hilton FAGGE. *Transact. of the path. society*, London 1876, p. 124. — GOODHEART. *Path. transact.*, XI. — LOBERT. *In. Diss. Greifswald*, 1877. — GULL. *Guy's Hosp. Rep.*, London 1883 (cas douteux). — CHUQUET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1878. — LEDUC. *Progrès méd.*, 1884. — DREYFOUS. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885. — AURIOL. *Idem.* — NORDENFELT. *Hygiea*, LIX, p. 228-231. — PILLIET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, et *Progrès méd.*, 1890 (2 cas). — EISENLOHR. *Jahrb. der Hamburgisch. staats Krankenanstalten*, 1890, II, p. 76 ou th. de Iohst. — MAC WEENEY. *The Lancet*, London 1893. — BURGESS. *Sheffield*, 1892-1893, p. 317-319. — IOHST. *In. Diss. Königsberg*, 1894. — PERON et BEAUSSENAT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 589. — WATSON. *Boston med. and surg. Journ.*, 6 déc. 1894. — WESTHOFF. *In. Diss. Kiel*, 1895. — GROSKURTH. *In. Diss. Giessen*, 1895. — KÖSTER. *Göteborg Läker. Föhrhandler*, 1896, p. 18-39. — LETULLE et MAYGRIER. Soc. anat., 1897, p. 540. — BARTH. Soc. méd. des hôp., 1897, p. 1189. — P. TEISSIER. In th. Magnan, Paris 1898. — BRADFORD. *Brit. med. Journ.*, avril 1898. — LEECH. *Quart. m. J.*, Sheffield 1897-1898, VI, p. 370. — LILIENTHAL. *Mathews q. j. Rectal diss.*, Louisville 1898, p. 158-161. — HIRTZ et JOSUÉ. Soc. méd. des hôp., juill. 1900.

FORMULAIRE

Traitement des piqûres de moustiques.

On a préconisé contre les piqûres de moustiques une foule de formules. Quand les piqûres sont peu graves, il suffit de les badigeonner, à plusieurs reprises, soit avec de l'eau de Cologne mentholée à 4 ou 5 p. 100, soit avec de l'alcool mentholé à 10 p. 100.

Un procédé très commode et à la portée de tous consiste à déposer sur la papule une épaisse couche de teinture d'iode. Aucune méthode n'est plus efficace; toutefois, si les papules siègent sur la face, il pourra être préférable de les badigeonner avec un mélange de 5 grammes de formol du commerce avec 10 grammes d'alcool à 90 degrés et 10 grammes d'eau. Le formol pur ne saurait être employé, parce qu'il détermine une brûlure au premier degré. (*Bull. Acad. de méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

179. M. JONESSOFF. A propos de l'avortement dit tubo-utérin. — 180. M. BERGENSTEIN. Étude d'un rumex ferrugineux indigène (de la médication martiale). — 181. M. DESANDRE. La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle. — 182. M. DEMEURISSE. Contagion des otites moyennes

aiguës. — 183. M. Mulle. Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants. — 184. M. Mannoni. Contribution à l'étude de la prophylaxie du charbon. — 185. M. Boelle. La fondation des cliniques chirurgicales en France. — 186. M. Froment. Considérations sur le traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique par suture de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure. — 187. M. Duvernoy. De la rhinoplastie partielle. — 188. M. Crotet. Contribution à l'étude des déchirures du rein. — 189. M. Guieysse. La capsule surrénale du cobaye. Histologie et fonctionnement. — 190. M. Dubiège. Essai d'étude clinique de l'autophysation par le surmenage physique dans la seconde enfance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-major de deuxième classe Cognacq, qui fait actuellement partie du corps expéditionnaire de Chine, a été désigné pour remplacer M. le docteur Matignon dans les fonctions de médecin de la légation de France à Pékin.

Distinctions honorifiques. — M. Roudouly, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Cahors, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 34e semaine, 873 décès, au lieu de 767 pendant la semaine précédente et au lieu de 930, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire, malgré l'augmentation de la mortalité cette semaine, reste donc encore satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé cependant 16 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est aussi en augmentation (61 au lieu de 50, 52 et 37). La variole a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente : le nombre des cas signalés par les médecins continue cependant à diminuer (22 au lieu de 42, 38 et 57). La rougeole est en augmentation considérable ; elle a causé 24 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (la moyenne est 14) ; il faut remonter à la 23e semaine pour trouver une mortalité supérieure (29). La scarlatine a causé 1 décès (la moyenne est 3) ; la coqueluche, 7 décès (au lieu de 5 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6) ; la diphtérie 10 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et de la moyenne 4) ; les cas nouveaux signalés par les médecins sont aussi en diminution (55 au lieu de 63, de 81 et de 110).

La diarrhée infantile a causé 83 décès de 0 à 1 an au lieu de 103 pendant la semaine précédente (la moyenne est de 140) ; on a, en outre, constaté le décès par diarrhée de 14 enfants de 1 à 2 ans et de 8 adultes, et on a attribué 1 décès au choléra nostras. Malgré la diminution légère du nombre de décès (106 au lieu de 118), il faut continuer à prendre pour l'alimentation des jeunes enfants les précautions recommandées par le Conseil d'hygiène, surtout dans les arrondissements pauvres de la périphérie qui continuent à être les plus frappés (22 décès dans les dix premiers arrondissements et 61 dans les autres).

En outre, 23 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 109 décès (au lieu de 84 pendant la semaine précédente, et au lieu de 92, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 6) ; bronchite chronique, 14 (au lieu de la moyenne 13) ; pneumonie, 22 (au lieu de la moyenne 23) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 65 (au lieu de la moyenne 50), dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire et 29 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès ; la méningite tuberculeuse, 14 décès ; la méningite simple, 19 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 35 décès ; les maladies organiques du cœur, 47 ; le cancer a fait périr 55 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès ; la cirrhose du foie, 9 ; la néphrite, 15 ; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le prix Osiris de 100 000 francs. — L'Institut décernera, pour la première fois, en 1903, dans la séance publique annuelle de ses cinq sections, le prix Osiris, de la valeur de 100 000 francs.

Cette fondation a pour origine la donation faite par M. Daniel Osiris, à l'Institut, d'un capital productif de 32 000 francs de rente annuelle.

Les arrérages devront, suivant la volonté du donateur, servir à la création d'un prix triennal de 100 000 francs destiné à récompenser la découverte ou l'œuvre la plus remarquable produite, au cours des trois années écoulées, dans les sciences, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie, et généralement dans tout ce qui peut servir l'intérêt public.

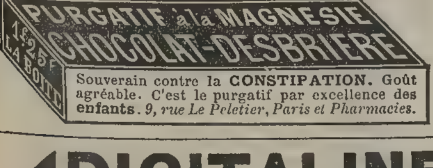
— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie rappelle que, avec le concours de l'agence Duchemin, elle a organisé un service de livraison des bagages à domicile dans les conditions suivantes :

Les bagages arrivés avant midi sont remis à domicile dans l'après-midi, ceux arrivés entre midi et six heures du soir sont livrés dans le courant de la soirée, ceux qui arrivent après six heures du soir sont livrés le lendemain dans la matinée.

En outre, la livraison est effectuée dans Paris, avec un délai maximum de trois heures, pour les bagages dont les bulletins sont remis avant dix heures au représentant de l'agence Duchemin, installé à la gare dans la salle de délivrance des bagages.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 101. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1901. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles, d'après M. A. Guillaumont. — Médecine pratique. Le rôle du médecin auprès des agonisants, par M. Paul Huguenin. — Revue des Thèses. Contribution à l'étude des streptococcies généralisées chez l'homme (M. Raymond Bluysen); — Contribution à l'étude clinique des pleurésies purulentes (M. H. Sullerot); — Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant (M. Jean Chalochet); — Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence (M. Fernand Jacquot). — Thèses de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LES PRINCIPALES COMPLICATIONS DES VULVO-VAGINITES CHEZ LES PETITES FILLES

D'après M. A. Guillaumont (1).

On a considéré longtemps la vulvo-vaginite des petites filles comme une affection relativement bénigne, n'occasionnant que des troubles locaux. Cette conception ne saurait plus être admise aujourd'hui. La vulvite, étant d'origine blennorragique, peut se compliquer d'accidents infectieux variés. Que ces accidents soient dus à la propagation par continuité, à l'inoculation à distance ou à l'infection générale, ils permettent de décrire, dans une revue d'ensemble, les complications de la vulvo-vaginite.

Au nombre des *complications par contiguité*, il faut d'abord signaler la rectite, l'urétrite, la bartholinite, etc. La *rectite* s'explique par le contact du pus vaginal avec la muqueuse rectale. L'*urétrite*, considérée comme constante par Späth, Caisel, Fischer ne dépasse guère la première portion de l'urètre et ne provoque que rarement des phénomènes de cystite. D'après M. Hutinel, la *cystite* apparaît surtout lorsque, avec la vulvite, coïncide la rectite; l'inflammation de la dernière portion de l'intestin favorisant la congestion de la vessie rendrait plus facile son infection. La glande de Bartholini est fréquemment atteinte (tiers des cas, Fischer). Le plus souvent, ce sont les canaux excréteurs qui sont seuls le siège de l'inflammation, leur orifice est entouré d'une aréole rouge, et, en exerçant une pression, on peut faire sourdre du pus; quelquefois la glande elle-même suppure; elle forme alors une saillie rouge, œdémateuse, tendue dans l'épaisseur de la grande lèvre. Les ulcérations des grandes lèvres produites par l'écoulement peuvent enfin amener entre elles des adhérences persistantes.

Les *hémorragies vulvaires* chez les petites filles ont été signalées depuis longtemps. Henoch, Henriciu, Graef ont observé des tumeurs petites, rouges, fongueuses, situées au niveau de l'orifice de l'urètre. MM. Broca et Pourtier rapportent des observations d'hémorragies dues à un prolapsus de l'urètre chez l'enfant. M. Comby, revenant récemment sur cette question, dit que c'est dans la vulvo-vaginite blennorragique que s'observent surtout les hémorragies. Chez deux fillettes examinées par lui, l'hymen était intact, le sang ne provenait pas du vagin, mais de quelques bourgeons fongueux entourant l'orifice urétral. De plus, ces fillettes étaient atteintes d'un écoulement purulent à gonocoques.

Dans la plupart des cas, les hémorragies ne proviennent en effet, ni du vagin, ni de l'utérus : ce ne sont pas des métrorragies. Ce ne sont pas non plus des hématuries. L'hémorragie est vulvaire, superficielle, le sang provient des bourgeons fongueux entourant l'orifice urétral prolabé. Ces bourgeons, très vasculaires, saignent au moindre contact. Les pertes de sang, quoique peu abondantes, donnent à penser aux parents que l'enfant a été victime d'un attentat criminel. Pour les rassurer, il suffit d'examiner soigneusement la fillette : il n'existe pas trace de déchirure et l'hymen est intact; l'orifice vaginal ne livre passage à aucun flux sanguin. Ces hémorragies guérissent d'ailleurs rapidement, soit par cautérisation des bourgeons saignants, soit par l'excision dans les cas de prolapsus irréductible.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'infection blennorragique peut, par voie ascendante, atteindre l'utérus, les trompes, les ovaires et le péritoine. La disposition anatomique des organes génitaux de la petite fille rend possible cette infection ascendante : l'utérus est en effet tout col, suivant l'heureuse expression de M. Farabeuf, les trompes sont perméables, et la communication avec la cavité péritonéale est virtuellement établie.

La voie lymphatique peut aussi être suivie quelquefois par le microbe de Neisser, mais l'*infection péritonéale* se fait le plus souvent par propagation directe. Le col présente des lésions variables; le plus souvent il est rouge, baigne dans le pus et montre une gouttelette de pus à son orifice externe. La trompe est souvent malade. Mais les lésions les plus importantes s'observent du côté du péritoine. La péritonite blennorragique des petites filles reste localisée au petit bassin, c'est une pelvi-péritonite. Löven a trouvé dans un cas les parois du petit bassin couvertes d'un exsudat purulent épais. Baginski note chez une enfant de onze ans une péritonite diffuse. Huber constate au cours d'une laparotomie l'existence d'un liquide séro-purulent épanché en grande quantité dans la cavité abominale. Parfois la péritonite guérit spontanément : on peut alors suppo-

(1) Th. de Paris, 1901.

ser qu'il y a eu simple congestion de la séreuse, qu'il s'est produit des exsudats plastiques servant de barrière au processus de suppuration diffuse et des adhérences fibreuses résistantes, circonscrivant des poches renfermant un liquide séreux ou séro-purulent.

Les symptômes observés au cours des péritonites blennorragiques sont les suivants.

La petite fille se plaint brusquement de douleurs violentes dans le ventre; ces douleurs, généralisées, immobilisant la malade, s'accompagnent bientôt de vomissements alimentaires, bilieux, puis verdâtres, porracés, s'atténuant vers le deuxième ou le troisième jour. La constipation et l'anorexie sont habituelles. La langue est sèche, saburrale, la soif intense. Le pouls est à 130-140, la température atteint 39 ou 40 degrés; le facies est grippé, les yeux excavés, cerclés de noir. A l'examen physique, on constate que le ventre est augmenté de volume, tendu, ballonné, la palpation en est difficile à cause de la douleur. Quelquefois on sent de la résistance, de l'empâtement vers les fosses iliaques, mais on a rarement la sensation de flot. Souvent l'inflammation ne va pas jusqu'à la purulence; la réaction est vive, mais la résolution rapide.

Le pronostic de la péritonite blennorragique chez la petite fille est donc relativement bon. Si, dans quelques cas, la suppuration s'établit, le plus souvent le pus s'enkyste, ou s'ouvre au dehors : dans la majorité des cas, la maladie ne va pas jusqu'à la suppuration. Mais le fait que la pelvi-péritonite blennorragique est surtout fibro-adhésive aggrave un peu le pronostic en ce sens que, parfois, il se produit peut-être des adhérences qui entravent le développement normal des organes du petit bassin. Currier (de New-York) suppose qu'un grand nombre d'arrêts de développement, de déformations, de déviations de l'utérus peuvent relever d'une vulvo-vaginite de la première enfance, Sauger admet que certains cas de pyosalpinx et de péritonite enkystée observés chez les jeunes femmes proviennent d'une blennorragie acquise pendant le jeune âge.

Quels sont les signes qui permettent le diagnostic différentiel entre les péritonites aiguës habituelles et les péritonites consécutives à une vulvo-vaginite? Ce sont les péritonites par perforation, et en particulier les péritonites appendiculaires, qui simulent le mieux les péritonites que nous étudions. Mais la douleur est beaucoup plus vive dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, que dans la péritonite blennorragique, il y a de plus contracture en ce point. L'existence de ces deux symptômes et l'absence de tout écoulement vaginal assurent le plus souvent le diagnostic, diagnostic d'autant plus important à établir qu'il faut opérer au plus tôt les péritonites par perforation et se contenter au contraire de traiter médicalement les péritonites blennorragiques. Le diagnostic entre la péritonite blennorragique et la péritonite à pneumocoques est quelquefois indécis au début, mais l'évolution n'est pas la même. Dans la seconde, après un début brutal des symptômes péritonéaux très accusés, il se produit une défervescence, puis le ventre se développe, des collections purulentes qui ont une grande tendance à s'enkyster apparaissent. L'enkystement de la péritonite, sa localisation sous-ombilicale, le déplissement de l'ombilic seraient, pour M. Brun, des signes de haute valeur diagnostique.

Les péritonites tuberculeuses sont le plus souvent chroniques, mais elles peuvent revêtir une forme aiguë qui se rapproche assez de la péritonite blennorragique. Cependant l'histoire de la maladie, la lenteur des accidents qui marchent par poussées successives, l'ascite, les troubles digestifs, l'état général permettent le plus souvent le diagnostic. Au reste, dans tous ces cas, le diagnostic se basera surtout sur la présence d'un écoulement vaginal, d'où l'importance de l'examen des organes génitaux d'une fillette présentant des symptômes de péritonite.

Les *complications par le fait d'inoculation à distance* ne renferment que les ophtalmies. Dues au transport des sécrétions vulvaires sur la muqueuse conjonctivale, ces ophtalmies se déclarent ordinairement du troisième au sixième jour après l'infection; un seul œil est d'abord atteint, mais on arrive rarement à préserver l'autre œil. Les principaux symptômes sont le gonflement et la tuméfaction des paupières, la sécrétion purulente, le chémosis, la photophobie. Si la maladie n'est pas traitée avec beaucoup de soin, on observe souvent des accidents du côté de la cornée : ulcérations et perforations avec toutes les conséquences qu'elles entraînent. Heureusement, ces accidents sont rares et même exceptionnels, si le traitement est rigoureusement établi dès le début.

Des *complications dues à l'infection générale* nous ne retiendrons ni la céphalalgie, ni l'irritabilité, ni même la chorée post-gonorrhéique, absolument exceptionnelle : nous n'insisterons que sur le *rhumatisme blennorragique*, dû nettement à l'existence, dans l'articulation, de gonocoques (Deutschmann, Lindermann, etc.). Tous les auteurs admettent aujourd'hui que ces complications rhumatismales peuvent s'observer dans le cours de la vulvo-vaginite. Très précoce (Marfan), ce rhumatisme est souvent marqué au début par des symptômes généraux variables et des douleurs vagues très intenses; peu après ces phénomènes s'atténuent, et alors survient la tuméfaction douloureuse des jointures. L'arthropathie peut être mono-articulaire et frapper alors le genou, ou oligo-articulaire; elle se caractérise par les symptômes habituels des arthrites aiguës. La guérison est la terminaison la plus habituelle; elle survient d'habitude de cinq à cinquante jours après le début. La durée moyenne est d'une quinzaine de jours.

L'endocardite et la pleurésie peuvent, chez l'enfant, comme chez l'adulte, apparaître au cours d'une infection générale gonococcique.

Le *pronostic* des complications des vulvo-vaginites est très généralement bon. Les cas d'ophtalmie ayant entraîné la cécité, d'arthrites suppurées, de péritonites mortelles, ne s'observent qu'exceptionnellement. De plus, la théorie d'après laquelle la vulvo-vaginite déterminerait des lésions irréparables du côté de l'appareil génital de la malade devenue femme, est loin d'être démontrée. Le pronostic est donc généralement favorable.

Le *traitement* sera d'abord prophylactique : éviter tout contact suspect, conseiller aux mères de soigner leurs écoulements vaginaux, éclairer les familles sur la possibilité de la transmission d'une ophtalmie à la vulve et d'une vulvite aux yeux. Les thermomètres, dans les hôpitaux, seront soigneusement désinfectés après chaque malade.

Le traitement curatif repose surtout sur les injections et les lavages de permanganate de potasse à 1/1000. Si, malgré ce traitement, la guérison se fait attendre, on fera des lavages avec une solution de sublimé à 1/10000, de nitrate d'argent à 1 p. 100, d'eau oxygénée. On instituera parallèlement un traitement tonique général. Chacune des complications nécessite une thérapeutique particulière : repos,

régime lacté, bains émollients, pour l'urétrite et les aphtes; antisepsie et cautérisations, pour les hémorragies de la vulve; repos absolu, glace, champagne, opium, pour les péritonites au début; lavages fréquents au permanganate à 1/3000 dans les ophtalmies. Contre l'arthrite blennorragique, la compression ouatée, la révulsion et l'immobilisation seront employées avec succès. Ces différents traitements assureront, le plus souvent, et en peu de temps, une guérison complète.

MÉDECINE PRATIQUE

Le rôle du médecin auprès des agonisants.

Par M. Paul Huguenin.

[Nous croyons intéressant de reproduire la Médecine pratique suivante, parue dans le *Concours médical* du 10 août, et dans laquelle M. Huguenin montre bien à quel point le médecin peut encore se rendre utile au moment de l'agonie.]

« Trop souvent le médecin, après avoir constaté que le malade est irrémédiablement perdu et n'a plus guère que quelques jours à vivre, abandonne toute thérapeutique et se borne à quelques conversations de suggestion sans utilité. Sans doute, il faut consoler l'entourage; sans doute, il faut cacher la situation réelle au moribond; mais le devoir du médecin n'est pas fini quand l'homme de la religion récite les prières des agonisants. Il peut et, par conséquent, il doit encore soulager physiquement les douleurs de l'agonie et les supplices de la dernière lutte.

C'est ce sujet pratique que nous nous proposons de développer aujourd'hui.

I

Les souffrances de l'agonie. — Évidemment, personne ne peut se rendre exactement compte des souffrances de l'agonie, puisque les moribonds ne sont plus capables d'exprimer clairement leurs sensations.

On ne saurait néanmoins mettre en doute la réalité de ces souffrances quand on assiste à une agonie. Certaines maladies mortelles provoquent incontestablement des agonies plus terribles que d'autres. Prenons, par exemple, l'agonie des maladies du cœur, c'est une des plus terribles et des plus longues. Le moribond conserve, en effet, la quasi-plénitude de son intelligence et peut se rendre parfaitement compte de l'horreur des derniers moments, et Dieu sait s'ils sont pénibles : asphyxies, oppression, angoisses précordiales, tiraillements musculaires et osseux, déchirements de tête, coliques et tranchées abdominales, dysurie et mictions brûlantes, diarrhée et ténesme rectal, ou, au contraire, hémorragies nasales ou buccales, sécheresse des muqueuses, absence de salive et cuissons incessantes de la langue; telles sont, rapidement énumérées, les tortures de l'agonie cardiaque.

Et les phtisiques! que de pénibles angoisses n'éprouvent-ils pas au moment fatal? « Ils ont toute leur intelligence, » a-t-on coutume de dire; oui, certes, et, en même temps, toute la netteté des sensations et des perceptions douloureuses. Asphyxie, angoisses présternales et intercostales, brûlures thoraciques, vertiges, déchirements encéphaliques, sueurs profuses, visqueuses, saveurs métalliques dans la bouche, langue sèche, somnolences et cauchemars terribles, etc.

Si l'on ajoute à ces tortures corporelles les émotions, les chagrins, les regrets, les déceptions intellectuelles et morales de la jeune femme qui sent la vie lui échapper, du jeune père qui prévoit les malheurs de sa veuve et de ses orphelins, du jeune homme qui vient à peine d'entrevoir les joies ou les gloires de ce monde, de la jeune fille qui commence à éprouver les premières palpitations de l'amour ou des vanités du siècle, n'y a-t-il pas de quoi faire tressaillir de pitié et de compassion les cœurs les plus endurcis, même celui du médecin?

L'agonie des dothiénentéries, des broncho-pneumonies, des affections éruptives, des pneumonies franches, des péritonites aiguës, de la fièvre puerpérale, est aussi terrifiante par la demi-lucidité qu'elle laisse généralement à l'esprit! Nous assistons, hélas! de temps en temps, à ces épouvantables spectacles, croyant n'avoir que la ressource de détourner les yeux, pour ne pas contempler la pénible preuve de notre impuissance.

« Il est perdu, dit-on; il n'y a plus rien à faire. Pourquoi le faire souffrir en lui appliquant des traitements inutiles et plus ou moins douloureux? » telles sont les paroles que nous entendons chuchotter autour de nous, et nous sommes tentés de les approuver.

C'est un tort. Laissons l'entourage faire ses réflexions, laissons même approcher le ministre de la religion, si le malade ou l'entourage le demande; mais n'abandonnons pas notre poste. Que le prêtre ou le pasteur fasse son devoir, cela ne nous dispense pas du nôtre, qui continue jusqu'au dernier soupir. Le religieux soulage l'âme, pourquoi le médecin ne chercherait-il pas à soulager le corps jusqu'au dernier moment?

II

Moyens de soulager l'agonie. — Les moyens dont nous disposons pour soulager les agonisants ne sont certes pas si précaires qu'on pourrait le croire.

Tout d'abord, il faut faire prendre au malade l'attitude la plus appropriée à son état. Soulever le thorax de celui qui asphyxie en lui relevant le dos et l'appuyant sur des coussins résistants, empêcher la grande accumulation de personnes dans la chambre, faire tenir les fenêtres suffisamment ouvertes, répandre quelques odeurs agréables, mais non trop vives, comme l'eau de Cologne, la lavande, l'eucalyptus, le thymol. De temps en temps, on essuiera les sueurs qui inondent le malade avec un linge doux, un peu vinaigré ou colognisé. Les mouches et moucherons seront écartés au moyen d'éventails, ou de mouchoirs imbibés de vinaigre aromatique, et tués au moyen de quelques feuilles de papier tue-mouches agglutinant.

Les yeux et les paupières seront bassinés toutes les demi-heures avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie tiède. Les narines essuyées et imprégnées de vaseline boriquée, légèrement mentholée. Les lèvres et surtout la bouche seront l'objet de soins minutieux et réitérés tous les quarts d'heure avec de l'ouate hydrophile imbibée d'un collutoire boraté et mentholé à la glycérine. De temps en temps, on introduira sur la langue une petite dragée de glace très propre. Pour bien laver la bouche, le mieux est de recouvrir l'index d'un petit linge fin, de l'imbiber de collutoire et de l'introduire entre les dents pour nettoyer la langue et les joues à l'intérieur. Si le malade a une pièce dentaire, ne pas oublier de l'enlever.

Si les dents sont serrées, avoir la précaution de les maintenir écartées avec un bouchon ou en enfonçant légèrement la joue dans la bouche avec le pouce de l'autre main pour ne pas s'exposer à des morsures très graves.

La salive ou bave du malade sera essuyée de temps en temps et jetée au feu avec l'ouate qui aura servi.

S'il s'agit d'un agonisant à la suite d'une affection abdominale, les draps et couvertures seront soigneusement soulevés par un cerceau ou un carton plié en ogive au-dessus de l'abdomen. Les jambes seront demi-fléchies et on calera les pieds au moyen de draps roulés ou de bouteilles enveloppées qui les empêcheront de glisser.

Le siège et les reins seront l'objet d'une surveillance at-

tentive : on garnira la literie de toile imperméable, on glissera, au besoin, un rond de caoutchouc; on poudrera le sacrum de quinquina et de talc ou de fécule de pomme de terre, les parties génitales seront nettoyées et garnies de coussins d'ouate hydrophile ou mieux d'ouate de tourbe enveloppée dans de la mousseline, pour absorber les déjections et écoulements.

Enfin, de temps en temps, on lotionnera tout le corps, en particulier les membres, avec du vinaigre aromatique coupé de moitié d'eau bouillie ou d'eau de Cologne.

Tels sont les moyens que le médecin doit indiquer à la garde ou à la parente chargée de veiller le moribond.

Pour sa part, il peut appliquer, lui-même, d'autres moyens que nous allons indiquer. Tout d'abord, si l'état le permet, il prescrira quelques médicaments calmants en potion, tels que le sirop de morphine associé à l'eau de laurier-cerise et à l'eau chloroformée saturée, ou au sirop d'éther.

Si la déglutition est difficile, on aura recours aux injections hypodermiques bien aseptiques (aiguille flambée, peau nettoyée à l'alcool ou à l'éther, solution stérilisée). Les substances utilisables en pareil cas sont : l'éther, la morphine, la spartéine, l'antipyrine.

Une excellente méthode, applicable à l'asphyxie, à l'asystolie, aux crises nerveuses (mouvements convulsifs, carphologie, etc.), au délire, consiste à injecter toutes les trois heures 1 centimètre cube de la préparation suivante :

Chlorhydrate de morphine....	0,10 centigr.
Ether sulfurique............	5 cent. cubes.
Eau de laurier-cerise........	5 —

L'association de la morphine à l'éther permet de joindre les efficacités, sans risquer aucun inconvénient, ni accident.

L'asystolie et l'angoisse arythmique seront calmées par l'injection hypodermique de sulfate de spartéine, toutes les deux heures :

Sulfate de spartéine.........	0,10 centigr.
Eau de laurier-cerise.........	10 grammes.

L'hyperthermie et l'agitation des pneumonies, des dothiénentéries, des varioles hémorragiques, sont calmées par l'injection d'antipyrine sous le derme, toutes les deux heures :

Antipyrine..................	2g50.
Eau de laurier-cerise.......	10 cent. cubes.

Contre la dyspnée, on peut faire respirer de l'oxygène emmagasiné dans un ballon muni d'un casque, que l'on applique sur le nez et la bouche, de temps en temps.

Contre les syncopes répétées, on fait des injections profondes d'éther sulfurique, mais non de caféine, ces dernières étant douloureuses et le but du médecin étant avant tout de soulager et d'engourdir le moribond.

Pour stimuler la circulation, on emploie les sinapismes en feuilles ou mieux le sinapisme liquide de Bisserié, qui *prend* toujours et qui agit toujours :

Essence de moutarde.........	1 gramme.
Alcool à 90 degrés...........	10 grammes.

Contre les douleurs des blessés agonisants, ayant les membres inférieurs broyés, le bassin écrasé, les membres arrachés, l'abdomen ouvert, les parties génitales, le ventre et les jambes brûlées, on a le devoir d'appliquer la rachicocaïnisation de Bier et Tuffier, ou simplement la chloroformisation à petites doses associée à l'injection éthéro-morphinée sous-cutanée que nous avons formulée plus haut. Pour les blessures mortelles et les brûlures mortelles du thorax, du cou et de la tête, les injections de morphine et éther sont encore indiquées, ainsi que les piqûres de cocaïne au voisinage.

En résumé, il nous paraît inhumain et cruel de se borner à prononcer le « Il est perdu » fatidique, en présence d'un moribond, et de l'abandonner tout simplement aux ministres de la religion et à l'entourage qui, sans s'en douter, bien souvent, aggravent les tortures du malheureux en préparant sous ses yeux les cérémonies de sa dernière toilette et en supputant, tout haut ou tout bas, à ses oreilles, l'héritage qu'il va laisser. Le médecin doit venir jusqu'au dernier soupir pour aider, par une thérapeutique aussi douce que possible, l'agonisant à quitter la vie avec le minimum de souffrances que les progrès de la science permettent de réaliser.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude clinique des streptococcies généralisées chez l'homme, par le docteur Raymond BLUYSEN. (Th. de Paris, 1901.)

Les streptococcies généralisées sont les infections à streptocoques propagées à tout l'organisme par la voie sanguine.

L'invasion du sang se fait de deux façons différentes :

a. Le plus fréquemment, le système lymphatique est envahi d'abord, puis l'infection se généralise au système veineux par le canal thoracique. Il y a infection lymphatico-sanguine.

b. D'autres fois, l'infection est sanguine primitivement. Ce sont les capillaires ou vaisseaux de la porte d'entrée qui charrient le streptocoque dans le système vasculaire et propagent l'infection à tout l'organisme.

Dans les streptococcies lymphatico-sanguines, le point de départ est souvent un accident local streptococcique, constatable objectivement.

Dans les streptococcies sanguines primitives, il se peut que rien de semblable ne soit observé : une simple « fissure » du système vasculaire suffit à donner entrée à l'infection.

Streptococcie et streptococcémie ne sont pas termes synonymes :

a. Dans les cas les plus nombreux, on ne retrouve pas le streptocoque dans le sang;

b. La streptococcémie est cependant relativement fréquente.

L'évolution de la streptococcie généralisée peut être schématiquement représentée par deux formes très distinctes : pyohémie et septicémie.

En clinique, les symptômes paraissent s'associer diversement, et donnent lieu au tableau des pyo-septicémies et des septico-pyohémies, selon que prédomine l'un ou l'autre facteur.

Les streptococcies sanguines primitives semblent se rattacher aux pyo-septicémies.

L'existence de la streptococcémie ne semble pas avoir une signification pronostique exacte. Elle présente une valeur diagnostique indiscutable.

Parmi les symptômes objectifs de la streptococcie, nous avons noté, dans nos observations, comme étant les plus fréquents :

Les localisations articulaires; — les pleurésies suppurées, seules ou accompagnant une péritonite; — l'ostéomyélite à streptocoques; — les nodules cutanés infectieux; — l'envahissement fréquent du liquide céphalo-rachidien et des méninges par le streptocoque lui-même, fait réputé rare naguère encore.

Le diagnostic des streptococcies peut présenter quelques difficultés :

a. Dans la phase de début, les symptômes peuvent aussi bien être rapportés à toute autre maladie infectieuse (grippe);

b. Les symptômes objectifs de la période aiguë peuvent en imposer pour d'autres maladies;

c. La streptococcie dûment diagnostiquée, il peut être difficile d'établir la filiation des accidents;

d. Enfin, la porte d'entrée de l'infection, souvent très apparente, peut être difficilement discernée. Parfois, le mode d'infection demeure inconnu.

La thérapeutique est à peu près impuissante contre la streptococcie généralisée :

a. Les bains froids constituent un antithermique puissant;

b. Les injections intraveineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel luttent contre le collapsus, l'adynamie;

c. La sérothérapie antistreptococcique semble demeurer jusqu'à ce jour sans résultats.

Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes, par M. le docteur H. SULLEROT. (Th. de Paris, 1901.)

Toute pleurésie purulente non tuberculeuse, si elle n'est pas compliquée d'autres affections qui en modifient le pronostic, doit guérir en quelques semaines, quelques mois au plus, sans laisser après elle ni empyème chronique, ni déformation thoracique.

Il faut ausculter avec grand soin les malades atteints d'affections de l'appareil respiratoire ou simplement d'une affection aiguë. Le diagnostic de pleurésie purulente au début peut présenter, dans certains cas, de grandes difficultés. Si l'on a le moindre doute, pratiquer une ponction exploratrice, toujours inoffensive, et ne jamais attendre l'apparition d'une vomique, de l'œdème de la paroi ou de l'empyème de nécessité.

Dès que la présence du pus sera démontrée, faire d'urgence une large pleurotomie sans s'inquiéter de la nature bactériologique du liquide. Rejeter d'une façon absolue les ponctions répétées et tous les procédés opératoires qui n'ouvrent pas franchement la plèvre.

L'incision simple, dans un espace intercostal, est une mauvaise intervention. Il faut, pour guérir rapidement un empyème, avoir un poumon capable d'extension et lui donner à combler une cavité toujours vide de pus. La première condition sera réalisée par une pleurotomie précoce, la deuxième en plaçant à tout prix l'orifice d'évacuation à la partie la plus déclive.

Les procédés habituellement employés sont insuffisants. La technique opératoire de M. Marion nous paraît remplir cette condition essentielle du traitement de l'empyème.

On se règle sur la situation de l'épanchement. Après ponction exploratrice pratiquée le plus bas possible et autant que faire se peut dans la partie *postérieure* du thorax, on taille un lambeau en demi-circonférence, à concavité tournée en haut, dont le centre serait le point ponctionné. Ce lambeau mesure 8 à 12 centimètres à sa base. Le lambeau est relevé; avec un trocart, on ponctionne l'espace intercostal où l'on a déjà trouvé du pus, et le contenu de la plèvre est évacué lentement. On pratique alors une petite incision que l'on explore avec l'index. Si cette exploration démontre qu'il existe une certaine distance entre le sinus pleural et l'orifice, on résèque autant de fragments de côtes que cela est nécessaire pour atteindre la région la plus déclive de l'abcès. On suture le lambeau et on draine très largement en bas. Cette intervention n'a rien de commun avec la méthode d'Estlander et les diverses thoracoplasties.

La réparation de l'abcès pleural, sa cicatrisation dans de bonnes conditions, seront assurés par des pansements aseptiques et la suppression de tout lavage, suppression qui aura de multiples avantages : éviter la douleur, les poussées fébriles, les pansements multipliés; l'infection secondaire par l'introduction journalière de germes dans la cavité; supprimer les accidents d'intoxication, les chances de production d'accès épileptiformes toujours fort inquiétants et souvent mortels; permettre à la cavité de se rétrécir beaucoup plus sûrement et plus vite.

L'anesthésie générale présente des dangers tout particuliers, à cause des troubles respiratoires inquiétants qui surviennent au moment de l'évacuation de la plèvre, et cela chez des malades qui n'avaient avant l'intervention qu'une dyspnée très modérée. On se contentera, toutes les fois qu'on le pourra, d'une analgésie locale à la cocaïne.

Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant, par le docteur Jean CHALOCHET. (Th. de Paris, 1901.)

De l'examen de 15 bassins d'enfants coxalgiques, il semble résulter que, chez l'enfant, la coxalgie modifie le bassin de la façon suivante :

I. MODIFICATIONS DE CHAQUE PARTIE DU BASSIN. — 1° *Os iliaque malade.* — A. La région cotyloïdienne présente les lésions classiques de la coxalgie.

B. Le cartilage en Y, irrité, est le siège d'une suractivité fonctionnelle; mais son ossification n'est pas plus avancée que du côté sain, sauf les cas d'ostéite secondaire infectieuse intense où l'on observe la soudure prématurée de trois pièces de l'os iliaque.

C. L'os iliaque est atrophié à distance du foyer coxalgique, hypertrophié dans son voisinage :

a. A distance du cotyle, l'os iliaque est atrophié dans toutes ses dimensions.

b. Au voisinage du cartilage en Y les trois pièces de l'os iliaque sont agrandies. La ligne innominée malade est souvent allongée; cette augmentation de longueur porte le plus souvent sur sa partie iliaque. Dans aucun cas, elle ne s'est trouvée plus courte.

c. L'os iliaque peut être hypertrophié dans toutes ses dimensions quand il est soumis à une infection secondaire intense.

D. L'os iliaque est modifié dans sa forme et dans sa direction.

a. L'aile iliaque est relevée, redressée et aplatie.

b. L'ischion subit une double déviation par : 1° un mouvement de bascule autour d'un axe horizontal, mouvement qui porte sa tubérosité en arrière et en dedans; 2° un mouvement de rotation autour d'un axe vertical, mouvement par lequel sa branche antérieure se porte en dedans, sa branche postérieure en dehors.

La branche ischio-pubienne est rectiligne et grêle.

2° *Os iliaque sain.* — La région cotyloïdienne, siège de contre-pressions exagérées, est enfoncée et forme voussure dans le pelvis.

La ligne innominée est toujours aplatie, au moins à sa partie moyenne.

L'ischion est repoussé en dedans et en arrière, par sa partie cotyloïdienne, attiré en avant et en dehors par sa tubérosité et sa branche antérieure; la branche ischio-pubienne est convexe en avant et en dehors.

3° *Sacrum.* — Le sacrum est peu modifié dans son développement; il présente une inflexion latérale qui porte constamment sa pointe vers le côté sain.

Assez souvent aussi, son extrémité inférieure est repoussée en avant.

4° *Articulations.* — Nous avons toujours trouvé les articulations sacro-iliaques intactes, sans synostose.

La symphyse pubienne est déviée.

II. DÉFORMATIONS D'ENSEMBLE DU BASSIN. — Nous avons observé les trois types suivants :

1° *Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté coxalgique.* — *a.* Grand bassin asymétrique; aile iliaque malade relevée, redressée et aplatie, tendant à devenir sagittale.

b. Détroit supérieur oblique ovalaire, aplati du côté malade.

c. Excavation oblique ovalaire, aplatie du côté coxalgique. Diamètre bi-sciatique rétréci.

d. Détroit inférieur oblique ovalaire, aplati du côté malade.

e. En résumé, tout le bassin est aplati du côté malade.

2° *Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté sain.* — *a.* Grand bassin asymétrique; aile iliaque malade relevée, redressée et aplatie; aile iliaque saine tendant à devenir sagittale.

b. Détroit supérieur oblique ovalaire, aplati du côté sain.

c. Excavation aplatie dans sa partie inférieure par le déjettement en dedans de l'ischion malade; souvent rétrécie en entonnoir; épines sciatiques saillantes; axe oblique en bas, en avant et du côté sain.

d. Détroit inférieur, oblique ovalaire, aplati du côté malade, en sens inverse de l'aplatissement du détroit inférieur; rétréci transversalement et souvent d'avant en arrière; son centre est transporté vers le côté sain.

e. En résumé, la partie supérieure du bassin est aplatie du côté sain, la partie inférieure est aplatie du côté malade.

3° *Type triangulaire avec aplatissement des deux côtés.* — Bassin presque symétrique, rétréci transversalement, allongé d'avant en arrière.

a. Détroit supérieur triangulaire à angles arrondis, à grand diamètre antéro-postérieur.

Lignes innominées très peu concaves, aplaties dans leur portion moyenne avec légère voussure; le côté sain est le plus aplati.

b. Excavation rétrécie transversalement en haut, dans tous les sens en bas; épines sciatiques saillantes.

c. Détroit inférieur peu irrégulier; rétréci surtout d'avant en arrière si on le compare au détroit supérieur.

Son centre est légèrement transporté du côté sain, par la déviation dans ce sens des tubérosités ischiatiques et de la pointe sacrée.

Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence, par M. le docteur Fernand Jacquot. (Th. de Paris, 1901.)

Dans cette thèse fort documentée, dont les éléments ont été réunis dans le service de M. Brocq, l'auteur montre que les courants de haute fréquence appliqués directement sur les lésions, sans être le traitement héroïque du lupus érythémateux, ont une action réelle et très marquée sur cette affection.

Ils paraissent être la méthode de choix pour le lupus érythémateux symétrique aberrant.

Ils sont moins efficaces contre le lupus érythémateux fixe où les autres traitements conservent toute leur valeur.

Parmi leurs avantages on doit noter : séances très courtes; douleur nulle; possibilité pour le malade de continuer ses occupations; résultats plastiques excellents; absence d'accidents consécutifs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire (1), par MM. les docteurs Jourdin et G. Fischer.

De toutes les questions qui intéressent le médecin, il en est peu d'aussi importantes et d'aussi difficiles que celle du diagnostic précoce de la tuberculose. Malgré les travaux de tout ordre consacrés à ce sujet depuis de longues années, il est souvent difficile de dire, à l'heure actuelle, si un malade commence ou non une infection tuberculeuse. Tous les signes donnés sont contestables en eux-mêmes, chacun n'ayant de valeur qu'autant qu'il est associé à un certain nombre d'autres, qu'il existe un bloc de présomptions permettant de penser à la tuberculose. Aussi les auteurs se sont-ils efforcés de présenter clairement chacun des symptômes de la tuberculose pulmomaire et d'en peser rigoureusement la valeur. Des symptômes cliniques, ils retiennent surtout les plus récemment décrits, l'albuminurie prétuberculeuse, la congestion de la base et le bourdonnement respiratoire. Parmi les symptômes scientifiques, ils rappellent la recherche du bacille de Koch, la spirométrie et la pneumographie, puis les procédés les plus nouveaux : la radiographie et la radioscopie, la diazo-réaction, l'emploi des injections de tuberculine et des sérums. Tous ces symptômes, méthodiquement recherchés, permettront le plus souvent le diagnostic, et l'on peut dire que MM. Jourdin et Fischer, en en faisant un exposé rapide et agréable, ont rendu un grand service à tous ceux qu'intéresse cette passionnante question. L. B.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le traitement des névralgies et des névrites (1), par le docteur H.-F. Plicque, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Le traitement des névralgies et des névrites a fait, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses et intéressantes tentatives. M. Plicque, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, vient de donner, dans la collection des « Actualités médicales », un excellent résumé de ces recherches nouvelles.

Il passe d'abord en revue les indications thérapeutiques fournies par l'étiologie : syphilis, paludisme, anémies, névroses, diabète, goutte, intoxications par le tabac, alcoolisme, etc.

Viennent ensuite les indications symptomatiques en général. Le traitement de la douleur est longuement étudié : traitement externe par la révulsion, le chlorure de méthyle, le stypage, l'électricité, le massage, etc.; — traitement interne par l'opium, la morphine, l'aconit, la belladone, le gelsenium, l'antipyrine, la cocaïne, etc.; — traitement thermal. — Le traitement de l'insomnie vient ensuite.

La névralgie faciale et le tic douloureux de la face, puis les névralgies du membre inférieur et la sciatique, les névralgies et névrites des divers nerfs, la migraine, enfin les névrites chirurgicales sont successivement passées en revue.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

191. M. Roquetanière. Pronostic et traitement de la vomique dans les pleurésies purulentes à pneumocoques. — 192. M. Guillaume. De l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. — 193. M. Loin. Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications ignées méthodiques. — 194. M. Gambier. De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale (nouveau procédé). — 195. M. Barbin. Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme. — 196. M. Martin. De la récidive dans la grossesse extra-utérine. — 197. M. Ranson. Étude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire. — 198. M. Lourie. Contribution à l'étude des éléments figurés du colostrum et du lait. — 199. M. Petit. Contribution à l'étude des kystes thyro-thyroïdiens médians. — 200. M. Baque. Du traitement ambulatoire des arthrites tuberculeuses du membre inférieur au début. — 201. Mlle Rogovine. Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'évolution des êtres vivants. — 202. M. Tribaudeau. Des déplacements pathologiques du médiastin, liés aux mouvements respiratoires. Étude de radioscopie médicale. — 203. M. Trombert. Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures trauma-

(1) In-18, 96 p., cart. (Actualités méd.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tiques de l'urètre. — 204. Mme Bouet (Anne). Contribution à l'étude des congestions pleuro-pulmonaires d'origine ovarienne. — 205. M. Maltrait. De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900 (étude statistique et clinique). — 206. M. Coffard. Étude historique et critique du traitement de la tuberculose. — 207. M. Romanesco. Contribution à l'étude du manuel opératoire de l'éversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le troisième voyage d'études médicales. — Les adhérents au troisième voyage d'études médicales (eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France) se sont réunis le 1er septembre, au matin, à Uriage, point de départ du voyage dans les stations du Dauphiné et de la Savoie. La liste ne contient pas moins de 125 membres, parmi lesquels on compte beaucoup d'étrangers et de médecins des départements.

Le programme n'ayant pas permis à la caravane de s'arrêter à Grenoble, le docteur Berlioz, de cette ville, l'a accompagnée jusqu'à Uriage et, au nom des médecins grenoblois, lui a présenté un salut cordial. Puis, le docteur Doyon, notre distingué et vénéré confrère d'Uriage, a prononcé, à son tour, un discours de bienvenue. C'est, enfin, le président, M. Landouzy, qui a fait sa première conférence sur les eaux d'Uriage et ses indications. Comme toujours, l'éloquent professeur s'est montré plein de verve et d'entrain et a retrouvé son succès habituel. Le lendemain, la caravane a visité la Grande-Chartreuse, puis elle revient à Uriage d'où elle poursuivra son voyage.

Les différents orateurs qui ont pris la parole n'ont pas manqué de rendre la justice qui lui est due à notre sympathique confrère, le docteur Carron de la Carrière, auquel revient l'heureuse initiative de ces voyages à la fois utiles et agréables.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Sont institués suppléants pour une période de neuf ans : MM. les docteurs Millardet (pathologie et clinique médicales); Lesage (histoire naturelle); Barthelat (pharmacie et matière médicale.

Guerre. — Par décision ministérielle du 30 août 1901, M. Matignon, médecin-major de deuxième classe hors cadres à la légation de France en Chine, est désigné pour le 14e d'artillerie.

Marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Kergrohen, en remplacement de M. le médecin principal Sibaud, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Audibert, en remplacement de M. Kergrohen, promu.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe sortant de l'école d'application : Lafolie, Manine-Hitou, Coquin, Roustan, Bellamy, Alain, Balcam, Marchenay, Chemin.

Ces médecins sont affectés aux ports ci-après :

A Brest : MM. Lafolie, Coquin et Chemin.

A Lorient : MM. Manine-Hitou, Bellamy et Marchenay.

A Toulon : MM. Roustan, Alain et Balcan.

— Par décret en date du 30 août 1901, M. Sibaud a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 1er septembre 1901. Il est affecté au port de Toulon.

— M. le médecin de première classe Galbruner, médecin-major aux batteries d'artillerie coloniale à Cherbourg, est désigné pour remplacer à l'artillerie coloniale, à Rochefort, M. le docteur Duville.

— M. le médecin de première classe Berthier, du port de Cherbourg, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie coloniale dans ce port, en remplacement de M. Galbruner.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Boyt (de Lamastre), Dubois (de Langres), Bloch (d'Auxonne), Godard (de Mamers), Sevène (de Montlouis) sont nommés officiers d'Académie.

La mortalité des enfants. — La Chambre a nommé une commission pour l'examen d'une proposition de loi de M. Constant Dulau sur la protection de la mère et de l'enfant nouveau-né. L'enquête ouverte par cette Commission a révélé que la mortalité infantile a pris en France des proportions effrayantes. On considère que l'assistance accordée à la femme pauvre pendant sa grossesse est de toute insuffisance. Il conviendrait d'abord de créer des asiles-ouvroirs où elle serait recueillie gratuitement, dispensée de travailler et alimentée sainement. Mais la Commission voudrait aussi qu'il fût institué des « maternités secrètes », à l'instar de celles déjà existantes en Danemark et en Russie, où les femmes enceintes seraient admises sans avoir à dévoiler leur identité. Enfin, sans rétablir les « tours », on ouvrirait des bureaux d'abandon, ce qui permettrait de prévenir nombre d'avortements et de suicides. (*Le Journal.*)

Fondation Nobel. — Les deux prix scientifiques de 200 000 couronnes chacun seront attribués, l'un au professeur danois Finsen, inventeur de l'appareil médical pour le traitement du lupus par la lumière électrique; l'autre au savant physiologiste russe Pawlof, bien connu pour ses travaux sur la nutrition.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rosenthal (de Nancy), Fiaux (de Paris), Nercam (d'Ailhas), Daffas, conseiller général de Salviac.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 102. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1901. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE PAR LA BALNÉATION FROIDE, d'après M. SALVANT. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement chirurgical de l'anasarque (*5 fig.*), d'après le docteur M. L. H. S. MENKO (d'Amsterdam). — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Purpura compliquant une angine diphtérique; — *Médecine infantile :* De l'emploi du sérum artificiel comme moyen de pronostic dans les maladies infectieuses chez les enfants, et en particulier dans la diphtérie; — *Physiologie :* Influence des couleurs sur la production des sexes; — *Thérapeutique* : Dangers de la médication phosphorée à doses usuelles chez les enfants rachitiques. — REVUE DES THÈSES. De l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge (J. BOUCHER); — De la hernie inguino-superficielle (M. Jacques VAILLANT); — Le diaphragme et la motilité des épanchements pleuraux (M. Christian DUPINET). — CORRESPONDANCE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITEMENT DU DÉLIRIUM TREMENS FÉBRILE PAR LA BALNÉATION FROIDE

D'après M. SALVANT (1).

La balnéation froide, employée depuis le commencement de ce siècle dans les maladies infectieuses et pyrétiques, n'a été appliquée que récemment au traitement du délire alcoolique aigu. Les observations de Wilis, de Féréol, de Rousseau, les travaux de Letulle, Legendre, Barth, Sainton, Antheaume, attirent l'attention sur cette nouvelle méthode thérapeutique.

Les *effets physiologiques* de la balnéation froide méritent d'être brièvement rappelés. Sur le système nerveux, l'immersion dans l'eau froide produit un saisissement suivi au bout de quelques minutes d'une réaction agréable : la peau s'échauffe et se colore, la circulation s'accélère, la respiration devient plus ample. Les fébricitants sont très sensibles à cette stimulation nerveuse, et surtout les fébricitants qui frissonnent. Le frisson débute entre la huitième et la douzième minute d'un bain à 20 degrés. Une vaso-constriction périphérique s'établit : la face et les extrémités prennent une teinte cyanotique ; des marbrures se dessinent sur les membres. Les vaisseaux profonds subissent une vaso-dilatation intense pendant cette période (Schüller).

Sous l'influence des bains froids, la respiration devient plus lente, plus ample et plus profonde. Quant à la température centrale, élevée au premier contact de l'eau froide, elle s'abaisse ensuite progressivement. Le maximum ascensionnel qui est de 0°7 en moyenne est atteint dans les cinq premières minutes de l'immersion, puis la température reste toujours au-dessus du point primitif : dans les cinq minutes qui suivent la sortie du bain, la température tombe brusquement et se trouve, à 1/10 près, en dessus ou en dessous du point initial. Après quoi, il se produit un abaissement égal à la valeur de l'ascension primitive. Enfin, la réascension s'opère lentement.

Le bain froid est un puissant diurétique. Les substances toxiques excrétées par l'urine augmentent dans des proportions notables. Les fonctions digestives s'exagèrent. Enfin la nutrition s'accélère : il y a, ainsi que l'a montré Quinquaud, augmentation de l'absorption pulmonaire de l'oxygène et de l'exhalation d'acide carbonique.

Ceci étant posé, le bain froid constitue-t-il le véritable traitement pathogénique; présente-t-il, sur les autres méthodes thérapeutiques, d'incontestables avantages?

L'opium, qui a été longtemps préconisé dans les cas de délirium tremens, présente de graves inconvénients. Tout d'abord on est obligé, pour calmer le malade, d'en administrer des doses énormes. De plus, on lui associe généralement l'alcool. En somme, « en présence d'un malade intoxiqué depuis longtemps, non seulement on donne encore le poison cause de l'intoxication, mais encore on y ajoute d'autres toxiques. » Aussi les résultats obtenus ont-ils été déplorables.

La digitale, employée par Jones (de Jersey) et Trousseau, abaisse la température et possède une action diurétique ; mais elle n'est pas sans dangers et n'agit que lentement.

Beaucoup d'auteurs ont affirmé l'utilité des diurétiques et aussi des toniques. « Il faut avant tout, disent Magnan et Sérieux, relever les forces du malade par une alimentation substantielle, par la caféine et, au besoin même, par des injections de caféine et d'éther. » La strychnine, les bains tièdes, le sérum artificiel ont été quelquefois prescrits dans le même but de remonter l'état général du malade.

Actuellement, en présence d'un alcoolique atteint de délirium tremens, on commence par isoler le malade pour l'empêcher de nuire à son entourage et on le place dans une chambre claire. L'isolement n'implique nullement l'emploi de la camisole de force, qui est condamné par MM. Magnan et Lancereaux, la camisole augmentant l'agitation en raison des efforts incessants que font les malades pour s'en délivrer. On surveille l'alimentation qui doit être tonique et réparatrice; les aliments liquides (lait, bouillon, chocolat, peu de viande) en font les frais, on donne fréquemment à boire aux malades. Ces quelques précautions réussissent aussi bien que les méthodes thérapeutiques les plus com-

(1) Th. de Paris, 1901.

plexes, et Esquirol a pu dire que ses malades, sans soins, guérissaient dans le même laps de temps que les malades traités.

L'insuccès de ces divers traitements a fait alors penser à la balnéation froide. Cette méthode thérapeutique qui agit vite, qui combat les processus toxiques et infectieux et abaisse la température semble tout indiquée en effet dans le délirium tremens. Voici comment il convient de l'employer.

Il faut avant tout se rendre compte de la température du fébricitant, et, avant de la connaître, ne rien préjuger de l'accès sur l'excitation ou les cris qui sont des symptômes infidèles. Si la température rectale dépasse 39 degrés, surtout au début de l'accès, il y a lieu de recourir à la balnéation froide; les bains seront donnés à + 18 degrés quand l'état du cœur et des vaisseaux le permet, ou, à défaut, si l'on constate chez le malade des tendances légères au collapsus de 28 à 25 degrés. Une fois l'immersion commencée, il est utile de donner aux malades des boissons chaudes et stimulantes en même temps qu'on arrose la tête d'une manière continue avec l'eau du bain. La durée du bain doit varier entre cinq et dix minutes, on pourra le prolonger jusqu'à quinze ou vingt minutes si le pouls ne révèle aucune défaillance.

Selon les conseils de Letulle, il est préférable de multiplier les bains en les donnant toutes les trois heures, que de les donner trop prolongés. On les renouvelle alors jusqu'à disparition de l'hyperthermie et du délire. Les premiers résultats de la balnéation froide apparaissent déjà au bout de quelques bains. Ce mode de traitement doit être pratiqué par le médecin lui-même; pendant toute la durée de l'immersion, le médecin ne devra pas cesser un seul instant de surveiller le pouls du malade. A la sortie du bain, le malade sera réchauffé dans son lit et désaltéré avec des boissons chaudes et stimulantes non alcoolisées. L'accès disparu, il restera encore à traiter la convalescence selon les règles habituelles.

Dans les cas moins graves où la température ne dépasse pas 39 degrés, les bains tièdes suffiront le plus souvent. Les bains tièdes seront encore utiles dans les cas où les bains froids sont contre-indiqués : complications cardiaques graves, endo-péricardite, myocardite, artériosclérose, diabète, etc. Dans tous ces cas, les bains tièdes donnent d'excellents résultats. Quant aux phénomènes de collapsus que l'on observe parfois à la suite des bains froids prolongés, on les traitera par les toniques (éther, caféine, etc.) et surtout par les médicaments capables de relever la tension artérielle, l'ergot de seigle et surtout les injections intra-veineuses de sérum physiologique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement chirurgical de l'anasarque.

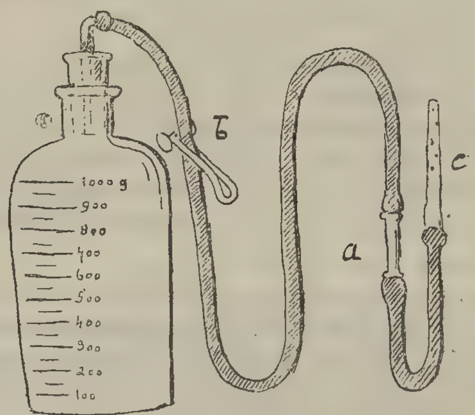
D'après le docteur M. L. H. S. Menko (d'Amsterdam).

Au dernier Congrès international de médecine, M. Menko (d'Amsterdam) faisait une très intéressante communication sur le traitement chirurgical de l'anasarque :

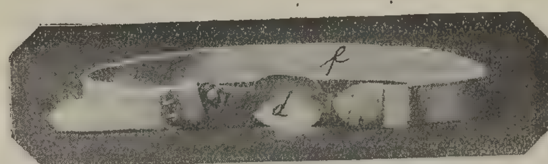
Voici quelques détails complémentaires qu'il a bien voulu nous adresser.

Bien que préconisé et même pratiqué par les anciens médecins, le traitement chirurgical de l'anasarque n'est pas encore entré dans la pratique courante. On lui a reproché d'exposer le malade à des infections graves, et aussi de n'être qu'un moyen palliatif au cours d'une maladie qui ne doit pas guérir.

Ces objections ne sont pas irréfutables : en premier lieu, les règles d'antisepsie et d'asepsie, rigoureusement appliquées, suffisent à éviter toute chance d'infection : en second lieu, cette méthode réussit à prolonger les jours du malade et à rendre son existence plus tolérable, ce qui constitue, sans aucun doute, un avantage des plus sérieux.



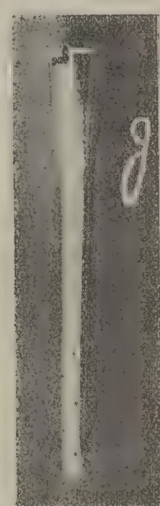
a. Tube en verre. — *b.* Pince. — *c.* Canule.



d. Ressort d'acier. — *e.* Ruban.



f. Stylet.



g. Canule.



h. Stylet avec canule.

Pratiquement, il n'existe que deux manières de traiter chirurgicalement l'anasarque : les *incisions* et le *drainage*. Les incisions seront exclusivement réservées aux malades délirants et agités, ou à ceux qui ne peuvent rester alités sans orthopnée. Dans tous les autres cas, l'incision est condamnable. D'abord les plaies ainsi effectuées ne se ferment que très lentement. D'autres fois, au contraire, les plaies se ferment si vite que l'opération ne produit pas l'effet désiré. Les incisions sont douloureuses; elles favorisent l'infection

par la stagnation du liquide et la macération consécutive de l'épiderme : elles exposent enfin à une perte de liquide si considérable que les accidents les plus graves : collapsus, lipothymie, etc., peuvent survenir à leur suite.

Aussi faut-il, dans la plupart des cas, leur préférer le drainage. M. Menko emploie dans ce but la canule de Curschmann, modifiée. Cet appareil est une canule plane à coupe elliptique, s'adaptant à une lancette à deux tranchants.

La partie inférieure de la canule présente quelques orifices latéraux ; la partie supérieure, au contraire, offre un bouton.

C'est ce bouton que M. Menko a fait remplacer par un anneau qui permet d'exercer une plus grande pression sur la pointe de la lancette. A la tête de la canule est pratiqué un élargissement en forme d'entonnoir. Dans cet élargissement s'introduit un cône en caoutchouc durci, cône percé, et servant à maintenir des tubes en caoutchouc pour évacuer le liquide.

Voici comment on emploie l'appareil. Le malade étant couché sur un coussin en caoutchouc, on lave soigneusement les membres œdématiés à l'eau de savon d'abord, puis au sublimé et à l'éther. L'anesthésie locale est généralement inutile. L'instrument, préalablement désinfecté, est enfoncé, jusqu'au-dessus des orifices latéraux, dans le tissu cellulaire sous-cutané. On éloigne alors le stylet, on introduit le cône dans la canule et on le fixe. Le tube en caoutchouc aboutit à un récipient calibré.

Lorsqu'on veut cesser le courant, on n'a qu'à appliquer une pince sur le tube. Les canules sont fixées à la peau au moyen de bandes d'emplâtre adhésif et sont laissées en place, douze heures au plus.

Pour garder la plaie fermée après enlèvement de la canule, l'emplâtre adhésif et le collodion sont insuffisants, la suture de la plaie dangereuse. M. Menko conseille un appareil consistant en un ressort d'acier attaché par deux boutons à un ruban, que l'on applique comme un tourniquet et qu'on laisse trois jours en place.

Quels sont les résultats de cette méthode ? L'infection ne s'observe pas à la suite du drainage ainsi pratiqué. On peut évacuer à l'aide de la canule de grandes quantités de liquide, et diminuer ainsi les œdèmes et l'albuminurie. En somme, cette médication simple ne fait courir aucun danger au malade ; elle le soulage toujours et le guérit souvent.

L. B.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Purpura compliquant une angine diphtérique. — La malade, une fillette de dix ans, fut observée pour la première fois par M. Buckley le 8 octobre 1900. Elle était atteinte d'une diphtérie qui avait débuté quatre jours auparavant. Les amygdales et la luette étaient recouvertes de fausses membranes. L'examen bactériologique décela dans ces membranes la présence du bacille de Klebs-Lœffler. On pratiqua immédiatement des injections de sérum antidiphtérique : le septième jour les membranes étaient entièrement détachées et cessaient de se reproduire. Le soir du sixième jour la malade avait eu des nausées suivies de vomissements qui persistèrent pendant trente-six heures. Les matières vomies contenaient du sang ; une fois même, on put en déceler dans les selles. Vers le huitième jour apparut au niveau du coude une éruption consistant en larges papules d'une coloration pourpre. De nombreuses pétéchies apparurent ensuite au niveau des fesses. Bientôt l'éruption gagna la face, les oreilles, les genoux. Au niveau des coudes les papules devinrent vésiculeuses. Ces vésicules, par coalescence, devinrent des bulles volumineuses contenant du sang noir. Les coudes et la hanche gauche présentaient de la sensibilité et une certaine tension à la pression, mais pas de gonflement proprement dit. Quarante jours après la première attaque de vomissements, la malade vomit de nouveau, mais les manifestations purpuriques ne se reproduisirent pas. La guérison se fit progressivement. M. Buckley considère ce cas comme un type de purpura de Henoch. (*The Lancet*, 20 juillet 1901.)

A. H.

MÉDECINE INFANTILE

De l'emploi du sérum artificiel comme moyen de pronostic dans les maladies infectieuses chez les enfants, et en particulier dans la diphtérie. [MM. F. Rabot et Bonnamour (de Lyon).] — L'emploi du sérum artificiel en injections sous-cutanées n'a guère été préconisé jusqu'ici que comme méthode thérapeutique. En étudiant les réactions que ces injections produisent chez les enfants atteints de maladie infectieuse, et en particulier de diphtérie, l'expérience a appris à MM. Rabot et Bonnamour que l'on pouvait les employer également comme moyen utile de pronostic.

Bosc (de Montpellier) a déjà signalé le profit que l'on pouvait retirer de cette étude. Barbier et Deroyer, étudiant l'action de l'eau salée stérilisée dans les infections intestinales des nourrissons, ont montré également que chez ceux qui ne sont pas profondément intoxiqués, la réaction, après injection (réaction thermique, réaction du côté du pouls, etc.), est des plus nettes. Au contraire, chez les enfants très atteints, ou en état de collapsus ancien, elle est beaucoup moins appréciable. Enfin, la plupart des auteurs signalent en passant, dans les cas favorables, l'augmentation de la quantité des urines après les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. Chez les enfants atteints de maladie infectieuse, cette recherche de la quantité des urines après les injections a, pour MM. Rabot et Bonnamour, une importance considérable, pouvant servir de guide pour le pronostic général de l'infection.

Il est fréquent, en effet, de rencontrer des cas de diphtérie, où l'on se trouve embarrassé pour établir un pronostic ferme. De plus, souvent un croup, présentant même après le tubage, et pendant un certain temps, des phénomènes alarmants, finira par s'améliorer, tandis qu'une angine à bacille de Lœffler, à allures bénignes, s'aggravera alors que tout semble aller bien, et finira par emporter le malade en dépit de tous les traitements.

Les auteurs ont cherché parmi les différents symptômes du début, s'il y en avait quelques-uns qui pourraient nous éclairer sur la marche ultérieure de la maladie. Des vomissements précoces et une douleur abdominale vague, quoique se rencontrant souvent au début d'une diphtérie grave, ne sont pas cependant assez constants, ni suffisamment importants pour établir un pronostic sérieux sur leur présence ou leur absence.

Ayant essayé l'emploi des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans un certain nombre de cas de diphtérie grave, MM. Rabot et Bonnamour ont remarqué que les réactions produites par ces injections donnaient des indications utiles par la suite. Ils en ont alors systématisé l'emploi dans plusieurs cas à marche douteuse, ainsi que dans quelques cas de scarlatine. Ils sont arrivés au résultat suivant : si après l'injection le malade urine davantage, sans présenter de vomissements ni de diarrhée, la diphtérie sera bénigne, quel que soit l'état général. Si, au contraire, après l'injection, la quantité des urines n'augmente pas, si le malade présente des vomissements ou de la diarrhée, alors même que l'enfant semble aller tout à fait bien, le pronostic est sombre.

Dans les six observations que rapportent les auteurs, toutes les fois que le sérum a produit une augmentation de la quantité des urines, le malade a guéri.

Lorsque le sérum aura indiqué l'état du rein, il faudra favoriser l'élimination des toxines. Les diurétiques ont ici leur emploi indiqué : la lactose en particulier et surtout les lavements d'eau salée. Il faudra enfin traiter l'état général et la fièvre s'il y a lieu. Il faudra, toutefois, être sobre de nouvelles injections de sérum artificiel dans les cas graves, car alors il va à l'encontre de ce que l'on cherche en augmentant trop la tension sanguine et en amenant des hémorragies et des infarctus. (*Lyon méd.*, 25 août 1901.) L. G.

PHYSIOLOGIE

Influence des couleurs sur la production des sexes. (M. C. Flammarion.) — Le 12 juin 1898, nous avons placé sous diverses radiations, soigneusement examinées au spectroscope, des vers à soie récemment éclos. Cette premiere expérience a montré que, pour le poids des cocons, l'obscurité est défavorable, tandis que l'orangé et le rouge sont favorables. Les papillons sortis de ces cocons ont donné de nombreux œufs, desquels de jeunes vers sont sortis, du 28 avril au 23 mai 1899. 720 larves ont été placées dans douze casiers recouverts d'un verre spécial examiné au spectroscope. Je ne m'occuperai ici que des sexes des papillons.

A l'air libre et sous le verre incolore, la proportion est voisine de 50 p. 100, comme on pouvait s'y attendre. Il en est de même dans le rouge clair et dans le vert clair.

Les couleurs foncées paraissent agir notablement, au contraire, sur la proportion des sexes, ainsi que l'obscurité, en donnant aux mâles une prédominance marquée. Voici les résultats obtenus cette année, à la troisième génération, les œufs de chaque année étant conservés, et les jeunes vers qui en éclosent étant mis en observation, chaque printemps suivant, dans les mêmes casiers coloriés.

	Mâles.	Femelles.
Bleu clair	57 p. 100	43 p. 100
Obscurité sous feuille d'étain	58 —	42 —
Violet clair	58 —	42 —
Violet foncé	62 —	38 —
Obscurité sous carton	63 —	37 —
Bleu foncé	63 —	37 —
Orangé	64 —	36 —
Rouge foncé	68 —	32 —

L'expérience a été faite pour chaque casier sur 66 individus. Les différences sont toutes dans le même sens et si marquées que, selon toute probabilité, elles ne sont pas dues au hasard.

Pendant toute la durée de l'expérience, les larves de bombyx ont été nourries abondamment de feuilles de mûrier et exposées à la même température.

J'ai voulu savoir si quelque variation dans le mode d'alimentation agirait, et j'ai essayé l'albumine, les phosphates, le sucre et le sel, en imprégnant les feuilles de mûrier dans ces solutions. Les vers soumis à ces divers modes d'alimentation ont tous succombé au bout d'une dizaine de jours.

Un autre essai a, au contraire, confirmé la série précédente, en la variant un peu (1).

Nous avons soumis un certain nombre de vers à soie à un régime de nourriture restreinte, et voici les résultats observés :

	Mâles.	Femelles.
Violet foncé	58	42
Bleu clair	63	37
Bleu foncé	65	35
Violet clair	77	23

On voit que pour la dernière couleur la différence est considérable.

Aucun verre violet n'est achromatique. Ils laissent passer toutes le couleurs, notamment le rouge. D'un autre côté, un grand nombre d'insectes ayant succombé sous ce régime, l'expérience n'a été faite que sur 45 individus pour chaque couleur. Ces résultats ne sont donc présentés que comme préliminaires, intéressants par leur concordance.

Remarquons que, pour les deux séries, les individus en observation ont été au nombre de 111.

Ces deux séries concordantes en principe n'indiqueraient-elles pas que la surabondance des mâles peut être due tout simplement à ce que les couleurs tempèrent les larves et diminuent leur appétit?

Il serait assurément prématuré de tirer aucune conclusion de physiologie générale. Cependant, nous pouvons remarquer que, si l'œuf n'est pas sexué par la fécondation, et si le sexe peut être déterminé par des circonstances extérieures, l'antique problème de la production des sexes reçoit ici un commencement d'élucidation. (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 19 août 1901.)

THÉRAPEUTIQUE

Dangers de la médication phosphorée à doses usuelles chez les enfants rachitiques. — L'huile de foie de morue phosphorée figure actuellement, surtout en Allemagne, parmi les moyens classiques de traitement du rachitisme. En suivant l'exemple du professeur Kassowitz, on fait généralement usage d'une huile renfermant, par 100 grammes, 0g01 de phosphore dont on administre chaque jour une dose qui varie suivant l'âge du petit malade. Ainsi, par exemple, les bébés d'un an reçoivent, par jour, une cuillerée à café de cette huile, tandis que les enfants âgés de trois ans en prennent quotidiennement trois cuillerées à café (voir Fouineau, *Formulaire de thérapeutique infantile et de posologie*, Paris 1901). Or, cette pratique est loin d'être dépourvue de danger, comme il résulte d'une communication faite par M. Nebelthau dans une des dernières séances de la Société médicale de Halle et concernant un rachitique âgé de deux ans, auquel on avait prescrit l'huile de foie de morue phosphorée à 0,01 p. 100, à la dose de deux cuillerées à café par jour. Après en avoir ingéré, en l'espace de soixante heures, six cuillerées à café, l'enfant fut pris d'ictère et de diarrhée, mais sans vomissements. L'usage de ce médicament ayant cessé aussitôt, le petit malade n'en présenta pas moins, au bout d'une semaine, des douleurs abdominales, une fièvre intense et de la constipation avec diminution considérable de la diurèse. Le lobe gauche du foie était hypertrophié et très douloureux à la palpation, et les urines se trouvaient chargées de pigments biliaires. Enfin on vit survenir des convulsions tétaniques et la mort.

L'autopsie révéla l'existence de lésions propres à l'intoxication par le phosphore, notamment dans le foie, qui offrait tous les caractères de l'atrophie jaune aiguë.

La préparation, dont l'enfant avait fait usage, contenait, ainsi que l'a montré l'analyse chimique, une quantité de phosphore nullement supérieure et même inférieure à celle qui fut prescrite.

Voilà donc un enfant de deux ans qui a succombé à l'intoxication après avoir ingéré, en deux jours et demi, six cuillerées à café d'huile phosphorée, à 0,01 p. 100, soit une dose considérée comme normale pour son âge. Ce fait doit rendre particulièrement prudent dans l'usage du phosphore contre le rachitisme. Aussi M. Nebelthau conseille-t-il de n'employer,

(1) Certains statisticiens assurent que, après les années de guerre, la natalité des garçons surpasse de beaucoup celle des filles, ce qu'ils attribuent non pas à une loi de la nature destinée à combler les vides, mais aux privations, aux misères, aux ruines qui accompagnent le fléau de la guerre, et, comme conséquence, à une diminution de la richesse de l'alimentation des couples progéniteurs. Les pays les plus pauvres paraissent également les plus féconds en garçons.

à cet effet, qu'une huile contenant, pour 100 grammes, un milligramme seulement de phosphore, à prendre à raison de deux cuillerées à café par jour. Cette dose minime, tout en mettant à l'abri de l'intoxication, n'en exercerait pas moins une action thérapeutique réelle — ce dont il est bien permis de douter. (*Bull. méd.*, 28 août 1901.)

REVUE DES THÈSES

De l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge, par le docteur Jules BOUCHER.

APPLICATION DE LA CONVENTION DE 1881 ET DE LA LOI DE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Sur le conseil de MM. les professeurs Brouardel, doyen de la Faculté, et Cornil, sénateur, et de MM. les professeurs agrégés Thoinot et Hallopeau, devant qui nous avons eu l'honneur de soutenir notre thèse (1), nous avons repris les conclusions de notre travail; nous les avons développées plus longuement, espérant qu'elles serviraient de base à la juridiction nécessaire pour faire cesser les abus; nous avons indiqué les articles de la loi de 1892 et de la convention de 1881 qui se trouvaient violés, en regard de chacune de nos réclamations, et les peines édictées par la même loi contre cette violation.

Nous espérons qu'ainsi les tribunaux n'auront qu'à consulter ces quelques lignes, résumé de notre travail, pour se convaincre que les abus signalés plus haut de la part des médecins belges constituent une infraction aux lois, en même temps qu'ils y trouveront tous les éléments nécessaires à la répression légale de ces abus.

Ce sont ces conclusions que nous ajoutons à notre travail et dont voici le texte :

1° Les médecins belges se livrent à de nombreux abus dans l'exercice de leur profession sur la frontière française :

a. En portant leurs soins au delà des limites permises, c'est-à-dire des communes limitrophes; contravention à l'art. 1er de la convention de 1881;

b. En venant donner des consultations à jour fixe ou plusieurs fois la semaine dans des locaux déterminés, ou en venant visiter les malades de certaines sociétés ouvrières à jour fixe, d'après un traité signé avec ces sociétés; ces actes sont contraires à l'esprit de la convention, qui n'a jamais autorisé les médecins belges à élire domicile en France, c'est-à-dire à convoquer les malades dans un local déterminé d'avance et toujours le même et transformé pour la circonstance en cabinet de consultation.

c. En venant en France alors qu'ils ne sont pas établis dans des communes belges limitrophes : contravention à l'art. 1er de la convention de 1881 :

d. En apportant des médicaments en France alors qu'ils ne sont pas autorisés à le faire au lieu de leur domicile : contravention à l'art. 3 de la convention de 1881;

e. En apportant des médicaments en France, dans des communes pourvues d'un pharmacien : contravention à l'art. 2 de la convention de 1881, paragraphe 1er, prescrivant aux médecins belges de se conformer à la législation en vigueur dans notre pays, — et partant à l'art. 27 de la loi du 21 germinal an X, qui régit en France l'exercice de la pharmacie.

2° Pour faire cesser ces abus, nous demandons que la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine et la convention de 1881 soient respectées; et, en reprenant chacun des points cités plus haut, nous réclamons :

a. Contre les médecins belges qui exercent leur art au delà des limites permises, c'est-à-dire des communes limitrophes, l'application de l'art. 18 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, ainsi conçu : « Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et si récidive, de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement; » et cela en vertu de l'article 5 de la même loi ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme. »

Car, pour les médecins belges établis dans des communes limitrophes et exerçant leur art sur notre territoire, la France commence non pas à la frontière même, mais à la limite de la première commune française limitrophe et des communes françaises situées en deçà par rapport à la Belgique; il y a, pour ainsi dire, une zone neutre, représentée par le territoire des communes limitrophes, et sur laquelle les médecins belges peuvent venir librement; mais lorsque ces médecins dépassent cette zone neutre, il devient conforme au droit et à la justice de leur appliquer l'art. 5 de la loi de 1892, et ils tombent sous le coup des peines prévues contre l'exercice illégal de la médecine;

b. Contre ceux qui donnent des consultations à jour fixe ou plusieurs fois la semaine dans des locaux déterminés, ou viennent visiter les malades de certaines sociétés ouvrières, une patente exigible chaque fois qu'ils seront surpris dans ces conditions d'exercice de leur art; car c'est de la part de ces praticiens une invitation à l'adresse du malade qui répond alors à leur appel, — et une élection de domicile en France, ce que n'a jamais autorisé la convention;

c. Contre ceux qui viennent en France sans être établis dans des communes belges limitrophes, l'application de l'art. 18 de la loi de 1892, cité plus haut, en vertu de l'art. 5 de la même loi et de l'art. 1er de la convention;

d. Contre ceux qui apportent des médicaments en France sans y être autorisés au lieu de leur domicile ou dans des communes françaises pourvues d'un pharmacien, l'application contre cet exercice illégal de la pharmacie et contre la violation de l'art. 3 de la convention, des peines analogues à celles qui sont édictées contre l'exercice illégal de la médecine.

3° Enfin nous espérons, en ce qui concerne les municipalités des villages français limitrophes, que les médecins belges ne recevront d'elles aucune indemnité, pas plus que les tribunaux n'accepteront des certificats signés des médecins belges, dans les affaires médico-légales.

4° Lorsqu'une première contravention aura été dressée contre le médecin délinquant, nous demandons qu'en cas de récidive, il soit fait à ce médecin application du paragraphe 3 de l'art. 2 de la convention de 1881, ainsi conçu :

« Les personnes ci-dessus désignées qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé, sont privées du bénéfice de l'art. 1er. »

C'est-à-dire que l'autorisation accordée par la convention leur soit retirée et qu'ils n'aient plus le droit de venir en France, sur le territoire des communes limitrophes.

Ces conclusions, nous tenons à l'affirmer de nouveau, ne sont que l'expression du droit et de la justice.

De la hernie inguino-superficielle, par le docteur Jacques VAILLANT. (Th. de Paris, 1901.)

La *hernie inguino-superficielle*, décrite pour la première fois par Küster en 1887, se caractérise par ce fait, qu'après avoir franchi l'orifice antérieur du canal inguinal, elle se place superficiellement, immédiatement sous la peau.

On considère trois variétés de cette hernie, suivant le siège de la tumeur, *hernie inguino-superficielle abdominale*, *hernie inguino-superficielle crurale*, *hernie inguino-superficielle périnéale*.

Il s'agit presque toujours d'une hernie congénitale, et le

(1) Th. de Paris, 1901.

testicule — en ectopie dans la grande majorité des cas — est situé à l'intérieur du sac, en contact direct avec l'intestin.

L'obstacle qui fait qu'une hernie inguinale, au lieu de suivre le chemin habituel des hernies, devient inguino-superficielle, est soit l'ectopie testiculaire, soit la perméabilité nulle ou insuffisante du scrotum.

Le diagnostic différentiel, toujours facile, doit être fait d'avec la hernie inguino-interstitielle (dans la forme abdominale), d'avec la hernie crurale (dans la forme crurale).

Le traitement est la cure radicale, avec ou sans conservation du testicule, suivant que ce dernier est ou non abaissable et fixable dans le scrotum.

Le diaphragme et la motilité des épanchements pleuraux, par M. le docteur Christian Dupinet. (Th. de Paris, 1901.)

Il y a deux diaphragmes, l'un droit, l'autre gauche, dont les fonctions ne sont pas nécessairement symétriques. La loi de Stockes, paralysie d'un muscle sous-jacent à une séreuse malade, s'applique au diaphragme comme aux autres muscles et nous explique en partie la dyspnée dans les pleurésies et dans les pneumonies de la base.

Les épanchements pleuraux de la grande cavité, sauf les épanchements hémorragiques consécutifs à une tumeur maligne et l'hydrothorax, paralysent le diaphragme du côté malade.

On reconnaît cliniquement cette paralysie du diaphragme par l'abaissement de la ligne de matité supérieure, suivant l'attitude du malade. Dans la position assise, la matité remonte plus haut que dans la position debout.

Ces changements de ligne de matité nous permettent de constater les modifications favorables ou défavorables qui surviennent dans le fonctionnement du diaphragme.

CORRESPONDANCE

Saint-Germain-en-Laye, 21 août 1901.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je viens de lire les documents que vous publiez dans le n° 95 (20 août 1901) de la *Gazette des hôpitaux*, sous ce titre : « La lutte entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical de cette ville. »

Ces documents et la lettre qui les renferme, signés par les représentants de l'*Union médico-pharmaceutique de la région du Nord*, *pour la défense des droits professionnels et de la santé publique*, visent tout particulièrement le directeur de l'Institut, le professeur Calmette, et ses collaborateurs qui, d'après les assertions des signataires de la lettre, menaceraient, par leurs innovations soi-disant philanthropiques, les intérêts professionnels des médecins et pharmaciens de la région.

Je ne connais pas l'Institut Pasteur de Lille ; je n'ai pas l'honneur de connaître personnellement son directeur, mais je connais ses travaux, ses idées, ses projets. Je sais ce qu'il a fait, ce qu'il fait et veut faire encore pour utiliser tous les moyens propres à lutter contre la tuberculose (Congrès de Londres).

... Hé bien. Je l'admire !

Le médecin qui se consacre à de telles œuvres et met à leur service ses connaissances, son expérience et son dévouement est, avant tout, un homme de bien, par conséquent un honnête homme. Je me demande, et beaucoup d'autres se demandent avec moi, comment on peut être arrivé à accuser, à soupçonner de tels hommes, de faire de leur réputation légitimement acquise et de leur situation officielle, un moyen de réclame et de lucre !...

Persuadé, ainsi qu'un grand nombre de ses confrères, que la création de sanatoriums régionaux ou départementaux ne pourra se réaliser en France que très lentement, surtout à cause des grandes dépenses qu'ils nécessiteront, le professeur Calmette a conçu la généreuse pensée de fonder des dispensaires spéciaux pour ouvriers tuberculeux indigents, établissements de transition, d'attente, qui sont appelés à rendre, dès maintenant, d'importants services, tant aux malades qu'aux bien portants de la même ville. En effet, les soins, les conseils, l'éducation hygiénique qu'on y donnera gratuitement (qu'on y donne déjà à Lille), ont pour but la guérison du tuberculeux et la protection des autres (prophylaxie).

Comment une œuvre humanitaire de ce genre, dont ne bénéficieront que les malades *sans ressources suffisantes*, peut-elle porter ombrage à une fraction du corps médical de la ville qui a la bonne fortune de posséder un de ces dispensaires ?

A Lille, le service des consultations y est actuellement assuré par les médecins qui ont bien voulu apporter spontanément et généreusement leur *concours gratuit* à l'œuvre. Quand les ressources du dispensaire le permettront (les malades avant tout !) on instituera un service de jetons de présence pour les médecins consultants, qui devront donner leurs consultations à jour et heure fixes et recevoir, autant que possible, les mêmes malades.

Hé bien ! je le répète, on ne peut être que *très étonné* de voir des membres du corps médical de Lille se coaliser contre l'institution essentiellement philanthropique de *Dispensaires antituberculeux*.

Les protestataires (?) en appellent à la seule juridiction qu'ils estiment compétente : *le public médical*.

Je fais partie de ce public et je donne mon humble avis.

Agréez, je vous prie, monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr J. Seure.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

208. M. Meyer. Durillons professionnels. — 209. M. Collinot. Etude sur les manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire. — 210. M. Claverie. Essai sur l'avortement brusqué. — 211. M. Sens. Grossesse extra-utérine. Etude critique de 89 observations. — 212. M. Leclerc. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale. — 213. M. Veau. Etude de l'épithélioma branchial du cou. Branchiome malin de la région cervicale. — 214. M. Blomme. Considérations sur la polydactylie. — 215. M. Pitti-Ferrandi. Le paludisme et l'assainissement des régions palustres en Corse. — 216. M. Courgeon. L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire. — 217. M. Neufeld. Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la galactophorite. — 218. M. Quillard. De l'appendicite chez la femme. — 219. M. Lavergne. Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur (étude clinique et pronostique). — 220. M. Hamon. Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. — 221. M. Jacomet. Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. — 222. M. Malartic. Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique. — 223. M. Boutant. La fièvre aphteuse chez les animaux et chez l'homme. Transmissibilité et hygiène. — 224. M. Artaud. Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures. — 225. M. Courmenos. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. — 226. M. Vergnaud. Fièvre typhoïde et tuberculose. — 227. M. Pétresco. La syphilide pigmentaire réticulaire du cou. — 228. M. Carrière. De la précocité physique et intellectuelle. — 229. M. Husin-Chakir. De l'hypospadias balanique et de son traitement chirurgical (procédé de von Hacker). — 230. M. Duval (André). Sténose congénitale du pylore chez le nouveau-né. — 231. M. Perrot. Infection de la glande parotide chez le nouveau-né. — 232. M. Rastouil. Appendicite chronique. — 233. M. Weil (Émile). Le sang et les réac-

tions défensives de l'hématopoièse. — 234. M. Aubry. Contribution à l'étude de l'aortite blennorragique. — 235. M. Frenel. Contribution à l'histoire des névrites des syphilitiques. — 236. M. Carlo. Sur la fréquence des embolies pulmonaires aux différentes époques de l'évolution des thromboses veineuses (d'origine traumatique). — 237. M. Dom-Pila. Etude critique de la castration chez la femme. — 238. M. Darbois. Traitement du lupus suivant les indications. — 239. M. Jossu. Contribution à l'étude de la contagion de la pneumonie. — 240. M. Carre. Sur un cas de foie et de reins kystiques chez un fœtus. — 241. M. Colin. De la soif brightique. — 242. M. Jousset. Des humeurs opalescentes de l'organisme. — 243. M. Guyot. Contribution à l'étude des larves de gastrophiles (œstrides), parasites de l'estomac du cheval. — 244. M. Guibe. De la calcification des fibromyomes utérins. — 245. M. Sicard. Sur quelques points de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale. — 246. M. Michaut. De la péritonite à pneumocoque chez l'enfant. — 247. M. Monod (Fernand). Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant. — 248. M. Pédeprade. L'analgésie par cocaïnisation lombaire en chirurgie. — 249. M. Cherut. Contribution à l'étude de la hernie ombilicale étranglée. — 250. M. Tournemelle. Des éventrations post-opératoires. Causes et traitement. — 251. M. Perrot. De la suture de la vessie et du traitement de la plaie après la taille hypogastrique. — 252. M. Zimmern. Hémorragies utérines. Indications et contre-indications de leur traitement par l'électricité. Action excito-motrice de l'électricité sur l'utérus. — 253. M. Auvray. Etudes de quelques variations du volume du foie. Leur valeur séméiologique. — 254. M. Font-Réault. De la conduite à tenir dans les plaies thoraco-abdominales (voie transpleurale). — 255. M. Guillot. Traitement chirurgical du cancer du pylore. — 256. M. Vareillaud. De l'ictère acholurique hémorragipare et des hémorragies au cours de l'ictère acholurique. — 257. M. Salvant. Traitement pathogénique du delirium tremens fébrile (délire alcoolique toxi-infectieux) par la balnéation froide. — 258. M. Benoist de la Grandière. Contribution à l'étude des varices de l'estomac. — 259. M. Bayet. Appendicite et fièvre typhoïde. Etude clinique et diagnostic différentiel. — 260. M. Aguesi. Contribution à l'étude des luxations récidivantes de la rotule. — 261. M. Audy. Des accidents d'éruption des dents permanentes, autres que les dents de sagesse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Clermont.* — M. le docteur Bide, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

Guerre. — Par décision du 2 septembre 1901, les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du corps de santé des troupes coloniales désignés ci-après :

M. le médecin-major de première classe Crossouard, désigné pour le 7e d'infanterie coloniale à Rochefort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Carrière, désigné pour le 7e d'infanterie coloniale à Rochefort; Huot, désigné pour le 4e d'infanterie coloniale à Toulon ; Mauras, désigné pour le 22e d'infanterie coloniale à Toulon ; Tanvet, désigné pour l'Indo-Chine (service général), en remplacement de M. le médecin-major de deuxième classe Vergoz; Lowitz, désigné pour l'Afrique occidentale française, en remplacement de M. le médecin-major de deuxième classe Tédeschi.

MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, désigné pour le 4e d'infanterie coloniale à Toulon; Briand, désigné pour le 2e tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Vialet; Laurenti, désigné pour le 4e tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Porre.

Marine. — M. le médecin de première classe Béguin, du port de Brest, est désigné pour remplacer à la prévôté de l'hôpital de Saint-Mandrier, à Toulon, M. le docteur Kergrohen, promu au grade de médecin principal.

Distinctions honorifiques. — Une médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Manissolle, médecin à Yssingeaux, pour le dévouement dont il a fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baurin, conseiller général, maire de Blénod-les-Pont-à-Mousson; Vaucher (de Genève).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Corse.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'Agence des voyages modernes, une excursion en Corse.

Départ de Paris le 10 septembre 1901. — Durée de l'excursion 21 jours.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 720 fr.; 2e classe, 680 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-mémoire des maladies de l'intestin, par le docteur Paul Lefert. 1 vol. in-18 de 285 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La lutte sociale contre la tuberculose, par le docteur Romme. Un vol. in-8o. — Prix : 2 fr. 50, cart. toile 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 103. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1901. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La lutte contre l'alcoolisme par les médecins. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être, par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux de Paris. — PRATIQUE MÉDICALE. Les indications du tannate d'orexine. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La lutte contre l'alcoolisme par les médecins.

Ce qu'elle est. — Ce qu'elle doit être.

Par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux.

I. CE QU'ELLE EST

« Qu'ils le veuillent, ou non, tous les hommes sont aujourd'hui divisés en deux camps : LES UNS luttent contre l'usage inutile d'un poison (l'alcool) par la parole et par l'exemple; *les autres*, par la parole et par l'exemple, également, se font les défenseurs de ce poison » (Tolstoï).

Que les médecins soient incontestablement parmi *les uns*, ce n'est pas là chose à discuter : heureusement l'évidence s'impose; et je vais justement ici, dans la mesure du possible, passer en revue ce que le corps médical a fait virtuellement et réellement contre l'alcoolisme.

Plusieurs monographies ont été déjà composées sur le thème en question : *Le rôle des médecins dans la lutte antialcoolique*. Je vois près de chez nous, en Suisse, une brochure du docteur Jaquet (de Bâle); et encore, presque chez nous, à notre Congrès international de 1899, un chapitre par le docteur Bienfait (de Liège), où se trouvent exprimées sur le sujet, les plus nobles sentiments de la pensée et du cœur chez le médecin. Puis, c'est en France, la remarquable thèse de Ruyssen, avec la superbe préface de Legrain; et, de ci, de là, Faidherbe (de Roubaix), Baratier (de Jeugny), Chaudet (de Saint-Jammes), Laborde, Legendre, Debove, Jacquet, F. Mathieu, R. Romme, tous ceux qui ont parlé d'alcoolisme, nous font entrevoir ce que peut et ce que doit faire le médecin. Mais, dans les écrits de ces auteurs, il semble qu'il s'agisse, avant tout, de conseils, d'encouragements, et surtout de vœux; ce qui laisse forcément au lecteur cette conviction que le médecin en est encore à l'ère des sollicitations, qu'il n'a pas encore lutté, qu'il n'a pas encore agi, opinion qui, nous l'allons prouver, j'espère, serait bien injuste et bien erronée.

Que les combattants d'avant-garde à qui je viens de faire allusion trouvent trop lentes, et insuffisantes à leur gré, les évolutions du corps d'armée médical; qu'ils sollicitent son ardeur, rien de mieux; mais un mouvement réel, important même, s'est déjà accompli, continue à s'effectuer, et, avant d'en critiquer la nature et la direction, j'estime important d'en enregistrer aussi complètement que possible toutes les phases dans le temps et dans l'espace.

Je vais donc passer en revue ce qu'à ma connaissance, les médecins ont fait contre l'alcoolisme, en me limitant à étudier l'œuvre médical français.

QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE. — Dans la plupart des questions médicales, l'empirisme, simple ou déjà éclairé, a devancé la science et ses méthodes. De tous temps, les médecins, comme les autres hommes, ont remarqué l'action nocive de certains produits (à base alcoolique) [voy. DELPEUCH, *Alcoolisme avant l'alcool*], et on cite partout des exemples historiques pris dans l'ancienne Egypte, dans la Grèce, et dans notre histoire du moyen âge et des temps modernes, des mesures restrictives ou prohibitives partant de cette unique formule de la sagesse médicale à laquelle toutes les découvertes n'ont rien changé, et ne changeront rien jamais : *sublata causa, tollitur effectus*.

Comment des générations et des races entières tournent encore autour de cette vérité de La Palisse sans se l'assimiler, il n'est pas inutile de montrer que la faute nous en revient pour la plus grande part, à nous autres médecins; et toute la première partie de la lutte antialcoolique, et non la moins rude, ce fut et c'est encore pour les médecins qui l'ont engagée, de détruire des préjugés ou des erreurs que des médecins ont accrédités.

L'alcool, *aqua vitæ* de Raymond Lulle, étant, croyait-on, un médicament merveilleux, on a vite conclu pour lui, grâce à ses apparences excitantes, calorifiques et toniques, à des qualités souveraines et préventives contre les maladies. La potion de Todd et toutes les préparations à base d'alcool perpétuent cette croyance dans notre pharmacie actuelle.

De l'usage médicamenteux, l'alcool passa à l'usage alimentaire, avec toutes ses qualités indiscutées pour nos devanciers. Quand la consommation fut *suffisante*, alors on soupçonna, puis on connut l'*alcoolisme*.

Au commencement du XIXe siècle, ON LE SOUPÇONNA, ainsi qu'en témoignent des thèses écrites sur les états morbides *aigus* dus à l'*usage immodéré* de l'alcool. (Conquérant, 1810; Briand, 1813; Pierron, 1815; et en 1838 encore, Royer-Collard développe des considérations médicales sur l'*abus* des boissons alcooliques.)

En 1840, naît l'intoxication d'origine industrielle ; le médecin suédois Magnus Hüss groupe, sous le nom d'*alcoolisme*; l'ensemble des accidents dus à l'effet toxique des boissons distillées (1847). Faut-il en conclure que l'alcoolisme soit dès lors reconnu de tous? Presque absolument ignoré chez nous pendant sa période de croissance, il fut signalé à l'âge d'adolescence par quelques esprits clairvoyants (Lancereaux, Magnan); mais la majorité des médecins n'acceptèrent son existence réelle qu'au jour où, adulte vigoureux autant que malfaisant, il se fit reconnaître aux ravages qu'il exerce de plus en plus nombreux, depuis 1870 jusqu'à nos jours. Alors, ON NE CONNUT QUE TROP L'ALCOOLISME ! alors, enfin, s'engagea LA LUTTE.

I. RÔLE SCIENTIFIQUE DU MÉDECIN. — Avant d'attaquer, les médecins ont *reconnu* l'ennemi. Ils se sont documentés, et cela, si à fond, que les données médicales scientifiques sur l'alcoolisme sont à peu près définitives et complètes. Mais ce ne fut pas l'œuvre d'un jour. Aussi bien avait-on fort à faire. Il s'agissait de se documenter sur la nature des produits, sur les effets physiologiques de boissons alcooliques de plus en plus variées et de plus en plus compliquées chaque jour (toxicologie), sur les modes de l'intoxication privée et publique, et sur les méfaits et les ravages dont témoignaient des désordres pathologiques de plus en plus nombreux et étendus (alcoolisme clinique).

Documentation physiologique (*toxicologie*). — Datant à peine de quarante ans (Magnan, 1865), mais vigoureusement développée depuis lors, l'étude toxicologique des produits alcooliques a permis de poser des principes physiologiques de plus en plus certains. Successivement, avec Rabuteau (1870), avec Dujardin-Beaumetz et Audigé (1879), avec Jaillet (1884), et, surtout, grâce aux recherches de Joffroy et Serveaux (1897), ont pénétré, et se sont établies dans toutes les consciences des savants et des médecins ces diverses notions, ayant désormais force de lois :

a. *Notion de la toxicité relative. Dans toute la série alcoolique qui a pour formule* $C^nH^{n2}+{}^2O$, *l'action toxique doit être d'autant plus élevée que le groupe CH est représenté un plus grand nombre de fois ; la toxicité augmente également avec l'élévation plus forte du point d'ébullition* (Rabuteau).

a'. *La substance alcoolique est d'autant plus toxique qu'elle est moins soluble dans l'eau ; — si elle est très volatile, elle est plutôt* ANESTHÉSIQUE, *si peu volatile, elle est plutôt* CONVULSIVANTE *; — la durée de ses effets est inversement proportionnelle à sa volatilité* (Ch. Richet).

On peut donc, scientifiquement, affirmer, prévoir même que tel alcool est plus toxique que tel autre.

b. *Notion de l'équivalent toxique. Quantité minima de toxique (alcool, dans le cas particulier), qui, contenu entièrement, à un moment donné, dans le sang d'un animal, tue fatalement un kilogramme de matière vivante* (Joffroy).

b'. *Ce qui donne aux boissons alcooliques la presque totalité de leur toxicité, c'est l'alcool éthylique, car s'il est le moins toxique des composants, il les dépasse tellement en quantité, qu'il joue un rôle prépondérant dans l'intoxication alcoolique* (Voy. th. Antheaume, 1897).

Cette dernière proposition, qui exprime une conviction faite de l'ensemble de toutes les expérimentations, est de toutes les formules de la profession de foi antialcoolique des médecins, la plus importante :

Par elle, ils affirment que, rectifiés parfaitement, mêlés à quelques impuretés (alcools du commerce), que d'humble extraction (eau-de-vie de cidre, de marc, etc.) ou de haute origine (armagnac), les divers produits ont, à si peu de chose près, le même équivalent toxique, qu'ils sont incontestablement tous *mauvais*, c'est-à-dire nuisibles à la santé. (Voy. disc. Acad. de méd., juin, juillet, août 1896.)

D'autre part, par les recherches de Magnan, de Laborde, de Cadéac et Meusnier, nous apprenons à connaître l'action toxique connexe de certains produits ajoutés aux boissons fermentées (sophistication des vins), ou ajoutés à l'alcool qui sert de véhicule) (essences des apéritifs, amers, absinthe digestifs, toxiques, etc. (Voy. th. de CHARPINNE sur l'*Absinthisme*, Paris, 1894, et MOREAU (de Tours). *L'absinthe*, 1900.)

En physiologie, l'étude de l'alcool comme facteur d'énergie chez l'homme, nous prouve le néant de ce combustible. (Gley, VIIe Congr. internat., 1899; Gilbault, Les excitants musculaires, *Tribune méd.*, 1900, n° 17; Chauveau, Alcool et travail musculaire, Acad. des sc., 14 janv. 1901.) En même temps les recherches multipliées de Gréhant et de Nicloux (Acad. des sc., 1899-1901) montrent la diffusibilité du produit vers les glandes de l'organisme, puis son passage de la mère au fœtus ; cependant qu'à la Société de biologie (1897) Féré nous avait indiqué certains détails de la tératologie chez les embryons par les vapeurs d'alcool.

Documentation étiologique. — Comment, présenté sous toutes les couleurs, prévues ou imprévues par l'arc-en-ciel ; comment, concentré, dilué, modifié et renforcé dans son goût par tout ce que l'imagination des fabricants, des débitants et des consommateurs sait y ajouter de drogues inqualifiées; comment, dis-je, 500000 tonnes d'alcool officiel, sans compter l'officieux, arrivent-elles à s'insinuer annuellement dans l'organisme de nos concitoyens? Les médecins le savent mieux que quiconque, eux qui arrivent à connaître, par les révélations de leurs infortunés clients, l'exigence sans cesse croissante des formalités apéritives, digestives et toniques de la vie moderne, presque à tous les étages sociaux. A jeun, avant, pendant, après les repas, entre ceux-ci, les gens de tout âge, de toute profession, hommes et femmes, boivent, et chaque jour boivent de plus en plus d'alcool, aussi le champ expérimental humain est-il devenu sans bornes, comme la consommation.

Les particularités étiologiques sont variées à l'infini : je passe sur celles qui sont banales, comme la rue où elles se développent, pour signaler celles que le médecin a plus particulièrement dépistées, *intra muros* : alcoolisme thérapeutique spontané (vulnéraire, eau de mélisse, menthe, apéritifs, digestifs et toniques d'allure médicamenteuse), et alcoolisme thérapeutique formulé (champagne, vins toniques, todd); le médecin lui-même ne s'étant, dans la circonstance, que trop facilement, et trop longtemps, mis de complicité avec le mal.

La thèse de Bonnet (1896) nous fixe sur le *bilan de l'alcoolique* (doses individuelles); celle de Tourdot (1896), nous fait pénétrer avec Brunon (de Rouen), dans les milieux les plus infimes, et dans certains milieux déjà aisés de la population ouvrière rouennaise, pour nous initier aux taux incroyables de consommation courante, dans un grand nombre de professions. Imbert, s'appuyant sur des statistiques prises à l'hôpital Laënnec, nous fait voir l'alcoolisme chronique dans ses rapports avec les professions (th. Paris, 1897). Quelques articles sont également démonstratifs par leur documentation statistique : REYMOND, Sur l'alcoolisme à Paris; *Progrès méd.*, 18 septembre 1896 ; DE GRANDMAISON, *Médecine mod.*, 2 septembre 1896. Ce dernier nous donne (observ. de La

Charité) sur l'alcoolisation professionnelle, et sur ses rapports avec la morbidité, des chiffres et des proportions que nous avons retrouvés plus accentués encore à Lariboisière, avec le docteur Kahn, en 1899.

Documentation clinique. — Ainsi préparé de toutes parts, l'alcoolisme a sévi, épidémique, puis endémique. Conséquences : les traités de pathologie ont désormais tout un vaste chapitre spécial de l'intoxication alcoolique [art. des dictionnaires, *Traité de médecine* (Richardière), *Traité de médecine et de thérapeutique* (Lancereaux)]. Depuis Magnus Hüss, on a accumulé des monceaux de documents sur les manifestations cliniques de l'alcoolisme, et sur les désordres anatomo-pathologiques, qu'il provoque. Les grands travaux de notre Ecole française sont connus de tous, et je passe sous silence le détail de toute cette bibliographie (1860-1901), familière à chacun de nous, pour n'en prendre que la substance. Tout d'abord intéressés par l'étude des lésions organiques (estomac, foie, pancréas, système nerveux), les médecins ont cherché à reproduire ces lésions par expérimentation tels Lancereaux, Pupier, Laffitte, etc., pour la gastrite et pour la cirrhose ; et il n'est pas sans intérêt de noter que Combemale, et aussi Mairet et Vires ont pu reproduire, par alcoolisation expérimentale du chien, quelques particularités symptomatiques de la paralysie générale humaine.

Mais on s'attache de plus en plus à dépister l'intoxication sous ses formes initiales atténuées, qui permettent de porter d'une façon précoce le diagnostic d'alcoolisme : à ce titre, l'étude des dyspepsies, celle des gastralgies, celle des troubles fonctionnels primordiaux du pancréas, du foie (alcoolisme insidieux et hépatisme de Glénard) ; l'étude des désordres atténués, fugaces, prémonitoires des névrites périphériques, les manifestations intermittentes, passagères, de l'hystérie toxique alcoolique, fournissent de précieux éléments révélateurs.

A côté des ouvrages (articles des dictionnaires, traités, monographies), qui forment un patrimoine commun, une sorte de fonds de réserve où chacun de nous doit et peut puiser constamment ; à côté de ces œuvres, souvent presque définitives, auxquelles s'ajoutent lentement les découvertes nouvelles, dûment contrôlées, s'accumulent les innombrables faits consignés dans des thèses ou dans des publications médicales d'actualité. On y voit que l'intoxication alcoolique se retrouve à l'origine et à la terminaison d'une foule de maladies qui évoluaient fort bien sans elle, mais qu'elle aggrave : maladies infectieuses diverses (voy. Deléarde, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XI, p. 837, oct. 1897, Résistance des alcooliques à l'immunisation au charbon, et à la rage), et qu'elle multiplie (tuberculose, en particulier).

Lancereaux, dès 1895, signale à l'Académie de médecine, l'influence prédisposante des boissons alcooliques sur la tuberculose. Cette notion est confirmée par les rapports de Hayem, de Jacquet, de Barbier, de Le Gendre, et de nombreux collègues de la Société médicale des hôpitaux, observant dans différents quartiers de Paris, et produisant des statistiques à peu près comparables entre elles, qui montrent le parallélisme incontestable de l'alcoolisme et de la tuberculose. (Voy. aussi de Lavarenne. *Alcoolisme et tuberculose.* Commission de la tuberculose, Paris, 1900 ; Brouardel, Congrès de Londres, juillet 1901.) Ces faits vrais pour Paris, où la tuberculose est endémique, sont corroborés par l'observation de nos confrères de province. Les documents régionaux ont une valeur extrême, et nous donnent, par certains côtés, la raison d'être de la dépopulation et de la morbidité : je prends, dans cet ordre d'idées, ces quelques travaux récents. L. Renault, *La tuberculose chez les Bretons* (1900), nous montre que, depuis soixante ans, la tuberculose a sans cesse augmenté en Bretagne, indiscutablement liée à l'extension de l'alcoolisme, comme l'avait déjà montré Aubry, dans la *Gazette médicale de Nantes.* Une preuve du même genre nous est fournie ailleurs par M. Dubois (de Lille), par son étude sur l'*Alcoolisme dans le Nord.* A l'autre extrémité du pays, Béringuier (de Toulouse), Courtan (de Montpellier), nous font voir, tout comme Lassabatie (de Toulon) [*Tuberculose et alcool*], et comme Carrière (d'Alais) [même sujet], que le soleil du midi ne saurait combattre l'influence nocive croissante du poison, générateur de phtisie. Celle-ci se prend bien sur le zinc (Hayem), et cela tout du long du grand comptoir qui couvre le pays, et derrière lequel la moitié des gens verse de l'alcool à l'autre moitié.

Ceci est encore de la clinique. Les crises familiales, sociales, plus fréquentes, plus accentuées, sont, grâce au médecin, envisagées dans leur proportion exacte, comme phénomènes précurseurs des cataclysmes ultimes de la démence alcoolique. La thèse de Serré fait connaître *Les crimes et délits sous l'influence du délire alcoolique aigu.* Les rapports de l'aliénation avec l'alcoolisme deviennent évidemment plus étroits. Une statistique de Magnan, datant de vingt ans, nous montre une proportion de 21 à 23 p. 100 d'alcooliques parmi les malades de Sainte-Anne ; une, plus récente, du même maître (1895), donnait 33 à 34 p. 100 ; et j'en relève une de cette année même qui, pour un asile du Rhône, indique une proportion de 40 p. 100.

Pronostic et thérapeutique. — Pour tout médecin, le *pronostic* est sombre, et s'aggrave encore du fait de la névropathie ambiante : les gens s'alcoolisent, parce que névropathes, et la névropathie favorise les accidents graves de l'alcoolisme.

Une circonstance désespérante maintient dans toute son intégrité ce fâcheux pronostic, c'est qu'il n'y a pas, en réalité, de traitement purement médical de l'alcoolisme. Faut-il, en effet, tenir grand compte contre la série des accidents, des incidents aigus, de quelques moyens curatifs comme les préparations de strychnine, recommandées par Jaillet, puis par Combemale, ou comme la cannabis indica ? ou bien de la balnéation froide, avec l'opium et le chloral contre le *delirium tremens* ? Pour les sujets que l'intoxication aiguë ou subaiguë répétée conduit à pas plus ou moins rapides vers l'alcoolisme confirmé, par la voie de l'*alcoolomanie* (accoutumance et besoin pathologique), on a pu tenter l'action de l'hypnotisme, puis celle de la sérothérapie antialcoolique (Toulouse, 1896 ; Thébault et Broca, 1899), mais, comptons-nous beaucoup sur ces modes d'intervention ?

On a demandé, comme moyen d'intervention thérapeutique et sociale, l'internement prolongé du buveur, dix-huit mois, voudrait Lemercier (th. Paris, 1898), mais encore faut-il avoir des asiles spéciaux.

Grâce à Magnan (1), à Sérieux (2), à Marandon de Montyel (3), la création d'asiles pour buveurs a été réalisée en France, sur le modèle des asiles étrangers. Quand je dis *des asiles*, il y en a *un*, celui de Ville-Evrard, dont Legrain est le médecin.

---

(1) Magnan et Sérieux. *Médecine mod.*, 1895.

(2) P. Sérieux. *Création d'un asile spécial d'alcooliques*, 1894 ; — Les asiles de buveurs, *Ann. d'hyg.*, 1896, t. XXXV, p. 305.

(3) Marandon de Montyel. Asiles de buveurs, *Gaz. des hôpit.*, 1884.

Que de piètres ressources, n'est-il pas vrai, en présence d'un formidable fléau à combattre! Ces moyens d'action ne serviraient guère, en raison de leur impuissance notoire, qu'à nous couvrir de confusion, si nous n'en possédions d'autres quelque peu plus efficaces.

Résumé. — Tel est, dans ses données essentielles, le bilan scientifique du médecin dans la lutte antialcoolique.

De tout ce qui précède, il ressort que, *par le médecin*, la question de l'alcoolisme est définitivement posée. *Par lui*, on est arrivé à comprendre qu'en matière d'alcoolisme il ne s'agit pas de combattre l'*abus*, non plus que l'*infériorité* des produits consommés, mais qu'il s'agit d'empêcher l'*usage*. Notre opinion est définitive et ferme : l'alcool, *même pur*, est le principal fauteur de l'intoxication alcoolique et des désordres pathologiques, voilà pour l'ÉTIOLOGIE.

Par la CLINIQUE, nous affirmons que : à l'hôpital, à l'hospice, à l'asile même, quand les victimes de l'alcool nous arrivent, il est d'ordinaire déjà trop tard pour pouvoir rien faire en faveur de leur restauration physique et morale. C'est, si l'on veut, une *faillite* de la thérapeutique médicale ordinaire; mais non une *faillite de la médecine*. Notre argument curateur est préventif, prophylactique. Il ne s'agit pas de guérir, soit, mais peut-être peut-on prévenir?

Nous savons qu'infiniment complexe dans son étiologie, de nos jours (terrain, hérédité, âge, sexe, milieu), l'alcoolisme conduit surtout à des conséquences individuelles et sociales, en raison desquelles la question alcoolique ressortit non seulement à la médecine, mais à l'économie politique, au droit, à la morale, voire même à la politique intérieure et internationale. L'alcoolisme est une maladie de la volonté des peuples, du peuple français un peu plus, peut-être, que des autres, aujourd'hui. Ce mal-là ne se traite pas par des formules pilulaires, ni par un sérum. Comme l'a dit Legrain *le remède consiste dans une infusion d'un peu de volonté dans beaucoup d'eau*.

Mais c'est justement pour faire avaler une telle infusion aux masses récalcitrantes ou inertes que la lutte médicale doit s'engager. Voyons les moyens employés.

II. La lutte. — A. Par l'intervention officielle. — Il est utile, pour tout combat, de s'assurer des *amis et alliés;* et il paraît, à première vue, indiqué de mettre avec soi les puissants du jour, les *dirigeants*, pour avoir prise en antialcoolisme sur les dirigés.

Aussi, tout d'abord, les médecins ayant acquis cette conviction que le développement de l'alcoolisme est fonction de l'accroissement de la production et de la consommation des alcools, ont-ils pu penser qu'il y avait lieu de demander à qui de droit la mise en *pratique* de ce que leur enseignait la *théorie*. Ils ont pensé pouvoir s'adresser à l'Etat. Je rappelle, chemin faisant, ces données théoriques fondamentales : *théoriquement* il y a *un* toxique, l'alcool (type éthylique), qui, plus généralement consommé, est plus spécialement à combattre ; *théoriquement*, ce toxique, inégalement réparti dans les boissons usuelles, agit par quantité, plus encore que par qualité (toutes doses absorbées égales, d'ailleurs); c'est-à-dire que *pratiquement*, il est à peu près secondaire de rechercher l'amélioration idéale du produit.

Pratiquement, en conséquence, le médecin affirme que le MONOPOLE de la rectification est une mesure inutile. Ce n'est pas dans ce sens que les médecins réclament l'ingérence de l'Etat. Bien plus, ils la considéreraient comme dangereuse, puisque, encouragés à la consommation A. G. D. G., les buveurs ne manqueraient pas de joindre la quantité à la qualité; c'est-à-dire de faire coup double sur leur santé; ce qui va à l'encontre même du but proposé. (Lisez, au sujet du monopole, l'article du docteur Camescasse, dans le *Journal des praticiens*, du 2 janv. 1897.)

Pour obtenir mieux, ou du moins tout autre chose qu'un alcoolisme même garanti, il faut, avec Antheaume, et avec tous les convaincus, demander à la prophylaxie d'Etat toutes les mesures capables de diminuer la consommation de l'alcool; « de l'alcool, d'autant plus qu'il a un degré plus élevé (Concl. XII). » Ces mesures seront : « I. le dégrèvement des boissons alcooliques faibles, et des boissons aromatiques ; II. l'augmentation de l'impôt proportionnel au degré de concentration; III. la suppression des bouilleurs de cru; IV. la répression sévère de la fraude; V. la réglementation des débits de boissons (Concl. XIII). »

Voici la *théorie* de la PROPHYLAXIE D'ETAT; voyons ce que les médecins ont pu en faire passer dans la *pratique*.

Ces divers considérants (monopole, dégrèvement, impôts, bouilleurs de cru, répression de la fraude, réglementation) ne sont guère d'ordre médical. Ils le deviennent toutefois dans une certaine mesure, puisque certains d'entre nous se trouvent chargés d'un mandat public (sénateurs, députés, quelquefois ministres), et puisque parmi les nôtres, se recrutent un grand nombre de maires, d'adjoints, de conseillers municipaux des villes et des communes. Ce que les médecins mandataires publics, ou officiers ministériels, ont fait en faveur de quelques-uns des modes prophylactiques sus-mentionnés, est à prendre en considération. Chacun connaît la réglementation des débits, la loi de répression de l'ivresse, et chacun déplore que les efforts de philanthropes comme Lunier, comme Roussel, n'aient pas été mieux secondés par des pouvoirs publics trop longtemps inertes. Nous savons qu'au Sénat, L. Labbé et Cornil (discussion sur le régime des boissons, 1896), qu'à la Chambre, Lannelongue (1897) ont parlé nettement et éloquemment sur le *régime des boissons*. De nos jours, c'est à un médecin, le docteur Vaillant, qu'est dû le projet de l'interdiction de la vente des absinthes, des boissons déclarées toxiques par l'Académie de médecine.

En avril 1898, le ministre de l'Instruction publique ayant à demander un rapport sur le moyen de combattre l'alcoolisme dans les écoles, sur 23 commissaires, il y eut 8 médecins (docteurs Bergeron, Galtier-Boissière, Lancereaux, Lannelongue, Legrain, Magnan, Philbert et Roubinowitch).

En 1899, pour la proposition de loi relative à la réglementation des débits de boissons, du sénateur Siegfried, le docteur Philbert fut compris au nombre des 9 membres de la commission nommée à cet effet.

On voit que pour insuffisamment encore qu'elle ait été comprise dans ces questions d'hygiène nationale pures, l'importance des avis médicaux se fait cependant jour peu à peu.

Les médecins ne seraient pas moins autorisés à intervenir en ce qui concerne la répression de la fraude, et notamment la suppression des bouilleurs de cru. Voyez ce qu'en donne à penser Joffroy, dans son article de la *Gazette des hôpitaux*, 5 décembre 1896, où il signale l'injustice criante, ce véritable vol par *inégalité devant l'impôt*; ce qu'en dit Laborde dans des articles successifs de la *Tribune médicale*, où il signale les dangers de la rectification insuffisante par les empoisonneurs familiaux, communaux, régionaux,

non patentés. Voyez encore la conférence récente de Jacquet à Rouen (mai 1901).

Je reviens sur la réglementation des débits pour signaler aux confrères ceints de l'écharpe municipale l'exemple du docteur Augagneur, maire de Lyon, qui a fait revivre dans cette ville un certain article 9 de la funeste loi du 17 juillet 1880. Cette loi « scélérate », qui permet à tout venant d'ouvrir un débit de boissons, donne cependant aux maires, après avis des conseils municipaux, le droit de déterminer les distances auxquelles les cafés et débits ne pourront être établis autour des édifices du culte, des cimetières, des écoles primaires, collèges, et des établissements d'instruction publique, etc. Avec Augagneur, tous les médecins qui le pourront, devront éviter en premier lieu aux hôpitaux et hospices le contact des comptoirs où le vulnéraire et les cordiaux remontent blessés et fiévreux, consolent les familles, régalent les infirmiers et fêtent les convalescents, sans nul doute, mais où, plus sûrement encore, on détruit en quelques minutes ce que nous venons à peine de réparer.

B. La lutte par la propagande privée. — Les médecins ont dû vite reconnaître que leur action sur l'État, et que l'action de l'État sur l'alcoolisme par les mesures sus dites étaient de peu d'importance dans la lutte et ne représentaient en réalité qu'un élément très accessoire. Aussi ont-ils substitué à l'arsenal officiel préhistorique, simple épouvantail de parade, un armement tout moderne qu'ils prennent à cœur de perfectionner : *la propagande privée antialcoolique*: et nous apprenons, depuis lors, de plus en plus, à ne compter que sur nous-mêmes.

Avant 1895, cette idée de faire intervenir l'initiative privée contre l'alcoolisme était toujours restée à l'état d'utopie. Dans ces six dernières années, l'idée a été mise à exécution, un peu de tous côtés, chaque jour davantage; et si, malheureusement, il faut reconnaître tout de suite que les médecins ne forment pas le groupe de combattants le plus imposant, il n'est que juste d'établir qu'ils ont cependant formé l'avant-garde, et que parmi eux se sont recrutés, et se recrutent encore, les chefs les plus ardents, les plus convaincus, comme aussi les plus autorisés.

Propagande intermédicale. — Faire partager leur conviction à la masse de leurs concitoyens, tel est le but des médecins propagandistes; et pour augmenter sans cesse la surface d'action sur le public, ils cherchent à recruter parmi leur confrères le plus grand nombre possible de disciples et d'apôtres. Pour cela il faut vulgariser dans le monde médical les notions antialcooliques.

Une condition majeure de réussite serait d'agir de façon précoce, et il y aurait lieu de constituer, dès l'entrée à l'école, l'enseignement antialcoolique tel que le propose Ruyssen. Mais là, déjà, l'initiative privée nous a valu les remarquables leçons de Debove en 1898, qui, reproduites *in extenso* par la *Presse médicale* (16 et 19 nov. 1898), ont porté à la connaissance des étudiants la notion fondamentale des méfaits du toxique alcool, et le sentiment précis du devoir à accomplir : « Vous serez médecins, vous vous répandrez par toute la France, vous agirez sur la santé publique et même sur la santé morale par vos prescriptions et vos conseils. Si, bien convaincus du danger que je me suis efforcé de vous montrer, vous prêchez la sobriété par vos paroles et par vos actes, vous pouvez contribuer puissamment à changer l'opinion publique, et à sauver ce pays auquel l'alcoolisme fait courir le plus grand danger qu'il ait jamais couru. »

A côté des cours magistraux, il y a ces causeries quotidiennes de chef à élèves, incessamment renouvelables au cours de l'observation clinique, et qui sont le thème favori de certains maîtres.

Verba volant, scripta manent, dit le proverbe, mais, parmi tous les moyens de propagande, celui-là a le plus de chance de réussir qui peut combiner les deux ordres d'influences : la *parole*, qui, s'imprimant, devient l'*écrit*. Les médecins ont, pour parler, des tribunes élevées qui sont les sociétés savantes, où s'impriment, dans des bulletins hebdomadaires, les discussions scientifiques ou pratiques.

A la Société médicale des hôpitaux, grâce à Legendre, la question de l'alcoolisme fut mise à l'ordre du jour, et les travaux de la commission nommée à ce propos, furent sanctionnés par le magnifique rapport de Jacquet (1899), véritable réquisitoire contre l'alcoolisme, qui fut répandu par des tirages à part, inséré dans la *Presse médicale*, et imprimé dans divers bulletins de sociétés de tempérance.

Dans la plupart des grandes villes des sociétés médicales publient aussi des bulletins, et l'alcoolisme y a été maintes fois attaqué.

La Société d'anthropologie a mis à plusieurs reprises la question à l'ordre du jour. Je signale, notamment, une conférence de Capitan, à propos de l'*Alcoolisme dans la société bourgeoise*, publiée dans les comptes-rendus de la Société de 1896.

Dominant toutes les assemblées médicales en importance, par la complexité même des éléments qui la composent, et surtout par la portée et le retentissement de ses discussions dans tous les milieux, grâce aux comptes-rendus de la grande presse, se tient l'Académie de médecine dont quelques échos vont se répercuter parfois à l'Académie des sciences. A l'Académie de médecine se sont fait entendre dès la première heure les appels d'alarme par les voix autorisées de Bergeron, de Lunier, de Roussel (1871-72).

Depuis, toutes les grandes questions concernant l'alcoolisme y ont été remuées, et parfois vivement discutées, notamment celle de la prophylaxie par l'étude de la toxicité des eaux-de-vie (Motet, Daremberg, Colin, Laborde et Bergeron, Rochard et Lagneau, 1896). De même à l'Académie des sciences (Riche, 1896, Picaud, 1897). Puis, ce fut aux deux Académies, l'exposé des recherches de Gréhant et de Nicloux, sur l'injection veineuse, et sur la rapidité et sur les modes d'élimination de l'alcool. Enfin, l'Académie a eu la primeur de tous les éminents travaux cliniques de Lancereaux, parmi lesquels je signale ces deux questions vitales pour notre pays : l'*Alcoolisme et la croissance de l'enfant* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 13 octobre 1896), et, par le même organe, l'*Étude des effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme, et leur influence prédisposante sur la tuberculose*; *progrès croissants de la consommation des boissons avec essences, et nécessité d'en interdire le débit* (1895). A six ans de distance (1901), ce texte presque identique revient, dans le rapport actuel de Laborde, à propos du projet de loi de Vaillant.

Propagande intermédicale par la presse. — Mais c'est plus encore par la diffusion des idées et des faits par l'intermédiaire du journal que les médecins ont donné son maximum d'extension à la question de la lutte antialcoolique. Apparaissant à peine, naguère, de-ci de-là dans nos journaux, comme écho des grandes discussions des milieux

scientifiques, les articles sur l'alcoolisme se sont à tel point multipliés aujourd'hui qu'il n'y a pas de semaine où l'une de nos grandes feuilles médicales n'en renferme au moins un, et quelques-unes d'entre elles se sont attachées à cette œuvre, au point de lui consacrer à demeure un chapitre spécial, une chronique de l'alcool. Avec Laborde, la *Tribune médicale* est, pour ainsi dire, à l'avant-garde ; son zélé directeur abordant tour à tour toutes les questions d'actualité en alcoolisme, scientifique, économique, social et politique. Donner une idée même approximative du travail accompli est chose impossible ; il faut parcourir la collection, et voir comment, aidée de précieuses collaborations, telles que celle de Baratier de Jeugny, parmi tant d'autres, cette vaillante feuille attaque l'ennemi à coups redoublés. Avec la *Tribune*, ses dignes sœurs, la *Presse médicale* et la *Médecine moderne*, l'une avec de Lavarenne, l'autre avec Capitan, le *Journal de Lucas-Championnière*, avec son éminent rédacteur, font continuellement, avec un courage inlassable, et avec la plus forte conviction, guerre aux abus de l'éthyle. Tel encore le *Bulletin médical*, avec le docteur Noël. La *Gazette des hôpitaux* n'a pas hésité à consacrer quelques-uns de ses numéros entiers à cette question. Dans le *Progrès médical*, dans le *Journal des praticiens*, dans chacun de nos périodiques, d'ailleurs, tout médecin trouve l'accueil le plus favorable à la propagande antialcoolique. Je signale un article important de Courtois-Suffit, dans les *Archives générales de médecine*, qui a déjà donné, il y a un an à peine, un large aperçu du travail accompli.

Je ne saurais passer sous silence la part de divers journaux mensuels, qui, pour moins classiques que les précédents, ne font pas moins campagne active contre l'alcool. Sous le pseudonyme du docteur Eifer, chacun de nous a pu lire dans le *Correspondant médical* toute une série d'articles remarquablement documentés sur l'alcoolisme, et pour l'antialcoolisme; comme aussi sous la signature de Félix Regnault.

En province, on a, proportionnellement, abattu plus de besogne encore qu'ici, et il faut en faire honneur à de vaillantes directions locales, comme celles de la *Normandie médicale*, de l'*Écho médical du Nord*, de l'*Echo médical de Lyon*, de *Nantes*, *Écho médical des Cévennes*, *Dauphiné médical*, et tant d'autres encore, dont nous signalerons les efforts en lieu et place.

Littérature médicale destinée au public. — Dans toutes les manifestations parlées ou écrites de la pensée antialcoolique, la préoccupation constante est d'abandonner le terrain ardu de la théorie, et de fixer l'attention sur les particularités de la pratique ; ainsi, sans ôter aux faits relatés de leur valeur, au point de vue médical, les adapte-t-on mieux aux besoins de la propagande vers le grand public, qui est toujours, en dernier lieu, le but à atteindre. A ce titre précieux d'intermédiaires entre les médecins et le public, interviennent des revues hebdomadaires et mensuelles, communes au public médical et au public des lettrés et des savants, comme les *Annales de l'Institut Pasteur*, de Duclaux, comme la *Revue scientifique*, de Ch. Richet, comme la *Revue d'hygiène*, où Vallin, Richard, et tant d'autres notabilités médicales publient ou accueillent des articles d'antialcoolisme.

Plus près encore du grand public, c'est la *Revue de Paris*, avec un article de Duclaux contre le monopole (juin 1896) ; c'est la *Revue des Deux Mondes*, dans laquelle Dastre expose, un peu trop ironiquement, à mon avis, l'état de la question alcoolique en 1899.

Je voudrais ici pouvoir faire connaître le parti que les nôtres ont su tirer, et tirent encore de la grande presse, et des journaux politiques, en faveur de la propagande antialcoolique. Est-ce faute réelle de données ? est-ce inhabileté de ma part à les savoir recueillir ? Je manque totalement de documentation sur ce chapitre.

Pour répandre les saines notions d'hygiène antialcoolique, il s'est ainsi créé une bibliothèque propagandiste, médico-populaire, ou qui, du moins, devrait l'être.

Voici, un peu au hasard des dernières années, les opuscules, brochures, ouvrages, parus en France. Je remonte loin à dessein, pour signaler à tous l'admirable rapport de Bergeron, écrit en 1871. Voyant bien au delà de l'horizon borné de ses contemporains, ce grand penseur n'hésite pas à attribuer l'effondrement moral, la chute du pays, la débâcle des groupements sociaux à l'action néfaste de l'alcoolisme, et, donnant à méditer aux sociologues futurs, il n'hésite pas à faire de la Révolution de mars « une crise d'alcoolisme aigu ». Lunier, un des grands précurseurs, écrit une brochure sur les sociétés de tempérance. Puis, ce sont, dans les vingt années qui suivent : *L'alcoolisme des campagnes* (Devoisins), *Alcoolisme et ivrognerie* (John Lemoine), *Alcool et alcoolisme* (Daviller) ; toutes vraies brochures de propagande, qui parlent au nom de la Ligue nationale anti-alcoolique. Combien parmi les thèses que j'ai citées, et tant d'autres, forcément oubliées, devraient se répandre au plus grand profit du public. Ne serait-il pas à souhaiter qu'il passât à la connaissance de tous, cet article de Plicque sur le *Droit des tuberculeux* ? Notre collègue propose de frapper d'une surtaxe de 0 fr. 10 le litre d'alcool, ce qui produirait un chiffre de millions annuels destinés aux œuvres anti-tuberculeuses. Ce droit aurait cet avantage de passer inaperçu du consommateur par sa modicité apparente ; cet autre avantage d'être accepté en faveur d'une œuvre humanitaire, et encore celui, non moins grand, d'associer dans l'esprit du public ces deux faits dans un rapport direct de cause à effet, tuberculose et alcoolisme : celle-là venant de celui-ci.

Et puis viennent toutes ces brochures, ces manuels, ces ouvrages de vulgarisation, véritables éléments de sociologie pour l'éducation de la démocratie contemporaine : toute cette collection due à la plume si autorisée de Legrain : *Hérédité et alcoolisme* ; *Dégénérescence sociale et alcoolisme* ; son *Traité de l'alcoolisme au point de vue physique, intellectuel, moral*, puis au point de vue social, le petit manuel de Mathieu et Sérieux ; celui de Laborde, destiné aux enfants des écoles, le manuel de Galtier-Boissière. Plus récemment, dans la bibliothèque de la Revue générale des sciences, Triboulet et Mathieu ont écrit l'*Alcool et l'alcoolisme*, « compendium à l'usage des gens instruits qu'intéresse la question de l'alcoolisme, et qui veulent pratiquer et prêcher la tempérance, en connaissance de cause, c'est-à-dire en s'attachant aux faits. » Dans la collection Léauté, R. Romme a publié un ouvrage merveilleusement approprié aux besoins de l'éducation du public, l'*Alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France*.

Mettre les éléments de la question anti-alcoolique à la portée du grand public, est faire œuvre de propagande si utile qu'on doit estimer — comme influence heureuse — à l'égal des plus beaux livres scientifiques, les ouvrages où quelques-uns des nôtres ont su, sous la forme du roman, par exemple, joindre l'utile à l'agréable, pour le bénéfice du plus grand nombre. Notre confrère, F. Decourt (de

Mitry-Mory), a publié, en 1900, dans la collection Picard, un roman, *Jean Desnoyers* (1), dans lequel la question anti-alcoolique est abordée sous tous ses aspects, même théoriques, et mis à la portée des jeunes sujets, et des travailleurs des campagnes et des petites villes auxquels il est destiné, et mis aussi à la portée de bien d'autres. Ce n'est pas, comme le dit trop modestement l'auteur, une petite pierre apportée à l'édifice, mais bien une des pierres angulaires du monument anti-alcoolique, lequel doit donner tout d'abord abri à notre avenir — aux enfants. Et puis c'est, cette année même, la *Source fatale* (2), d'André Couvreur, roman de nom et de forme, mais au fond, ouvrage scientifique, de haute portée philanthropique, qui ferait honneur à plus d'un sociologue, aussi bien qu'à nos littérateurs les plus en vue.

La lutte par la propagande privée *à l'aide des médecins*. — La propagande médicale écrite ne suffit pas aux hommes d'action qui la considèrent toujours comme quelque peu « platonique ». Pour ces actifs, la devise est : *non scripta, sed acta.*

Il y a *action* quand, en face du grand public, le médecin, pour affirmer sa conviction, vient payer de sa personne sur le champ de bataille, et proclame nettement sa profession de foi anti-alcoolique.

Une des premières parmi les manifestations de ce genre, c'est l'union dans un but de lutte plus efficace en commun. Il faut lire le petit ouvrage de Lunier sur l'*Origine et la propagation des sociétés de tempérance*, pour voir ce qu'on doit en ce sens au médecin. C'est à cet homme éminent que nous devons la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dite aussi Société française de tempérance, à la fondation de laquelle, en 1872, se rattachent les grands noms de Bergeron, de Th. Roussel, de Motet. Actuellement, en 1901, elle a, comme président, le docteur Gouraud, comme vice-présidents, les docteurs Audigé et Jacquet; comme secrétaire général, de longue date déjà, le si dévoué et actif docteur Philbert; comme secrétaire général adjoint, le docteur Rœser, et comme bibliothécaire archiviste, le docteur Cruet. La Société française de tempérance comprend, à l'heure présente, environ 70 médecins parmi ses membres. Elle tient ses séances chaque mois à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente ; elle a un bulletin mensuel édité chez Asselin, au prix de 0 fr. 25 (2 francs par an), donnant le procès-verbal des séances, et publiant des articles variés, souvent d'origine médicale.

Beaucoup plus jeune que la précédente, s'inspirant des mêmes principes généraux (abstinence partielle), s'est fondée en 1895, l'Union française anti-alcoolique [Laborde, président d'honneur] (Société contre l'usage des boissons spiritueuses), présidée par l'infatigable et ubiquiste Legrain, secondé par l'actif secrétaire général Boissier. Elle comprend environ 200 médecins adhérents, et par des sociétés-filles (sections cadettes), rayonne aujourd'hui, non encore malheureusement dans toute la France, mais dans bien des régions. Elle a son siège social, 5, rue de Latran ; les réunions sont mensuelles. Elle a pour organe un journal, l'*Alcool*, qui paraît chaque mois. Abonnement, 1 fr. 50 par an.

En 1896, le docteur Roubinowitch fondait l'Association de la jeunesse française tempérante, sur le principe de l'abstinence de l'alcool.

En 1898, grâce à l'importante collaboration du docteur Lancry, se fondait la Société de tempérance Saint-Maurice, sur le principe d'abstinence partielle.

Je n'ai pas de données précises sur la participation du corps médical aux sociétés d'abstinence totale, et, en particulier, à la plus importante d'entre elles, celle de la Croix-Bleue, mais, à coup sûr, elle comprend un certain nombre de médecins français.

Si vous ignorez ce qu'un médecin peut faire, au moyen de sa bonne volonté, sur les volontés hésitantes qui l'entourent, lisez la brochure du docteur Chaudet, de Saint-Jammes (Sarthe), intitulée : *Pourquoi entrer dans une société de tempérance*? (Le Mans, 1901.) « Il ne suffit pas de parler, il faut agir; il ne suffit pas de décrire une maladie, il faut en indiquer, en préciser les remèdes. A ceux qui, convaincus de la réalité et de l'imminence du péril, se disent : que faut-il faire? Je réponds carrément : Abstenez-vous entièrement d'alcool, et *entrez dans une société de tempérance.* » C'est le seul moyen d'engager la lutte contre l'alcoolisme dans une voie réellement pratique et efficace. Ce qui importe, nous dit le docteur Bargy (th. Paris, 1897) c'est, avant tout, de moraliser le malade, et notre confrère réclame, dans ce but, *des sociétés de propagande pratique*.

Ce vœu s'est déjà réalisé, et plus que beaucoup d'entre nous ne le soupçonnent. Que ne pouvons-nous, grâce à un journal dont la collection serait comme le livre d'or de l'anti-alcoolisme médical, fournir un chiffre même approximatif du nombre des centres d'agitation anti-alcooliques médicaux en France, et donner, en même temps, une appréciation du travail déjà accompli! Trop confinés dans notre existence parisienne, ignorant souvent ce que pense, dit, ou fait notre voisin, à plus forte raison ignorons-nous ce qui se passe un peu plus loin de nous. Et pourtant, le corps médical français agit contre l'alcoolisme, plus que notre centre, en dehors de toute proportion. Il agit, par l'association (groupements régionaux), et par des œuvres, dont quelques-unes devront nous servir de modèles.

Faisons, bien trop rapide à mon gré, notre tour de France anti-alcoolique. Je suis naturellement réduit à ma faible documentation, mais je vois déjà bien des résultats, et bien des promesses.

Voici, dans nos contrées de l'Ouest, intoxiquées au maximum, une réaction d'autant plus énergique : lisez le manifeste anti-alcoolique des médecins du Finistère, celui des médecins du Calvados, terrifiés de ce que leur chef-lieu donne, en 1900, un total de 1574 décès pour 893 naissances ! Dans toute la Seine-Inférieure, au Havre (Sorel), à Rouen (Brunon), docteur Pierre (de Quevilly), etc., on réagit vigoureusement. Dans la région du Nord, c'est Faidherbe à Roubaix, Lancry à Dunkerque, Folet à Lille, et puis Lecomte à Saint-Quentin, Oudaille à Fresnoy-le-Grand, Colleville et Henrot à Reims. L'Est paraît de moindre activité, sur la frontière, là où on devrait le plus agir. Signalons cependant Alison (de Baccarat), et, plus bas, dans le pays de l'absinthe, nos confrères Baigue, Gaudron, Heitz, à Besançon mènent campagne active. Au Sud-Est, à Lyon, à Grenoble, nous connaissons ce que savent faire des hommes comme Augagneur, Flandrin. A Marseille, s'est fondée récemment une union médicale antialcoolique, sous la presidence de Boy-Teissier. A Nîmes, sous l'impulsion de Reboul, la société du Gard s'est affirmée par une profession de foi éclatante de conviction patriotique et humanitaire.

(1) F. Decourt. *Jean Desnoyers*, Paris 1900.
(2) A. Couvreur. *La source fatale*, Paris 1901.

Il en va de même dans l'Hérault. Au Sud-Ouest, à Bayonne, le docteur Delvaille a organisé des conférences et fondé une bibliothèque anti-alcoolique. A Bordeaux, comme il convient à un grand centre vinicole, fier de la haute valeur de ses produits, on pourchasse l'alcool et nous verrons par quels moyens éminemment pratiques.

Passons-nous à l'intérieur du pays, nous retrouvons Chaudet, Baret, dans la Sarthe, Barthès en Eure-et-Loir, Good, à La Motte-Saint-Héray, dans les Deux-Sèvres, où il évangélise par des conférences magistrales (conférence récente à l'école de Saint-Maixent), Bargy, dans l'Allier. Puis, se rapprochant de Paris, c'est au Sud, le Loiret, avec un vibrant manifeste anti-alcoolique médical, puis au Nord, Compiègne, avec sa société que préside le docteur Chevallier, entouré des docteurs Milet, Lemaire, Wurtz et Théry; c'est, enfin, encerclant la capitale, pour ainsi dire, Versailles, avec nos ardents confrères Rist et Christen, et puis en Seine-et-Marne, la vaillante petite ligue de Lagny, avec Naudier et Fuchs, et la ligue de Fontainebleau, avec le docteur Lapeyre. A considérer que ces groupements, et tant d'autres que, malheureusement j'omets de nommer, par ignorance, sont l'œuvre des trois ou quatre dernières années, il y a lieu d'estimer que l'action médicale antialcoolique marche bien réellement à une certaine allure.

Nos confrères de l'armée et de la marine sont, dans la lutte contre l'alcoolisme, de précieux aides. Il y aurait lieu, à mon avis, de demander à une plume autorisée tout un travail sur ce sujet. Ce que nous pouvons dire, c'est que ceux que leur situation a placés dans les plus hauts rangs de la hiérarchie militaire ou scientifique, se sont, des premiers, mêlés au mouvement anti-alcoolique, et, dans les sociétés, dans les congrès, on retrouve leurs noms, là, comme ailleurs, au poste d'honneur.

La littérature antialcoolique doit à M. le docteur Richard, médecin-inspecteur, professeur au Val-de-Grâce, de nombreux articles insérés dans la *Revue d'hygiène*. Ce même savant a publié un travail important sur les *Sociétés de tempérance à l'étranger*. Il a été tout récemment délégué par le ministère de la Guerre au Congrès de Vienne (1901), et y a fait un exposé *des mesures prises en France, dans l'armée, pour combattre l'alcoolisme*. Rappellerai-je, à propos de ces mêmes mesures, le rôle de M. le docteur Dieu, médecin-inspecteur, directeur du service de santé au ministère de la Guerre?

A tous les degrés de la hiérarchie, nos confrères peuvent et font beaucoup. Plus gênés que nous dans leurs évolutions, limités parfois dans l'action, ils ont, cependant, engagé la lutte de divers côtés. Ne savons-nous pas que, d'ordinaire, dans les garnisons, ils sont les précieux conseillers, et toujours les aides dévoués des chefs de corps, pour tout ce qui concerne l'hygiène, et, notamment, l'anti-alcoolisme?

Aux efforts réunis des hautes personnalités de la médecine militaire, et d'une société civile, l'Union française anti-alcoolique, nous devons un des gros évènements contemporains, la circulaire de Galliffet, confirmée et affirmée nettement par son successeur. Et bien qu'un agrégé, un civil, puissant ministre, n'ait que mollement suivi le mouvement, on peut rapporter tout à l'honneur du rôle des médecins dans la lutte, cette première grande victoire collective contre l'alcoolisme.

Congrès antialcooliques. — Parmi les manifestations de l'activité médicale se place encore au premier rang la participation des nôtres aux grands congrès internationaux, dont le huitième vient d'avoir lieu à Vienne. Je ne remonterai pas aux premiers; mais le cinquième, celui de Bâle, et le sixième, celui de Bruxelles, ont été déjà mis à notre connaissance d'une façon assez détaillée par les journaux médicaux. Celui de Vienne n'appartient pas encore réellement à l'histoire : il est trop récent, et n'est pas connu encore dans tous ses détails. Legrain vient d'en donner, toutefois, un compte-rendu important dans la *Presse médicale* du 4 mai 1901. Le septième congrès, tenu à Paris, en avril 1899, peut nous servir de criterium assez exact pour juger de la part prise au mouvement par le corps médical.

Sur 700 membres inscrits, je relève le nom de 110 médecins français. En outre d'allocutions diverses du président, docteur Legrain, et du secrétaire général, Boissier, soit à l'ouverture du Congrès, soit au cours des séances, nous avons à citer maints rapports médicaux (1).

J'y trouve, au point de vue scientifique, un exposé de Gley *sur l'action physiologique de l'alcool*, puis, comme chapitre d'hygiène, le rapport de Henrot (de Reims), *sur la nécessité de la surveillance hygiénique des boissons alcooliques*; et comme donnée sociale, le travail du docteur Barthès, médecin inspecteur du service des Enfants-Assistés d'Eure-et-Loir, *sur les rapports de l'alcoolisme et de la criminalité*.

A titre plus spécialement propagandiste, c'est, en hygiène, le rapport du professeur Tissié et de Léostage, interne de Bordeaux, *sur l'interdiction de l'alcool dans l'éducation physique, dans les sports et dans le tourisme*. C'est, en étiologie, le rapport de Baratier (de Jeugny), *sur l'alcoolisme dans les milieux ruraux*; de Brunon (de Rouen), le brillant et triste, mais vivant récit de l'*alcoolisme ouvrier en Normandie*; puis vient l'*Histoire de la lutte dans les hôpitaux de Paris*, par Le Gendre. Tout est dit ou envisagé dans cet éminent exposé, et nous savons comment notre collègue poursuit pratiquement son active campagne anti-alcoolique par la diffusion des avis imprimés dont nous reparlerons. Encore, au cœur du sujet, le remarquable rapport de J. Noir sur le *Rôle des médecins des bureaux de bienfaisance*, avec un aperçu précis des mesures phophylactiques à prendre dans les milieux pauvres urbains, et, en guise de conclusions, une série de moyens d'action aussi moraux que pratiques. Le docteur Oudaille (de Fresnoy-le-Grand), envisage enfin *le rôle de la grande presse dans la lutte antialcoolique*, lui montre avec énergie ses erreurs, et lui indique dignement la voie à suivre.

A tous ces travaux de nos nationaux au septième Congrès, quel plaisir il y aurait à ajouter tous ceux de langue française émanés de nos confrères de Suisse, de Belgique, de Roumanie, etc. Rappellerai-je les noms de Forel, de de Vaucleroy, de Thiron, et encore, par une sympathie qui va à l'homme autant qu'au médecin, le nom du docteur Bienfait (de Liège), dont chacun de nous doit tenir comme articles de foi, l'un scientifique, le chapitre des *préjugés en faveur de l'alcool*, l'autre social, *le rôle du médecin dans la lutte contre l'alcool*.

Conférences. Avis. Imprimés. — Pour ceux qui savent suivre le mouvement antialcoolique actuel, c'est une joie réelle

(1) Par les soins assidus de Legrain et de Boissier, les comptes rendus de ce Congrès ont été réunis en deux tomes qui forment, à l'heure actuelle, un des plus précieux documents, un dépôt d'archives incomparables sur la question antialcoolique (Paris, U. F. A., 5, rue de Latran, ou chez Couestant, imprimeurs, 1, rue des Capucines, à Cahors).

que de reconnaître la part considérable prise par le corps médical pour la propagation efficace de l'alcoolisme. Isolément, parfois, et, le plus souvent, réunis en sociétés, les médecins travaillent efficacement, en répandant à profusion les idées et les conseils, et mieux encore, en servant de guides aux bonnes volontés et aux œuvres antialcooliques.

Pour semer les idées et les conseils les médecins se servent de deux moyens : la conférence, et la parole écrite (sous forme d'avis, d'imprimés, etc.); il leur est, d'ailleurs, familier d'associer cette double influence.

Les grandes associations de tempérance, dont le centre est à Paris, avec le concours de Bergeron et de Motet, les chefs disparus d'hier, avec Boissier, Jacquet, Laborde, Legrain, Oudaille, Poitou-Duplessis, Roubinowitch, Roché, etc., rivalisent avec les conférenciers non médecins pour porter dans tous les milieux l'enseignement anti-alcoolique (milieux scolaires, élèves, instituteurs, milieux ouvriers, milieux bourgeois, armée, clergé, malades des hôpitaux, des hospices, sujets des prisons, etc.). Sait-on assez que, près de nous, le docteur Bourrillon, directeur de l'Asile national de Vincennes, a établi, pour les convalescents, des conférences de quinzaine, ce qui permet de faire entendre deux fois par mois la bonne parole à 5 ou 600 sujets, dont bon nombre, victimes directes ou indirectes de l'alcoolisation passée, présente, ou futures ?

Les conférences dont je parle s'accompagnent très souvent de projections scientifico-médicales, et sont suivies, d'ordinaire, d'une distribution d'avis imprimés, de tracts, etc. C'est, en effet, un moyen d'action de premier ordre que la dissémination de ces *Avis* dont Le Gendre nous a donné plusieurs formules, dont moi-même j'ai composé un spécimen, et qui nous permettent à tous de répandre à profusion chez les malades les avertissements les plus simples, et les plus typiques à la fois, contre l'alcoolisation inconsciente des adultes, hommes et femmes, et des enfants.

Il y aurait vraiment lieu de donner suite à la proposition faite par Fernet à l'Académie, de joindre l'*alcoolisme* à la liste des maladies aiguës et chroniques, inscrites comme causes de la mortalité dans les bulletins statistiques hebdomadaires de la ville de Paris. Ce serait un moyen simple, et assurément très efficace, d'attirer l'attention du public sur les méfaits de son toxique quotidien.

Dans le même but de propagande, de lutte contre l'alcoolisme par l'impression visuelle, il faut citer les dessins sur verre, destinés aux projections (collection Legrain; collection Galtier-Boissière). Aux mêmes collections, se rattachent des tableaux muraux, des affiches imprimées, ou avec dessins en couleur, des bons points anti-alcooliques, etc., et nous devons à Courtois-Suffit une Revue de la *Gazette des hôpitaux* (7 août 1900) entièrement consacrée à un exposé de la *Lutte antialcoolique par l'image*.

Ce moyen d'action est, comme on le sait, un de ceux sur lesquels certains médecins fondent le plus d'espérance. Nombre de gens, nous dit le professeur Folet (de Lille), deviennent alcooliques par la suggestion de la *réclame pour* — c'est à nous de les suggestionner en sens inverse par la *réclame contre* — et le savant chirurgien déploie en faveur de son idée toute son énergie d'apôtre hautement convaincu (propagande par l'affichage sous tous ses modes).

Parler, écrire, dessiner, afficher, c'est bien, sans nul doute ; c'est agir certainement ; mais rien ne vaut comme efficacité, l'exemple et la mise en pratique immédiate des principes qu'on proclame.

ANTIALCOOLISME PAR L'EXEMPLE. — L'exemple est donné par beaucoup d'entre nous. C'est devenu un thème de plaisanterie facile que les médecins, comme les méchants, sont buveurs d'eau. Nos dîners de corporation sont réputés à ce point de vue de sobriété. On dit même que certaines salles de garde se convertissent, et bannissent volontiers les séculaires *manifestations*. Si les étudiants ne sont pas encore inscrits en grand nombre dans les sociétés de tempérance, il est bon de rappeler que quelques-uns d'entre eux, docteurs aujourd'hui, ont fait campagne anti-alcoolique, dès l'internat (Roux, Armand-Delille, Delmont-Bebet à Paris, Leostage à Bordeaux, et bien d'autres avec eux, j'en suis sûr.

Il en résulte que le médecin peut parler en connaissance de cause des boissons dans l'hygiène alimentaire. Que beaucoup pensent, avec Mauriac (de Bordeaux), que le bon vin des crus girondins est un aliment-médicament de grande valeur, et que son usage rationnel soit même un des meilleurs moyens de combattre l'alcoolisme industriel (1), il n'en reste pas moins que les boissons alcoolisées à quelque titre que ce soit n'apparaissent plus pour nous comme des éléments *indispensables* de la diététique et de la thérapeutique. On peut le proclamer bien fort, c'est là un immense progrès hygiénique et c'est aux médecins qu'on le doit. Ceux-là AGISSENT vraiment qui mettent le principe en application.

Appliquer ces données de l'hygiène doit devenir la préoccupation constante du médecin. Voici, par exemple, les recherches de Nicloux sur le passage de l'alcool dans le sang de la mère au fœtus, ainsi que dans le lait de la mère — ceci est écrit pour l'Académie des sciences, mais c'est dans le public qu'il faut faire pénétrer la notion. Voyez, antérieurement, Vallin (Acad. de méd., 1896, et *Revue de l'hyg.*, nov. 1896). Plus récemment, le docteur Delobel, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, nous fait connaître, par les faits de son observation, l'*Alcoolisme par l'allaitement* (*Annales de méd. et de chir. infantiles*, 1900), tandis que le docteur Flandrin (de Grenoble) nous fournit le remède à l'empoisonnement *ab ovo*, en nous indiquant le régime par lui appliqué aux nourrices de la clinique obstétricale de Grenoble, régime, eau et lait, accepté presque sans discussion par des femmes jusque-là livrées sans contrôle ni arrêt à l'alcoolisation (*Dauphiné médical*, janv. 1900). Ces données sont confirmées par celles que nous fournit le docteur Guenot (de la Roche-en-Breuil), lui aussi inspecteur des enfants du premier âge, qui veut qu'on applique strictement au régime de la nourrice pour les boissons, les préceptes de Flandrin (de Grenoble) : *Pas de vin et d'alcool, l'eau et le lait seuls permis aux nourrices*; de même par un article récent du docteur Farez.

Notre devoir c'est, de même, en thérapeutique, de limiter l'emploi de l'alcool aux cas exceptionnels qui en sont justiciables. Les médecins ont compris, un peu tard déjà, qu'ils avaient beaucoup à se faire pardonner. N'a-t-on pas vu dans les trente dernières années du XIXe siècle, le corps médical suivre trop volontiers le goût populaire, et prescrire à tout propos l'alcool, alors en pleine vogue : ce que le docteur Baret (de Sillé-le-Guillaume), dans un article du *Journal d'hygiène* attaque vigoureusement et spirituellement sous le titre d'*alcoolotrie*. De ce culte, pharmaciens et médecins se sont faits complaisamment les desservants; eh bien! il s'agit de brûler ce que nous avons adoré. Jacquet, dans

(1) MAURIAC. *La défense du vin*, Paris 1901.

son rapport de 1899, à la Société médicale des hôpitaux, combat sévèrement l'alcoolisation médicamenteuse contemporaine. Celle-ci, pour le personnel hospitalier (malades et infirmiers, d'ailleurs) aurait, pour 1900, représenté au budget de l'Assistance publique un total de 300000 francs (circulaire récente du secrétaire général).

Fondations antialcooliques. — L'alcool est *exceptionnellement* un médicament, voici ce qu'il faut faire savoir; il n'est *jamais* un aliment, c'est une notion à répandre plus importante encore.

Pour aider l'action morale écrite ou parlée, quelques médecins ont su intervenir dans la lutte par des moyens concrets : ils ont fondé des établissements de tempérance. C'est là un des plus réels titres de gloire des philanthropes actifs de notre profession.

Des premiers, Legrain réalisa chez nous une de ces fondations, nombreuses à l'étranger, *un restaurant de tempérance*. Apprendre aux masses ignorantes, par la pratique et par l'exemple, les notions élémentaires de l'hygiène alimentaire, en un mot, réformer le cabaret, tel fut le projet de notre éminent confrère, aidé de la précieuse collaboration de Mme Legrain (1). Ainsi fut fondé le restaurant de la rue Saint-Bernard, rapidement assez prospère, pour encourager à la création d'établissements similaires. Récemment, à Versailles, nos confrères Rist et Christen ont fondé, eux aussi, un restaurant populaire de tempérance.

Les tentatives de ce genre, peut-être moins brillantes à Paris, ont réussi merveilleusement en certains foyers d'alcoolisation à outrance. J'engage ceux qui doutent de l'anti-alcoolisme à lire, dans la *Province* de mai 1901, l'article de notre collègue Sorel *Sur la lutte antialcoolique au Havre*. Consacrant une grande part de son infatigable activité à l'anti-alcoolisme, aidé dans sa tâche par les docteurs Lausiès et H. Fauvel, Sorel patronne au Havre deux ou trois sociétés de tempérance. « Nous avons, me dit-il, dans ma section, la *Solidarité*, deux réunions par mois. A chaque réunion on organise une conférence, un concert, etc., pour attirer les membres. L'été, nous faisons une partie de campagne, avec déjeuner, etc. » Aussi, comme sanction de cette activité, le Havre possède 4 *restaurants de tempérance*, des *roulottes* de tempérance (soupes, café du matin) sur les quais; une *maison du marin*, et *un cercle*, avec deux salles, pour les militaires. Dans un esprit non moins pratique, vient d'être mis à exécution à Bordeaux, un projet de débits de tempérance. D'après le plan conçu par un comité, présidé par le docteur Lande, auxquels se sont adjoints les docteurs Régis, Chavanaz, de Coquet, et Lamacq, on installe, au fur et à mesure des ressources, des kiosques, placés dans les centres les plus populeux, kiosques de tempérance, où se débitent des boissons hygiéniques (y compris soupes, chocolat, café, etc.), à bon compte.

C'est encore à titre de fondation antialcoolique médicale, prêchant par l'exemple, qu'il faut signaler les asiles pour alcooliques. N'oublions pas qu'à Ville-Evrard, les alcooliques sont, dès leur entrée, sevrés de tout produit, alcoolisé si légèrement qu'on le suppose. Voilà un démenti imposé par des médecins à ceux de leurs confrères, si nombreux encore, qui pensent qu'on ne peut impunément priver un alcoolique de son toxique. L'hygiène diététique sévère est accompagnée d'une action morale incessante par le médecin, et par ses auxiliaires, et ce double traitement est parfois si efficace, qu'on peut citer déjà dans plus d'une société anti-alcoolique des buveurs guéris qui sont devenus les plus ardents apôtres de l'abstinence.

(1) Dr Legrain et Mme Legrain. *La réforme du cabaret et les restaurants de tempérance*, Paris 1901 (U. F. A., 5, rue de Latran).

Voici, en partie du moins, ce qu'on déjà fait, on tenté de faire les médecins contre l'alcoolisme, au physique et au moral. Assurément, je ne puis prétendre à donner une énumération complète des travaux accomplis dans le domaine scientifique, et dans celui de la pratique, par la plume, par la parole, par l'exemple et par les actes. C'est avec un réel regret que, par insuffisance documentaire, il me faut renoncer au plaisir de citer tous ceux qui furent ou qui sont à l'œuvre.

Ma pensée est de montrer simplement, sans critique — ici comme partout plus aisée que l'acte — ce que peuvent provoquer et réaliser les volontes médicales unies. Est-ce à dire que toutes les indications soient fournies, que tous les efforts soient tentés? Ce qui précède permet une appréciation d'ensemble sur le rôle des médecins dans la campagne anti-alcoolique. Ceux d'entre nous qui veulent poursuivre la lutte, pourront conclure très naturellement de ce qu'elle est à ce qu'elle doit être.

PRATIQUE MÉDICALE

Les indications du tannate d'orexine.

M. Laumonnier, dans une intéressante revue critique parue dans les *Nouveaux Remèdes*, résume ainsi les principales indications du tannate d'orexine d'après les travaux de Penzoldt, Hoffmann, Boas, Riegel, Friesen, Reichmann, A. Robin, etc. :

« 1° Dans les affections de l'estomac, dyspepsies, atonie, gastrites catarrhales, et toutes les fois qu'il y a troubles fonctionnels, sans lésions profondes de l'organe. Dès les premières doses et par suite de l'action de l'orexine sur la sécrétion glandulaire et la motilité de l'estomac, on voit disparaître la sensation de pesanteur, les renvois, la fétidité de l'haleine et on constate le retour franc de l'appétit;

2° Dans l'anémie et surtout dans la chlorose, car l'orexine agit, ainsi qu'il a été dit, non seulement comme stomachique et apéritif, mais aussi comme laxatif.

3° Dans la tuberculose au début, où les effets de l'administration de ce médicament sont quelquefois des plus remarquables, car l'augmentation de l'appétit entraîne souvent une augmentation de poids du corps notable et assez persistante. Toutefois l'orexine, comme les dérivés du vanadium, ne donne que des résultats très médiocres ou reste même complètement impuissante dans les formes graves de la tuberculose ainsi que dans les états cachectiques avancés.

4° Enfin dans l'anorexie des convalescences, spécialement chez les enfants, et dans l'inappétence des états nerveux. Cependant le résultat semble ici inconstant, et quand il se produit, bien qu'alors assez durable, ce n'est que par un traitement toujours assez prolongé.

Ajoutons que l'orexine est contre-indiquée dans l'hyperchlorhydrie, l'ulcère de l'estomac, les états hémorragiques et les opérations abdominales récentes (Bolognesi).

L'administration de l'orexine est facile, car ce produit est inodore et à peu près insipide; comme les quelques phénomènes d'intolérance auxquels il donne lieu — sensations de chaleur et de brûlure sur les muqueuses bucco-pharyngienne et stomacale, vomissements, vertiges, etc. — semblent se produire surtout avec l'orexine chlorhydrique. Penzoldt a renoncé à l'emploi de ce produit et se sert aujourd'hui de

préférence d'orexine basique, et son exemple a été suivi. Toutefois, pour les enfants, en raison de la susceptibilité plus grande, il faut employer le tannate d'orexine, qui n'a jamais déterminé aucun phénomène d'intolérance.

Sous l'une ou l'autre forme d'ailleurs, ce médicament doit être pris au début, comme il a été dit précédemment, à doses très faibles, 10 centigrammes par exemple deux heures avant chacun des deux principaux repas. Si cette dose est bien supportée (et dans les affections du cœur et des reins il est souvent bon de s'en tenir là, surtout quand l'appétit tend à reprendre), on peut alors progressivement atteindre la dose normale de 30 à 50 centigrammes, deux fois par jour. Penzoldt et Krünkler recommandent d'avaler, immédiatement après cette dose, 200 à 250 grammes d'un liquide quelconque, de l'eau notamment, mais rien autre, jusqu'au repas. Chez les enfants, la dose du début doit être proportionnée à l'âge, pour contrôler la tolérance, mais on peut ensuite aller sans inconvénient jusqu'à 20 et 30 centigrammes.

On use généralement de cachets, mais on peut parfaitement ingérer directement la poudre d'orexine dans une gorgée d'eau. Il est quelquefois utile de prescrire les capsules ou les pilules à 0g10 d'orexine chacune. Pour les enfants, on recommande les pastilles ou les tablettes chocolatées à 0g25 de tannate d'orexine, qui sont toujours acceptées très volontiers par les malades. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Frison, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Théron, qui terminera le 20 septembre courant deux années de séjour dans ce poste sédentaire.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 35e semaine, 844 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (873) et à la moyenne 930.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution sensible (35 au lieu de 61, 50 et 52). La variole a causé 3 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente. Les cas signalés par les médecins s'élèvent à 25. La rougeole est en décroissance (4 cas au lieu de 24 la semaine dernière). La scarlatine a causé 2 décès. La coqueluche, 6 décès, chiffre identique à la moyenne. La diphtérie 8 décès (la moyenne est 4), 65 cas ont été signalés par les médecins.

La diarrhée infantile a causé 84 décès de 0 à 1 an, chiffre à peu près identique à celui de la semaine précédente (83). La diarrhée a en outre causé le décès de 13 enfants de 1 à 2 ans. Il y a lieu de continuer à prendre pour l'alimentation des jeunes enfants les précautions recommandées par le Conseil d'hygiène.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 84 décès (au lieu de 109 pendant la semaine précédente, et au lieu de 92, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 16 (au lieu de la moyenne 23); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 55 (au lieu de la moyenne 50), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 218 décès; la méningite tuberculeuse, 11 décès; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 34 décès; les maladies organiques du cœur, 51; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 15; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Inauguration des bustes de Chassaignac et Maisonneuve. — L'inauguration solennelle des bustes de Chassaignac et de Maisonneuve aura lieu le jeudi 26 septembre prochain, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le professeur Guyon, de l'Institut, dans les squares de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Le soir, un banquet par souscription aura lieu dans les salons Turcaud, 6, rue Voltaire.

Les adhésions avec le montant des cotisations, 20 francs, devront être adressés à M. le docteur Bellouard, trésorier, 10, rue Boileau, à Nantes, avant le 22 septembre, dernier délai.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Des opérations conservatrices de la trompe, par U. Kahn. Un vol. in-8° avec pl. — Prix : 3 francs. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Polyglycérophosphate Granulé Freyssinge

Contenant par cuillerée à café de sucre granulé 25 centigrammes de glycérophosphate composé (chaux, soude, fer et magnésie). — C'est le meilleur reconstituant à donner aux enfants et aux adolescents anémiques, chlorotiques ou surmenés.

Le flacon, **4** *fr.*, **rue de Rennes, 105, Paris,** et les Pharmacies

ZÔMOTHÉRAPIE



LE ZÔMOL PLASMA MUSCULAIRE (Suc de Viande desséché)

PRÉPARÉ A FROID, renferme les précieux éléments reconstituants de la viande crue. Prescrit dans la ***TUBERCULOSE***, la ***NEURASTHÉNIE***, la ***CHLOROSE***, l'***ANÉMIE***, la ***CONVALESCENCE***, etc.

Trois cuillerées à café de Zômol représentent

LE SUC DE 200 GRAMMES DE VIANDE CRUE.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue; — BÉRAL, 14, rue de la Paix, etc.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

Anciennement GILLARD, P. MONNET et CARTIER

Société anonyme au capital de 6000000 de francs

SIÈGE SOCIAL : **8, quai de Retz, à LYON**

KÉLÈNE

Chlorure d'Éthyle pur

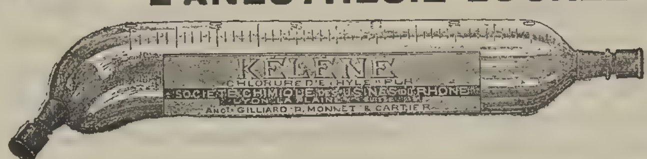
POUR LA

KÉLÉNNARCOSE

ET

L'ANESTHÉSIE LOCALE

Se vend en tubes de métal et de verre pour l'anesthésie locale et en tubes gradués pour l'anesthésie générale.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ACIDES : phénique synthétique, salicylique.

SALICYLATES : de soude, de méthyle, et tous autres dérivés. **Salol, Résorcine, Antipyrine, Hydroquinone, Saccharine, Bleu de méthylène** méd., **Formaldéhyde** 40 p. 100, **Trioxyméthylène**, etc.

NOUVEAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

LACTANINE
(NOUVEL ANTIDIARRHÉIQUE)

PHOSPHOTAL
(PHOSPHITE DE CRÉOSOTE)

GAIACOPHOSPHAL
(PHOSPHITE DE GAIACOL)

DÉPARTEMENT SÉROTHÉRAPIQUE

SÉRUMS : antistreptococcique, antidiphtérique.

PUBLICATIONS ET PROSPECTUS FRANCO SUR DEMANDE

ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des **POUDRES** *de* **VIANDE ADRIAN** *est indiqué.*

AFFECTIONS de l'ESTOMAC

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES à 25 mill. de **QUASSINE AMORPHE.**

GRANULES à 2 mill. de **QUASSINE CRISTALLISÉE.**

Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anti-catarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

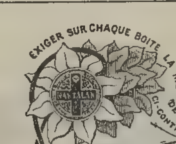
DRAGEES MARIAN

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : ***Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.*** **L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.



NAFTALAN

SEUL PRODUIT NATUREL préconisé par les SOMMITÉS MÉDICALES du MONDE ENTIER

CALMANT, ANTIPHLOGISTIQUE, RÉSOLUTIF, RÉVULSIF, CICATRISANT, ANTISEPTIQUE, ANTIPARASITAIRE.

LE NAFTALAN

N'EST NI TOXIQUE, NI CAUSTIQUE, JAMAIS DANGEREUX

Il guérit rapidement les PRURITS et supprime les DOULEURS

LE NAFTALAN

GUÉRIT LES ULCÈRES VARIQUEUX, Plaies, Furoncles, Flegmons, Engorgement des Ganglions, BRULURES, ENGELURES, CONTUSIONS, FOULURES, ERYSIPÈLES, Névralgies, Rhumatismes

LE NAFTALAN

GUÉRIT LES ECZÉMAS, ERYTHÈMES, HERPÈS, LICHEN, PITYRIASIS, ICHTYOSE et toutes les maladies de la Peau, ainsi que toutes les affections parasitaires

SE TROUVE dans toutes les Bonnes Pharmacies

VENTE EN GROS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU NAFTALAN

PARIS, 70, Faubourg Poissonnière, PARIS

Envoi gratuit à Messieurs les Médecins d'Echantillons et Brochures médicales

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS

N° 104. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 10 SEPTEMBRE 1901. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Môle hydatiforme cliniquement méconnue; laparotomie exploratrice suivie d'hystérotomie et de curetage; guérison. (Observation recueillie par M. TESSON, interne du service) — TOXICITÉ DU PHOSPHORE, d'après M. J. CAU. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement du coup de chaleur. — REVUE DES THÈSES. Méningite cérébro-spinale épidémique [méningocoque] (M. Étienne CANUET); — L'hygiène à la Maison de Nanterre; morbidité; mortalité; statistique de 1890 à 1900 (M. Étienne MIEULET); — Opération d'Alquié-Alexander (M. Gabriel PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE); — Périostite aiguë suppurée sans ostéomyélite (M. Armand BERNARD); — Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale (M. Ph. FOTIADÈS); — Sur quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale (M. Gabriel SICARD); — Des opérations conservatrices de la trompe (M. U. KAHN). — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. A. RICARD.

Môle hydatiforme cliniquement méconnue; laparotomie exploratrice suivie d'hystérotomie et de curetage; guérison.

(Observation recueillie par M. TESSON, interne du service.)

Une jeune femme de vingt-six ans, Henriette D..., entre le 7 juin 1901 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Ricard, salle Gosselin, n° 1 : « elle perd » depuis près de deux mois, sans interruption. Ses règles étaient venues le 20 mars, à l'époque où elle les attendait; elles avaient duré, comme à l'ordinaire, quatre jours. Elles recommencèrent, dit-elle, le 13 du mois suivant, en avance de près d'une semaine. D'abondance modérée, cet écoulement sanguin est continu, ne différant du flux menstruel que par sa prolongation insolite; il ne s'accompagne pas de douleurs. La malade a pu travailler jusqu'au jour de son entrée; elle est néanmoins affaiblie et pâlie.

Cette métrorragie est le seul accident pathologique de sa vie génitale : réglée à quinze ans, elle n'a jamais eu de pertes blanches; ses périodes menstruelles ont toujours été remarquablement régulières et faciles. Elle eut à dix-neuf ans un enfant qu'elle allaita pendant dix-huit mois. La grossesse évolua et se termina normalement. Les règles reparurent aussitôt après le sevrage, à l'époque où elle était accoutumée de les voir depuis sa puberté. Cette régularité même fit qu'elle fut très effrayée de la perturbation qui survint en avril dernier. N'y trouvant d'autre cause, elle ne manqua pas de la rapporter à une très vive émotion qu'elle ressentit à cette époque. Rentrant un soir chez elle, elle fut accostée par un homme ivre qui la saisit brutalement par le bras : elle eut une peur horrible, en rêva la nuit et... se réveilla « dans le sang ».

L'interrogatoire le plus minutieux n'a pu démontrer qu'elle eût présenté le mois précédent le moindre symptôme de grossesse commençante.

Au toucher, on trouve un col de forme et de consistance normales; mais le corps utérin est augmenté de volume : il paraît gros comme le poing, il est arrondi et semble présenter à droite une ou deux bosselures. Rien aux annexes. Rien aux seins. Diagnostic : utérus fibromateux.

L'intervention, réclamée par la malade, est pratiquée le 15 juin par M. Ricard.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné.

L'utérus ne présente aucune bosselure fibromateuse; sa forme est régulière, son volume celui d'un utérus gravide à la fin du deuxième mois, mais il n'en a pas la vascularisation, l'aspect congestif; les plexus utéro-ovariens ne sont en aucune façon développés. De plus, on est frappé, en palpant cet utérus, de sa souplesse, de sa mollesse même.

La protection de la cavité abdominale étant soigneusement assurée, M. Ricard fait sur la face antérieure du corps, suivant la ligne médiane, une ponction au bistouri, qu'il transforme immédiatement en une incision qui atteint le fond de l'utérus. Aussitôt apparaissent, entre les lèvres de la section utérine, des vésicules hydatiformes. Les tranches utérines saignent à peine. Elles sont saisies par deux pinces à traction et largement écartées. La cavité utérine est remplie par une môle, dont les plus grosses vésicules atteignent le volume d'un grain de raisin; les plus petites sont de beaucoup les plus nombreuses. A la curette, on débarrasse l'utérus de son contenu : on n'a aucune peine à décoller la pseudo-membrane brunâtre sur laquelle s'implantent les vésicules. La surface interne de l'utérus, partout lisse, donne un très léger suintement sanguin. Elle est simplement essuyée avec une compresse, et un drain de moyen calibre est engagé de haut en bas dans le vagin après dilatation extemporanée du canal cervical. La plaie utérine est suturée par quatre points séparés de catgut dans la musculeuse, et un surjet à la Lembert. L'utérus est manifestement revenu sur lui-même. Réunion de la paroi abdominale en un seul plan au fil métallique, comme d'ordinaire. Drain au-devant de l'utérus.

La pièce ne présente rien de particulier; il n'y a pas trace de produit fœtal.

Les suites opératoires furent parfaites.

Le drain utérin fut chassé dès le soir.

Le saignement, très peu abondant, dura quarante-huit heures. La température ne dépassa 37 degrés que le soir du second jour (37°6), pour retomber le lendemain matin à 36°7. Aussi le drain abdominal ne fut-il pas maintenu plus longtemps.

La malade quitta l'hôpital le 4 juillet.

Dans cette observation, deux points méritent d'être mis en relief :

C'est d'abord la difficulté extrême — pour ne pas dire

l'impossibilité — du diagnostic clinique. En l'absence de tout phénomène passé ou présent de grossesse, la seule métrorragie par son début brusque, sa continuité, sa modalité un peu particulière, pouvait-elle faire penser à une dégénérescence placentaire?

D'autre part, quelle conduite fallait-il tenir, le ventre étant ouvert, en présence de cet utérus qui, indemne de toute lésion antérieurement appréciable, n'avait par ailleurs aucune apparence de renfermer un produit de conception vivant? L'hystérotomie exploratrice était seule capable de résoudre le problème, sans du reste faire courir à la malade d'autre risque que celui de l'infection péritonéale, risque réduit au minimum par la technique habituelle de protection. Et puisqu'on avait tant fait que d'ouvrir largement la cavité utérine, il est bien évident que, la môle étant apparue, l'opération cessait d'être exploratrice pour devenir curatrice. Le diagnostic eût été posé cliniquement : on eût fait un simple curetage. Le curetage présentait les mêmes inconvénients, avec cet avantage en plus que pratiqué ainsi à ciel ouvert, par la voie abdominale, pourrait-on dire, il avait plus de chances d'être complet et, partant, définitivement efficace.

Les suites opératoires, on l'a vu, ont pleinement justifié cette thérapeutique. Il y a lieu néanmoins de faire quelques réserves en ce qui concerne le pronostic éloigné. S'il est vraisemblable qu'une hystérotomie suivie de suture et de réunion immédiate ne créera pas, pour une grossesse ultérieure, un lieu de moindre résistance, il ne faut pas oublier les relations de parenté étroites, bien que peu précises encore, qui existent entre la môle hydatiforme et le déciduome malin. D'assez nombreux cas ont été publiés où la dégénérescence maligne a suivi, à plus ou moins lointaine échéance, la dégénérescence kystique. Certains auteurs récents tendent même à identifier les deux processus que séparerait seulement une différence de degré. Ces notions ne sont pas encore assez fermes pour qu'on puisse discuter d'emblée l'opportunité d'une intervention plus radicale. C'est à la clinique qu'appartient le dernier mot de la question.

TOXICITÉ DU PHOSPHORE

D'après M. J. Cau (1).

Ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les premiers essais thérapeutiques du phosphore. Dès le XVIIIe siècle, peu après la découverte de Brand, Münckel compose des pilules lumineuses à base de phosphore, Kramer soigne avec succès par le phosphore plusieurs cas d'épilepsie, de démence et même un cas de fièvre maligne. De 1751 à 1780, plusieurs auteurs rapportent des observations de guérison dans les maladies les plus diverses. Jacquemin préconise l'emploi de l'éther phosphoré et de l'acide phosphorique et proclame que l'usage médicamenteux du phosphore est un des plus puissants que fournisse la matière médicale (1804). En 1815, Lobstein fait paraître un traité très complet sur l'emploi thérapeutique du phosphore.

Depuis 1838, date à laquelle on commença à fabriquer des allumettes au phosphore, cette substance est plus étudiée dans ses effets toxiques que dans ses effets médicamenteux. Vigla, Bucquoy, Verliac, Ranvier étudient les lésions anatomo-pathologiques du phosphorisme aigu et chronique. Ce n'est que depuis 1867 que les recherches de Dujardin-Beaumetz, de Lemaire, de Kassowitz réhabilitent le phosphore comme agent thérapeutique et montrent quels profits on peut retirer de son emploi méthodique.

Quel est donc le mécanisme de l'action toxique du phosphore sur l'organisme? On admet aujourd'hui que cette substance exerce une action nocive sur la nutrition générale, entravant les processus réguliers d'oxydation, détruisant l'équilibre normal entre les phénomènes d'assimilation et ceux de désassimilation. Les altérations organiques que l'on observe seraient le résultat de cette atteinte grave portée à la nutrition générale et n'agiraient que secondairement sur la santé de l'individu, en supprimant les grandes fonctions nécessaires à la vie.

D'autre part, il semble bien établi que le phosphore ingéré soit, au moins pour une grande partie, absorbé en nature sans avoir subi de transformations chimiques préalables. Sa présence à l'état libre dans le sang a été en effet plusieurs fois constatée, et c'est justement cette partie du phosphore absorbé en nature qui paraît, sinon seule, du moins presque tout entière, responsable des accidents graves qui entraînent la mort. Comment se produisent ces accidents? C'est là une question encore controversée, et la stéatose du foie, en particulier, a donné lieu à de nombreuses théories. Pour Lewin, le phosphore paralyse les chylifères et les empêche ainsi d'absorber les graisses. Les veines y suppléent alors et le chyle, pénétrant dans la veine porte, est transporté directement dans le foie. L'infiltration des cellules hépatiques par la graisse produit la stéatose; lorsque le foie est surchargé de graisse et n'en peut plus recevoir, cet organe cède au rein, au cœur, aux muscles l'excédent qui lui est sans cesse apporté par le sang. Pour Rokitanski, la présence du phosphore dans le sang empêcherait la combustion des graisses. Aussi n'y aurait-il pas de dégénérescence, mais simple surcharge graisseuse des cellules hépatiques. Munck et Leyden supposent que le phosphore, avant d'être absorbé, est transformé en acide phosphorique, lequel dissout les hématies : la stéatose résulte alors de l'altération globulaire. Bellini admet que dans le tube digestif le phosphore se trouve sous trois états différents : une première partie ne subit aucune modification; une deuxième s'unit à l'oxygène contenu dans l'estomac pour former des acides phosphoreux et phosphorique; une troisième, en présence de l'hydrogène naissant, parvenait à l'état d'hydrogène phosphoré. Tous ces corps arrivent dans le sang où ils forment, avec l'oxygène, de l'acide phosphorique, d'où désoxygénation du sang. Lécorché croit que le phosphore absorbé en nature est complètement inoffensif et attribue à la formation d'hydrogène phosphoré les accidents observés.

Ces théories très séduisantes ne servent malheureusement qu'à voiler notre ignorance complète des processus de l'intoxication phosphorée. Tandis que Virchow met les dégénérescences graisseuses sur le compte de l'irritation, Ranvier les fait dépendre d'une diminution de la nutrition, Cornil et Brault les attribuent à une nécrobiose d'emblée, sans inflammation. Quoi qu'il en soit, la mort semble bien résulter de la suppression des grandes fonctions, suppression due à la dégénérescence des cellules nobles. Quant à la nature intime de cette dégénérescence, elle est encore peu connue.

La toxicité du phosphore a été diversement interprétée suivant les époques. En 1779, le professeur Alphonse Le Roy ne craignait pas d'administrer, en un jour, dix centigrammes et, en une semaine, soixante centigrammes de

(1) Th. de Paris, 1901.

phosphore dissous dans un looch. Les résultats furent si heureux que Le Roy se hâta d'absorber pour son propre compte quinze centigrammes de la même substance. Desbois de Rochefort (1817) conseille le phosphore en nature à des doses variant de 4 à 10 grammes.

Nous restons aujourd'hui fort en deçà de pareilles doses. Les observations où la mort survint après l'ingestion de douze centigrammes (Work), de quarante, de dix milligrammes (Brouardel) de phosphore, montrent suffisamment l'extrême toxicité de cette substance. Les formulaires indiquent comme dose maxima *pro die* cinq à dix milligrammes et, des expériences relatées par M. Cau, on peut conclure que cinq centigrammes constituent, en moyenne, la dose mortelle de médicament.

La toxicité du phosphore varie d'ailleurs selon plusieurs conditions. Il est probable que les enfants supportent mal la médication phosphorée. L'existence de certaines lésions telles que myocardite, cirrhose, néphrite, favorisent l'intoxication phosphorée et méritent, par conséquent, d'être considérées comme des contre-indications absolues. Il y a danger à prescrire longtemps le phosphore, l'élimination urinaire étant très lente. La susceptibilité individuelle joue encore un rôle considérable dans la production des accidents. Mais les conditions les plus importantes sont certainement les conditions de forme et de nature de la médication phosphorée. L'huile phosphorée, très usitée, figure au Codex sous deux formules différentes : une au centième, une au millième. C'est là une source d'erreurs graves et même fatales : il faudrait donc, comme l'a proposé M. Comby, rayer l'huile phosphorée au centième et la remplacer par une autre dix fois moins forte.

Le devoir de l'expert, en présence d'une accusation d'intoxication phosphorée d'origine médicamenteuse, consiste dans l'analyse des précautions prises par le médecin pour éviter l'accident, et dans l'examen attentif des conditions qui, pour le cas qui lui est soumis, ont pu faire varier la toxicité du phosphore.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du coup de chaleur.

Dans un récent article de l'*Écho médical du Nord* (21 juillet 1901), M. le professeur Combemale (de Lille) rappelle d'une façon fort claire la manière dont doit être traité le coup de chaleur :

« Dans le coup de chaleur, la mort peut survenir subitement, en quelques heures, en quelques jours; il y a donc un traitement d'urgence et un traitement consécutif.

A. Traitement d'urgence. — L'homme peut être considéré comme sauvé, si l'état comateux disparaît. Tous les efforts doivent donc tendre à faire cesser le coma; et voici ce que l'on doit d'abord tenter.

Dès qu'un piéton tombe dans la foule, dès qu'un soldat s'affaisse dans les rangs, le premier soin doit être de le soustraire à la chaleur ambiante. Avec un ou plusieurs aides, on va déboutonner ses vêtements, on le déshabille même, on lui découvre la tête, on le porte à l'ombre, on le tient étendu, on lui donne de l'air, en écartant les badauds. Pendant que l'un des assistants essaie de rappeler le sujet à lui, suivant les circonstances et le lieu, en appliquant des compresses d'eau froide sur la tête ou bien en promenant de l'ammoniaque, de l'éther sous ses narines jusqu'à ce que la sensibilité olfactive soit réveillée, un autre aide frictionne et masse à sec les bras et les jambes pour entretenir la circulation périphérique.

Cas légers. — Les seuls moyens ci-dessus suffisent souvent pour faire cesser le coma superficiel. Une fois la connaissance revenue, il convient d'entretenir le réflexe vital par une boisson stimulante, par exemple par la potion :

Teinture de cannelle........	10 grammes.
Infusion de thé.............	200 —

ou, si l'on est loin de toute officine, par une tasse de café froid ou par une cuillerée de chartreuse dans un verre d'eau. Le transport en voiture, dans le décubitus, peut alors être tenté, la surveillance devant être continuée et prolongée, en prévision de défaillances cardiaque ou respiratoire nouvelles.

Cas graves. — Mais aussi, l'état syncopal peut se prolonger : le malade respire de moins en moins, son pouls file, les réactions sensitives diminuent; la température du malade avoisine ou dépasse 40 degrés.

Le sujet, toujours étendu et dévêtu, jetez-lui au visage quelques verres d'eau froide, flagellez-le aux membres et au visage, pincez-le sur les côtes aux insertions diaphragmatiques. Pratiquez, en cas d'insuccès de ces nouveaux moyens, la respiration artificielle, mieux les tractions rythmées de la langue; avec une pince à forcipressure, comme pour une chloroformisation, pincez la langue à la pointe et tirez-la en cadence toutes les trois secondes environ, les réflexes d'origine bulbaire en seront rapidement influencés favorablement. Ne négligez pas, d'autre part, l'injection sous-cutanée d'éther; il ne faut, à aucun prix, que le coma se prolonge, car la mort est prochaine.

Dès que le malade reprend un peu conscience, la stimulation interne doit remplacer la stimulation externe; les infusions de thé, café sans alcool, une potion à l'acétate d'ammoniaque :

Liqueur d'Hoffmann..........	4 grammes.
Acétate d'ammoniaque.......	4 —
Teinture de cannelle.........	5 —
Hydrolat de mélisse..........	40 —
Sirop de menthe.............	30 —
Eau........................	40 —

par cuillerées à bouche,

sont très utiles. Le transport sous un abri doit être retardé.

Cas très graves. — Dans l'occurrence, où le sujet a été trouvé en état comateux ou qu'il retombe dans cet état après qu'il avait paru en sortir, il reste un moyen héroïque, qui a réussi souvent. Ces malades sont congestionnés du visage, état d'apoplexie en quelque sorte. On doit faire alors une saignée de 200, 300 grammes. A la suite de cette saignée, la reprise de connaissance ne se fait pas attendre; mais l'excitation périphérique et la stimulation interne doivent intervenir sans retard, et la surveillance ne doit pas se relâcher, de crainte de rechute.

B. Traitement consécutif. — Durant les quelques heures qui suivent l'accident, c'est avec grande attention qu'il faut surveiller le cœur et la respiration; les émonctoires rénal et cutané doivent être incités à fonctionner d'autre part; car les déchets résultant de l'usure musculaire risquent d'entraver l'énergie du centre bulbaire. Aussitôt les sudorifiques, mais surtout les diurétiques, et le lait entre tous moyens, seront prescrits et donnés.

Dans les jours qui suivent, tout en continuant cette épuration organique, on parviendra à trouver la tare organique méconnue, qui a permis la manifestation du coup de chaleur, et l'on préviendra le sujet qu'il en est porteur, de façon à commencer œuvre prophylactique.

C. Prophylaxie. — La prophylaxie du coup de chaleur consiste en ceci : éviter les marches fatigantes au soleil ou

par les temps chauds. Cette règle trop absolue peut cependant, dans nos climats, être transgressée à la condition qu'il n'existe pas de la fatigue par insomnie ou par excès la nuit précédente, à la condition aussi que des boissons alcooliques ou trop copieuses n'aient pas marqué le début de la marche.

Dans les troupes en marche, la progression à rangs serrés, le départ tardif, l'état encaissé du pays traversé, ou le fort rayonnement de la route à traverser doivent être évités, tout comme l'habillement ou l'équipement défectueux et constricteur, le port du sac lourd ou mal équilibré. La station prolongée au soleil dans une attitude forcée n'est pas moins à éviter. Au reste, le médecin militaire connaît bien vite le coup de chaleur et sait conjurer son apparition par des mesures prises de concert avec le chef de troupe et qui se résument en ceci : sobriété et repos régulier bien assuré.

L'aération, le rafraîchissement des logements surchauffés s'impose pour éviter aux usagers de ces logements les inconvénients du coup de chaleur; les commissions des logements insalubres n'y songent pas assez. »

REVUE DES THÈSES

Méningite cérébro-spinale épidémique (méningocoque), par M. le docteur Etienne Canuet. (Th. de Paris, 1901.)

Les épidémies de méningite cérébro-spinale ne sont pas dues à la réunion fortuite d'un certain nombre de cas de méningite : elles relèvent d'une cause spécifique.

La coexistence, si souvent signalée, d'autres maladies infectieuses, telles que la pneumonie, la grippe, avec la méningite cérébro-spinale, ne doit pas impliquer l'idée d'une relation de cause à effet.

Divers éléments pathogènes sont susceptibles de produire la méningite cérébro-spinale, parmi lesquels il faut retenir le pneumocoque et le méningocoque.

Bien que le pneumocoque paraisse intervenir dans un certain nombre de cas, la bactériologie nous apprend que, parmi les méningites cérébro-spinales, il en est un grand nombre dans lesquelles on peut déceler un agent pathogène spécial.

Cet organisme, qui n'est ni le pneumocoque de Talamon-Fränkel, ni le streptocoque pyogène, peut être individualisé par ses caractères morphologiques, histo-chimiques, biologiques et par l'expérimentation : c'est le méningocoque.

Les faits bactériologiques tendent à démontrer que le méningocoque joue dans la pathogénie de la méningite cérébro-spinale épidémique un rôle de plus en plus prépondérant.

Le méningocoque s'imposera-t-il un jour comme l'agent pathogène exclusif de la méningite cérébro-spinale épidémique vraie? Il appartient aux recherches ultérieures de trancher la question.

Cliniquement, il n'existe pas de signe pathognomonique permettant d'affirmer avec certitude, dans un cas donné, l'existence d'une méningite cérébro-spinale, si ce n'est la ponction lombaire.

C'est aussi la ponction lombaire seule qui permettra de déterminer la nature méningococcique de la méningite. Toutefois, au point de vue clinique, cette forme paraît être plus franchement épidémique, survenir à titre d'infection primitive, avoir un début moins brusque, présenter souvent une phase prodromique caractérisée par de la fatigue générale, des vomissements, des arthralgies; ces phénomènes précèdent les manifestations cérébro-spinales proprement dites; l'évolution paraît plus lente et les rémissions semblent être plus fréquentes.

Le pronostic de la forme épidémique est moins grave que celui des autres méningites cérébro-spinales, et la guérison est possible même après l'apparition du pus.

La ponction lombaire est indispensable, mais suffisante dans la plupart des cas pour affirmer le diagnostic.

Au point de vue du traitement, les bains chauds répétés et prolongés doivent être employés; la ponction lombaire pourra donner des résultats favorables.

L'hygiène à la Maison de Nanterre. Morbidité. Natalité. Statistique de 1890 à 1900, par M. le docteur Etienne Mieulet. (Th. de Paris, 1901.)

L'hygiène à la Maison de Nanterre est à peu près satisfaisante; cependant bien des progrès sont encore à réaliser.

Il serait à souhaiter qu'il n'y ait aucun lit supplémentaire ni dans les dortoirs des bâtiments, ni à l'infirmerie, afin que chaque hospitalisé jouisse du cubage d'air indiqué par les hygiénistes.

Les ateliers auraient besoin d'être mieux ventilés et mieux aérés, surtout ceux des chiffons et des sacs, qui dégagent beaucoup de poussière.

L'industrie du découpage des chiffons demanderait à être plus surveillée; il faudrait exiger la désinfection des ballots pour mettre à l'abri des maladies contagieuses une population aussi agglomérée, et chez laquelle le terrain est si favorable au développement de toutes les infections.

La nourriture dans les différentes sections (sauf la quatrième, celle des vieillards) est à peine suffisante pour des individus dont on réclame un travail manuel et des corvées; de plus, les cuisines étant trop éloignées, de l'infirmerie surtout, et des bâtiments, la nourriture arrive presque toujours froide.

Il faudrait pouvoir donner le régime lacté à tout vieillard de la quatrième section, sans changer ni de salle, ni de lit.

Il serait désirable qu'un service d'urinaires fût créé pour les vieillards de la quatrième section.

Le chauffage et la ventilation (sauf celle des ateliers) ne laissent rien à désirer.

A l'infirmerie, il y aurait lieu de substituer au balayage à sec, produisant une poussière des plus insalubres, le lavage du parquet et des nombreuses boiseries, avec des linges imbibés d'eau tenant en dissolution une matière antiseptique.

La désinfection des crachats des tuberculeux est absolument nécessaire; du reste, un projet est à l'étude en ce moment. Dans l'état actuel, ils sont vidés dans les cabinets, envoyés avec les matières fécales dans le champ d'épandage de la Maison et peuvent être ainsi un danger de contagion.

Il faudrait mettre des crachoirs dans les couloirs, les ateliers et l'infirmerie; munir de crachoirs individuels tous les tuberculeux travaillant dans les ateliers.

Enfin, on ne luttera efficacement contre la phtisie qu'en isolant les tuberculeux, aussi bien les valides que les malades. On devrait leur construire une sorte de sanatorium dans l'enceinte de la Maison, où on leur ferait suivre un traitement, dont la base serait l'air et la suralimentation.

Les enfants, qui forment la population si intéressante de la crèche, doivent être l'objet de soins spéciaux; nous voudrions voir construire un pavillon dont une partie servirait d'isolement pour les arrivants, l'autre composée de salles séparées pour les enfants atteints de maladies contagieuses. Les différentes épidémies qui ont régné jusqu'ici démontrent, par leur grande mortalité, l'utilité de cette réforme.

Le service d'accouchement, qui ne se compose en ce moment que d'une chambre, nécessiterait un local plus vaste, afin de ne pas mettre les nouvelles accouchées dans la salle commune de chirurgie, ce qui offre les plus grands dangers d'infection.

De toutes les affections observées à l'infirmerie de Nanterre, les maladies du tube digestif priment toutes les autres

par leur fréquence et donnent lieu à des crises de tétanie, phénomène assez rare pour qu'il ait été intéressant de le signaler particulièrement; les cardiaques, les brightiques, les tuberculeux sont aussi en très grand nombre parmi cette triste population.

Avec les mesures prophylactiques dont nous avons parlé plus haut, on verrait bientôt diminuer la contagion de la tuberculose; si on surveillait tout particulièrement l'alimentation et la qualité de l'eau, on verrait peut-être diminuer aussi le grand nombre d'entérites qui sévissent pendant l'été.

Le nombre des malades étant considérable, on se trouve dans les conditions d'un véritable hôpital, aussi la nécessité se fait-elle sentir d'avoir un personnel infirmier plus instruit et par conséquent mieux payé.

L'isolement des maladies contagieuses étant difficilement réalisable, il serait à souhaiter qu'en temps d'épidémie on interdise les sorties aux hospitalisés et toute visite des gens du dehors.

La mortalité élevée (16 p. 100 pour les hommes, 18 p. 100 pour les femmes) n'a rien de surprenant, tous ces individus étant, à leur arrivée à la Maison de Nanterre, dans un état de *minoris resistentiæ*, créé par leur misère physiologique antérieure.

L'alcoolisme, d'où découlent tous les vices, y conduit bon nombre d'individus qui ont occupé dans la société un rang relativement élevé.

Opération d'Alquié-Alexander, par M. le docteur Gabriel Pauvret de la Rochefordière. (Th. de Paris 1901.)

L'opération d'Alquié-Alexander est efficace pour remédier aux rétrodéviations de l'utérus, dans tous les cas où il n'existe pas d'adhérences pathologiques de cet organe.

Elle peut aussi être employée dans le cas d'adhérences peu solides, lorsque l'utérus est ramené, sans trop d'effort, à sa position normale, au moyen de l'hystéromètre ou du massage.

Lorsque les adhérences sont résistantes, elles nécessitent une laparotomie et dès lors la ligamentopexie devient l'opération de choix, puisqu'elle présente l'avantage de ne pas immobiliser l'utérus en cas de grossesse.

L'opération d'Alquié-Alexander est la plus physiologique; elle remet l'utérus dans la situation normale, en utilisant ses moyens naturels de contention, et sans établir d'adhérences dangereuses.

Seule, avec la ligamentopexie, elle ne constitue pas un état pathologique au point de vue de la grossesse, car elle ne gêne ni l'évolution, ni la régression de la matrice.

Les ligaments ronds, grâce à leur élasticité, résistent pendant la grossesse et reviennent à leur état normal, en même temps que l'utérus; ils ne sont pas, comme de simples adhérences, exposés à se rompre pendant la période de gravidité.

L'opération est utilisable également dans le prolapsus, en lui associant, au besoin, une restauration du périnée et du vagin. Elle prévient la descente de l'utérus, en inclinant son axe sur celui du vagin.

Lorsqu'il existe en même temps de la métrite, il est bon de traiter celle-ci préalablement ou de faire en opérant un léger curetage. Si le col est d'une longueur exagérée, il est utile d'en pratiquer l'amputation.

L'opération d'Alquié-Alexander est d'une exécution facile et à la portée de tout chirurgien soigneux; elle n'est point périlleuse, puisqu'elle dispense d'ouvrir le péritoine.

Elle présente l'avantage de ne pas compromettre la résistance de la paroi abdominale, et de ne pas laisser des cicatrices apparentes.

Cette opération peut parfois provoquer quelques tiraillements à l'époque de la congestion menstruelle; mais elle calme presque toujours de suite tous les phénomènes douloureux résultant de la position vicieuse de la matrice.

Elle assure une parfaite solidité; et les tractions de l'utérus agissent si peu sur les adhérences des ligaments que l'on peut, aussitôt après l'opération, négliger l'emploi de tout moyen artificiel de contention.

Cette intervention serait à conseiller lorsque, chez une femme encore jeune, la mauvaise position de l'utérus pourrait être considérée comme une cause de stérilité.

Chez les personnes nerveuses, il sera prudent de redresser d'abord la matrice, au moyen d'un pessaire, et d'observer ainsi au bout de quelques semaines, les effets obtenus par le redressement de l'organe. Le chirurgien évitera ainsi les déceptions que pourrait lui causer l'opération pratiquée chez certaines femmes neurasthéniques. Les suites de l'opération sont bénignes. Sur 38 cas rapportés dans la thèse il n'y a pas un décès imputable à l'opération.

Périostite aiguë suppurée sans ostéomyélite, par M. le docteur Armand Bernard. (Th. de Paris, 1901.)

Il existe des périostites aiguës primitives, sans lésion médullaire, se traduisant par la formation d'un abcès sus ou sous-périosté.

Ces périostites peuvent être causées par des microbes multiples, le plus souvent par le staphylocoque.

Elles se différencient nettement de l'ostéomyélite par quelques-uns de leurs symptômes : début moins brusque, évolution plus lente, atteinte moins prononcée de l'état général, réaction nulle de la peau; *localisation diaphysaire* de la collection.

Elles se distinguent aussi du phlegmon profond d'origine lymphangitique : pas de modification de la peau; réaction ganglionnaire insignifiante; collection suppurée nettement circonscrite.

Au point de vue thérapeutique, elles sont justiciables de la simple incision.

Elles guérissent sans élimination de séquestre osseux et sans accident ultérieur.

Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale, par M. le docteur Ph. Fotiadès. (Th. de Paris, 1901.)

Le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale consiste à abaisser artificiellement le testicule dans le scrotum, soit par les moyens de douceur, soit par l'opération sanglante.

Les moyens de douceur sont en général insuffisants et ne réussissent que dans certains cas d'ectopie dans lesquels le testicule tend à descendre spontanément; dans l'immense majorité des cas c'est l'opération sanglante qui doit être pratiquée.

En dehors de toute complication, l'âge le plus favorable pour l'intervention chirurgicale est celui de 12 à 14 ans; cet âge pourra être abaissé beaucoup, dans les cas où l'ectopie testiculaire s'accompagne d'une hernie qui ne peut pas être facilement contenue.

L'opération de l'abaissement artificiel du testicule ou orchidopexie comprend trois temps principaux : 1° dissection des adhérences extérieures du testicule et du cordon et cure radicale; 2° section de tous les éléments du cordon autres que le canal déférent et les vaisseaux spermatiques; 3° mise en place et fixation du testicule.

La simple fixation de la glande à la peau du scrotum, combinée ou non à la traction mécanique permanente, est impuissante à s'opposer à sa réascension et peut quelquefois occasionner des accidents; seuls les procédés qui fixent le cordon dans son trajet entre l'orifice inguinal externe et l'épididyme donnent des résultats satisfaisants. Dans ce groupe rentre le procédé de M. Kirmisson qui nous paraît être un des meilleurs.

Sur quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus vaginale. Ses résultats, par M. le docteur Gabriel Sicard. (Th. de Paris, 1901.)

Par sa bénignité, l'hystérectomie abdominale sus vaginale est l'opération de choix dans le traitement des fibromes utérins autres que ceux qui relèvent de l'énucléation.

Pour la même raison, elle mérite d'être une opération complémentaire de l'extirpation bilatérale des annexes.

Indépendamment de la conservation de la portion vaginale du col, qui est son essence même, elle doit sa bénignité à la péritonisation des surfaces cruentées et à l'exécution rigoureuse de l'hémostase.

La conservation de la portion vaginale du col facilite l'opération;

Abrège sa durée par suppression de l'hémostase de la tranche vaginale;

Fait disparaître les chances d'infection par ouverture du vagin.

La péritonisation des surfaces cruentées est préparée par la taille préventive, soit de deux lambeaux péritonéaux, soit le plus souvent d'un seul lambeau antérieur.

L'hémostase, et en particulier celle des utérines, sera assurée par des ligatures, aussi immédiates que possible, faites au catgut et passées à l'aiguille mousse.

Les artères utérines seront sectionnées le plus bas possible.

Des opérations conservatrices de la trompe, par M. le docteur U. Kahn (1).

Les opérations conservatrices de la trompe sont des opérations d'exception; elles ne sont à discuter que s'il s'agit de femmes jeunes, la trompe n'étant qu'un canal vecteur et n'ayant aucune propriété glandulaire.

Les indications des opérations conservatrices de la trompe sont basées, d'une part, sur l'état des lésions tubaires et, d'autre part, sur l'état des ovaires.

Toute opération conservatrice n'est justifiée que si tout au moins l'un des deux ovaires est sain.

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de donner des indications précises sur la conservation des trompes au cours de l'opération.

Les opérations conservatrices comprennent :

a. La destruction d'adhérences et la désobstruction du pavillon tubaire; ainsi qu'il arrive dans certains cas de salpingite, où la trompe congestionnée est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, la trompe est physiologiquement oblitérée, le pavillon étant directement appliqué contre la paroi pelvienne, mais elle ne l'est pas anatomiquement, la trompe désinsérée étant parfaitement perméable;

b. L'agrandissement du pavillon tubaire incomplètement oblitéré dans les cas de salpingite catarrale ou même purulente, s'il n'y a pas d'hypertrophie des parois;

c. L'ouverture du pavillon tubaire complètement oblitéré, dilaté et contenant, soit du liquide séreux, soit du sang, soit du pus;

d. La résection de la portion tubaire ou de la portion ampullaire de la trompe.

La chirurgie conservatrice de la trompe ne présente pas les dangers opératoires sur lesquels on s'est basé pour la proscrire. Elle est incontestablement sans danger dans les cas d'hydrosalpinx, d'hématosalpinx et même dans beaucoup de cas de pyosalpinx chroniques qui, pour la plupart, sont aseptiques.

La salpingostomie devra être à peu près uniquement réservée aux cas de salpingite légère catarrhale; elle n'est recommandable que si les parois de la trompe n'ont pas subi d'hypertrophie.

(1) Paris, Coccoz 1901.

La salpingectomie partielle sera pratiquée en cas de pyosalpinx ou hématosalpinx limité à la portion tubaire ou ampullaire. Elle n'est à proposer que si la portion restante de la trompe est ou paraît être à peu près saine.

Les opérations conservatrices de la trompe, en particulier la salpingostomie et la salpingectomie partielle, sont d'une technique délicate. Le seul inconvénient, mais il est sérieux, c'est l'hémorragie; aussi est-il à recommander de faire au thermocautère toutes les sections de la trompe.

Les résultats définitifs de ces opérations sont encore douteux, les observations étant trop récentes ou insuffisamment prises.

En cas d'hydrosalpinx ou d'hématosalpinx, si l'ovaire est sain, il ne semble pas qu'il y ait de doute sur l'utilité de la conservation même partielle de la trompe. En cas de lésions inflammatoires, les difficultés des indications de la conservation des trompes sont grandes. Il faut, d'une part, tenir compte des lésions tubaires elles-mêmes et, d'autre part, principalement de l'agent microbien infectieux.

Les salpingites gonococciques sont probablement les seules à pouvoir bénéficier de cette chirurgie conservatrice. D'autre part, il est indispensable que l'ovaire soit sain; que son fonctionnement soit parfait. L'examen direct de l'organe au cours de l'opération, et surtout *avant l'opération*, l'interrogatoire de la malade et en particulier la recherche des signes de l'insuffisance ovarienne, permettront à peu près toujours de se rendre compte de l'état d'intégrité de la glande ovarienne.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

262. M. Fortin. De la phonendoscopie. Étude phonendoscopique de la rate. — 263. M. Roques. La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne. — 264. M. Mélin. Contribution à l'étude des complications broncho-pulmonaires de la rougeole (études bactériologiques). — 265. M. Pannetier. Contribution à l'étude des accouchements chez les primipares très jeunes. — 266. M. Henriot. De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse. — 267. M. Renaut. Contribution à l'étude de l'alcoolisme congénital au point de vue expérimental et clinique. — 268. M. Capelle. Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses. — 269. M. Cholet. L'orchite des typhiques. — 270. M. Grenie. Étude sur le molluscum pendulum. — 271. M. Besson. Contribution à l'étude du cancer de l'ombilic. — 272. Mlle Cohn. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie d'origine salpingienne des nodosités des cornes utérines. — 273. M. Courchet. Contribution à l'étude des anévrysmes circoïdes du cuir chevelu. — 274. M. Noel. Considérations sur les déformations osseuses du pied bot congénital et leur traitement. — 275. M. Polonsky. Contribution à l'étude des fistules congénitales sacro-coccygiennes. — 276. M. de Taranto. Les ostéomes de l'orbite. — 277. M. Rebreyend. Les plaies perforantes de l'utérus. — 278. M. Borger de Castro. Des hémorragies du sinus longitudinal supérieur. — 279. M. Bailleau. Des tachycardies de la ménopause. — 280. M. H. Bernard. Étude clinique sur la colique de plomb. — 281. M. Allanic. Du rôle de certains médicaments et, en particulier, des anesthésiques dans la genèse des troubles labyrinthiques. — 282. M. Glemie. Broncho-pneumonie intestinale (étude clinique). — 283. M. Guery. La suppuration des fibromes utérins. — 284. M. Bazil. Des albuminuries intermittentes. — 285. M. Fradin. Infection et épilepsie. — 286. M. Mouras. De la curabilité de la cirrhose alcoolique en particulier par l'opothérapie hépatique. — 287. M. Latron. Des états cataleptiques dans les infections et les intoxications — 288 M. Beuchet. Influence des maladies de l'aorte sur le développement de la tuberculose pulmonaire. — 289. M. Laufer. L'hypochloruration

et l'action des bromures dans l'épilepsie. — 290. M. MASSART. De l'alcoolisme dans le quartier Saint-Antoine. — 291. M. BEREST. Des troubles nerveux chez les amygdaliens. — 292. M. MATHEY. La tuberculose à Paris. — 293. M. IMBAULT. Contribution à l'étude de la fréquence de la tuberculose chez les alcooliques. — 294. M. NEUMAGER. Des signes pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales. — 295. M. CARPENTIER. Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques. — 296. M. COMPAIN. Contribution à l'étude de l'emploi de l'oxicyanure de mercure dans les affections urétrales (urétrites et rétrécissements). — 297. M. BERTHELOT. Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques. — 298. M. PESME. Traitement des tuberculoses externes fistulisées et des tuberculoses cutanées. — 299. M. MINET. Les suppurations prostatiques et péri-prostatiques (formes et traitement). — 300. M. LOUVET. De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète. Étude statistique faite à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — 301. M. PINATEL. Des lésions de l'estomac, consécutives au traumatisme par contusion. — 302. M. Jules GALES. Contribution à l'étude de la radiographie appliquée aux projectiles logés dans la tête. — 303. M. BRUGIRARD. Bénignité relative des fractures du crâne chez les enfants. — 304. M. GUESDON. Le lichen d'Islande. L'acide cétrarique, l'acide protocétrarique, leurs propriétés antiémétiques. — 305. M. CAU. De la toxicité du phosphore. — 306. M. SUEUR. Du bleu de méthylène chimiquement pur, en poudre, dans le traitement des métrites. — 307. M. BOISSIER. Perinéorraphie. — 308. M. MONNAMY. Contribution clinique au traitement de la tuberculose pulmonaire par le cacodylate de soude. — 309. M. LASSUDRIE-DUCHÊNE. Pathogénie de l'éclampsie. — 310. M. PRON. Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. — 311. M. FURET. De la narcolepsie. — 312. M. BRUNET. Considérations sur l'emploi de la glande surrénale en thérapeutique. — 313. M. PRESTELLE. Pneumococcie à localisations multiples.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 6 septembre 1901, M. le médecin-major de deuxième classe Massiou, en service dans l'Afrique occidentale française, a été placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies, pour occuper les fonctions de directeur du laboratoire bactériologique de Saint-Louis.

Marine. — M. le médecin de première classe Tricard, désigné pour embarquer sur le *Calédonien*, est autorisé à permuter avec M. le médecin de première classe Barillet, embarqué à la défense mobile de Lorient.

— Par décision présidentielle du 7 septembre 1901, a été acceptée la démission offerte par M. Reygondaud, de son grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret de même date, M. le docteur Reygondaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Brest.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Ce Congrès aura lieu, au mois d'août 1902, à Grenoble, sous la présidence de M. le docteur Régis (de Bordeaux).

M. Bonnet, médecin en chef de l'asile de Grenoble, est nommé secrétaire général.

Les trois questions qui feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° Pathologie nerveuse : « Les tics en général. » Rapporteur : M. Noguès (de Toulouse).

2° Pathologie mentale : « Des états anxieux dans les maladies mentales. » Rapporteur : M. Lalanne (de Bordeaux).

3° Médecine légale : « Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. » Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Contre la tuberculose. — Une ordonnance royale vient de nommer en Angleterre une commission chargée de faire une enquête et d'établir un rapport sur les trois points suivants :

1° La tuberculose chez les animaux et chez l'homme est-elle une et identique?

2° La transmission de la tuberculose est-elle possible réciproquement entre les animaux et l'homme?

3° Si oui, dans quelles conditions la transmission peut-elle se produire des animaux à l'homme et quelles circonstances lui sont favorables ou défavorables?

La commission est composée de cinq professeurs de pathologie, dont un du collège vétérinaire royal.

Le professeur sir Michaël Foster la préside.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arthur Kirchner (de Bruxelles), Dazin (de Cambrai), Lelong (de Chartres).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 105. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1901. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours. DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DEUX CAS DE KYSTES HYDATIQUES DU FOIE TRAITÉS PAR LA MÉTHODE DE DELBET; REMARQUES SUR LE FRÉMISSEMENT HYDATIQUE, par MM. H. CAUBET et H. JUDET, internes des hôpitaux de Paris. — UN CAS DE MENSTRUATION PRÉCOCE, par M. LOP, chargé de cours d'accouchements à l'École de médecine de Marseille. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Recherche pratique de l'albumine dans l'urine; — *Chirurgie :* Gangrène sénile par athérome; pansement à l'eau oxygénée; guérison; — Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule; — *Maladies infantiles :* Traitement médical des otites aiguës non suppurées. — REVUE DES THÈSES. Le fléau alcoolique et l'État (M. A. DESCHASEAUX); — Recherches sur les conditions de la douleur (M. Armand GUÉRINOT). — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DEUX CAS DE KYSTES HYDATIQUES DU FOIE TRAITÉS PAR LA MÉTHODE DE DELBET

REMARQUES SUR LE FRÉMISSEMENT HYDATIQUE

Par MM. H. CAUBET et H. JUDET,
Internes des hôpitaux de Paris.

Le traitement des kystes hydatiques du foie par simple suture de la poche sans drainage ni capitonage (méthode de Delbet) a déjà donné de nombreux succès, ainsi qu'en témoignent les récentes présentations à la Société de chirurgie.

Il nous paraît intéressant de rapporter les observations de deux malades que nous avons vu opérer à quelques jours de distance par notre maître M. Gérard-Marchant dans son service de l'hôpital Boucicaut.

OBSERVATION I. — Catherine T..., quinze ans, journalière; opérée une première fois il y a trois ans, à l'hôpital Tenon, par M. Gérard-Marchant d'un kyste hydatique du foie qui fut traité par la marsupialisation; il persista une fistule qui, en janvier 1901, nécessita une seconde opération d'ailleurs suivie de succès.

Le 17 juillet 1901, la malade entre à nouveau à l'hôpital Boucicaut; elle a remarqué que, depuis quelques mois, une tumeur s'est développée dans son hypocondre droit.

En effet, une inspection même superficielle permet de constater que cette région est soulevée par une tumeur formant une saillie bien circonscrite; la base du thorax est notablement élargie : la mensuration pratiquée depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à la colonne vertébrale donne 42 centimètres à droite contre 36 centimètres à gauche. Sa tumeur est dure, lisse, non fluctuante; elle suit les mouvements de la respiration. Le bord antérieur, tranchant, du foie est remplacé par une surface mousse.

A la percussion, l'étendue de la matité hépatique remonte jusqu'à la quatrième côte et déborde en bas les fausses côtes de quatre travers de doigt.

Enfin, si l'on percute la tumeur d'un coup sec, on obtient avec la plus grande netteté la sensation de *frémissement hydatique.* Ce phénomène est constant et a pu être obtenu à volonté pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés : douleur sourde siégeant dans la région du foie, irradiant dans l'abdomen, mais surtout dans l'épaule droite; pas de troubles digestifs, sauf un peu de dégoût pour les graisses; absence d'ictère; pas d'urticaire; petite toux sèche, saccadée, présentant les caractères de la *toux hépatique.* Il y a un an, la malade aurait été soignée pour une pleurésie droite, dont on ne retrouve pas la trace.

L'état général est d'ailleurs bon; il n'y a pas de fièvre; on observe un peu d'amaigrissement et une légère albuminurie.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de *kyste hydatique du foie* n'est pas douteux. L'existence du frémissement hydatique nous permet même de supposer qu'il existe soit une poche unique, volumineuse, moyennement tendue, dépourvue de vésicules filles, soit au contraire un kyste renfermant de nombreuses vésicules.

Opération le 22 juillet 1901. — Laparotomie latérale, par M. Gérard-Marchant.

Incision verticale croisant les derniers cartilages costaux et se prolongeant dans l'hypocondre droit sur la partie saillante de la tumeur le long du bord externe du muscle droit. On sectionne les fibres du muscle grand oblique et l'on arrive sur les derniers cartilages costaux. Après avoir détaché au bistouri les insertions des muscles intercostaux internes sur les cartilages, on résèque le cartilage de la onzième côte, celui de la dixième et l'extrémité tout à fait antérieure du cartilage flottant de la douzième. En réséquant le dixième cartilage costal, on fait au cul-de-sac pleural une petite ouverture; l'air pénètre dans la plèvre et on constate à chaque mouvement respiratoire le phénomène de la traumatopnée; au reste, la malade ne présente aucun trouble inquiétant; la respiration reste calme, le pouls ne se modifie pas, on se contente d'appliquer une compresse sur l'ouverture de la plèvre.

On incise alors le péritoine pariétal et l'on arrive directement sur le foie : on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse, extrêmement tendue. On la ponctionne avec un trocart de calibre assez gros pour ne pas être obstrué par les vésicules filles; il s'écoule aussitôt un liquide d'abord clair comme de l'eau de roche, puis légèrement teinté en jaune, la quantité recueillie s'élève à 1720 centimètres cubes, il n'y a pas de vésicules filles.

On retire le trocart et l'on saisit avec des pinces les bords de l'ouverture que l'on agrandit aux ciseaux. Il est alors facile de voir que le kyste est constitué par une hydatide

unique et de grandes dimensions, n'ayant produit aucune vésicule fille.

Cette vésicule mère ne présente qu'une adhérence des plus minimes à la membrane adventice et rien n'est plus facile que de l'extraire dans sa totalité, en l'attirant délicatement avec une pince à kystes. Aucun liquide n'est injecté dans la poche; on se contente d'en fermer l'ouverture par cinq ou six points séparés au catgut. On ferme de même la blessure du cul-de-sac pleural. La poche kystique étant abandonnée à elle-même dans la cavité abdominale, on reconstitue la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération température rectale : 38 degrés; pouls : 110.

Le lendemain soir : température : 37°8; pouls : 120. Un peu d'abattement.

Au bout de quarante-huit heures, éruption d'urticaire d'abord localisée aux avant-bras, puis généralisée, elle disparaît en deux jours.

Au septième jour, on enlève les fils; petit abcès dans la paroi.

Le 15 août, c'est-à-dire trois semaines après l'intervention, l'état de la malade est très satisfaisant.

Obs. II. — Lambert P..., cinquante-deux ans, mécanicien.

Entre à l'hôpital Boucicaut le 20 juillet 1901, se plaignant de crises d'étouffement qui coïncident avec l'apparition d'une tumeur dans le côté droit.

On se trouve en présence d'un malade un peu amaigri, mais dont l'état général est encore très satisfaisant.

L'examen de l'abdomen permet de reconnaître une tumeur volumineuse, occupant toute la région de l'hypocondre droit et une partie de la région épigastrique. Cette tumeur remonte en haut et en avant jusqu'au cinquième espace intercostal droit; en bas, elle descend jusqu'au niveau de la ligne horizontale passant par l'ombilic, elle est mate et sa matité se continue nettement avec celle du foie; à gauche de la ligne médiane, elle se confond insensiblement avec le lobe gauche du foie. Elle s'abaisse au moment de l'inspiration. A la palpation, on reconnaît qu'elle est lisse, régulière, rémittente, peut-être même fluctuante. Elle est limitée en bas par une surface mousse qui ne rappelle en rien le bord antérieur tranchant du foie. Cette tumeur, en se développant, a provoqué quelques douleurs en éclair partant de l'hypocondre droit, irradiant dans le creux épigastrique, jamais dans l'épaule droite. L'appétit du malade a beaucoup diminué; le dégoût pour les viandes et les matières grasses est très prononcé, aussi le malade a-t-il sensiblement maigri.

L'examen des divers appareils ne révèle rien de particulier : plèvre et poumons droits sains; cœur et reins normaux. Pas de fièvre.

Le malade a subi, en janvier 1901, une dilatation anale pour hémorrhoïdes déjà anciennes; les bourrelets hémorroïdaires ne se sont pas reproduits : ils n'étaient donc aucunement en rapport avec le développement de la tumeur épatique.

Opération le 25 juillet 1901. — Laparotomie latérale, par M. Gérard-Marchant. Incision de la partie saillante de la tumeur. Après ouverture du péritoine, on a sous les yeux le kyste qui fait, sur la face convexe du foie, une saillie nettement arrondie. De la partie inférieure de la tumeur partent des adhérences péritonéales, que l'on respecte; le foie est ainsi compris dans une sorte de loge limitée en haut et en avant par le diaphragme et les côtes, en bas par cette cloison d'adhérences péritonéales; cette disposition explique sans doute pourquoi le kyste, maintenu en haut et retenu en bas, s'est surtout développé en avant en soulevant la paroi abdominale.

On ponctionne le kyste avec un gros trocart; il s'écoule de 700 à 800 centimètres cubes d'un liquide légèrement trouble, ne contenant aucune vésicule fille. En explorant méthodiquement le foie, on se rend compte qu'il n'existe pas d'autres poches. Agrandissant alors aux ciseaux l'ouverture faite au kyste par le trocart, on peut extraire très facilement la vésicule mère; elle vient tout entière d'elle-même, pour ainsi dire, car elle n'est aucunement adhérente à la membrane adventice. On absorbe avec des compresses une petite quantité de liquide resté au fond du kyste, puis on ferme la poche par quatre points séparés au catgut. On termine en suturant la paroi abdominale en trois plans, sans drainage.

Suites opératoires. — Elles ont été absolument bénignes; le ventre est resté souple, non douloureux. Pas de vomissements; langue humide.

Purgation au quatrième jour. Pas d'éruption d'urticaire.

La température rectale oscille entre 37 degrés le matin et 38 degrés le soir. Le pouls est régulier et bien frappé. Urines normales.

Les fils sont enlevés au septième jour; réunion *per primam*.

Le malade sort le 13 août 1901, guéri.

L'*examen du liquide* a été fait dans les deux cas. Il est résumé dans le tableau suivant :

	Observation I.	Observation II.
Réaction	Alcaline.	Alcaline.
Albumine	0g30.	2g50.
Chlorures	4g98 par litre.	3g75 par litre.
Pigments biliaires	Néant.	En quantité notable.
Acides biliaires	Néant.	En quantité notable.
Globules graisseux	En grd nombre.	Peu nombreux.
Leucocytes	Néant.	Très nombreux.
Hématies	Néant.	En assez grd nombre.

Ces deux observations nous paraissent intéressantes à plusieurs points de vue :

1° En premier lieu, nous avons été frappés de ce fait que, de deux kystes hydatiques ayant le même siège et les mêmes caractères, le premier seul présentait le phénomène du frémissement hydatique.

D'où peut provenir cette différence?

Dans les deux cas, il s'agissait d'un kyste dépourvu de vésicules filles et rempli d'un liquide clair. Faut-il invoquer, comme le veut Milian (1), la différence de tension du liquide? Cet élément n'est pas, croyons-nous, le seul dont on doive tenir compte : nos deux kystes, en effet, étaient l'un et l'autre extrêmement tendus, ainsi que la palpation intra-abdominale nous a permis de le constater avant la ponction. Nous pensons qu'il faut aussi faire intervenir le volume de la poche : le premier de nos kystes, qui seul frémissait, contenait plus d'un litre et demi de liquide, le second en renfermait à peine 800 centimètres cubes. Nous sommes ainsi portés à admettre que le frémissement hydatique s'observe surtout dans les kystes de grand volume.

Nous avons pu vérifier le fait d'une manière très simple, en remplissant avec de l'eau en tension moyenne deux vessies de veau d'inégale capacité; nous avons été tout d'abord frappés de la grande facilité avec laquelle on peut obtenir le frémissement hydatique par percussion de la vessie reposant sur un plan résistant. D'autre part, par une tension égale du liquide dans les deux vessies, on obtient avec la grande un frémissement beaucoup plus intense qu'avec la petite. Dans les conditions où ce phénomène s'observe en clinique, un autre facteur intervient sur lequel les auteurs n'ont pas suffisamment attiré l'attention : nous

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1900.

voulons parler de l'état de la paroi abdominale ou thoracique. Au point de vue de son épaisseur et de sa tension, nous avons pu nous en convaincre par des expériences sur le cadavre : nous avons introduit dans la région sous-hépatique différentes vessies distendues présentant le phénomène de frémissement par percussion directe. Percutant alors à travers la paroi abdominale, nous avons pu nous rendre compte que le frémissement n'est transmis que si la paroi est mince : chez les sujets gras, l'épaisseur des tissus étouffe pour ainsi dire les vibrations. De plus, pour obtenir le frémissement sur le cadavre, il est nécessaire de réaliser un certain degré de tension de la paroi au-devant du kyste. C'est, en effet, un principe bien connu d'acoustique qu'un corps sonore quelconque peut faire vibrer par influence un second corps, lorsqu'il existe entre les deux un accord préétabli. On conçoit que la paroi, pour participer aux vibrations du kyste sous-jacent, doit présenter un degré de tension convenable en rapport avec la tension de la poche.

En résumé, le frémissement hydatique se produira cliniquement toutes les fois qu'une poche, même volumineuse, en tension moyenne, sera au contact d'une paroi peu épaisse, modérément tendue.

La multiplicité de ces conditions explique suffisamment la rareté du frémissement hydatique. Elles se trouvaient toutes réalisées chez notre première malade, jeune fille malingre à paroi abdominale mince et ferme. Chez notre second malade, nous sommes persuadés que le kyste eût présenté le phénomène de frémissement hydatique par percussion directe; mais la paroi abdominale épaisse et musclée s'opposait sans doute à la transmission.

2° En second lieu, nous ferons remarquer que l'ouverture du cul-de-sac pleural, au cours de l'opération, ne s'est accompagnée d'aucun accident : les signes du pneumothorax ont fait complètement défaut, ce qui prouve que l'ouverture d'un cul-de-sac pleural n'entraîne pas fatalement cette complication.

3° Enfin, ces deux observations montrent quel progrès a réalisé la méthode de Delbet dans le traitement des kystes hydatiques du foie, tant par la simplicité de son exécution que par la bénignité et la rapidité des suites opératoires.

UN CAS DE MENSTRUATION PRÉCOCE

Par M. Lop,
Chargé de cours d'accouchements à l'Ecole de médecine de Marseille.

I. Récemment, le docteur Aussel (de Lille) a présenté, à la Société centrale de médecine, une fillette âgée de quatre ans et neuf mois. Cette enfant était plus développée que les autres fillettes du même âge : taille 1m08, poids 20 kilos, seins développés comme ceux d'une enfant de douze à quinze ans. Un écoulement sanguin se faisait par le vagin. L'examen des organes génitaux et de la vulve ne révéla rien d'anormal, on se trouvait simplement en présence d'un écoulement menstruel précoce.

Au dire de M. Aussel, les faits analogues au sien s'élèvent à une vingtaine. Je viens en faire connaître ici un vingt-et-unième.

II. Clotilde Th..., âgée de six ans, née à terme, de parents sains et robustes, bonne santé habituelle jusqu'à trois ans et demi; à cette âge, fièvre typhoïde assez grave, au cours de laquelle elle eut une forte hémorragie intestinale; à cinq ans, scarlatine.

En mars dernier, c'est-à-dire à cinq ans sept mois, première et forte hémorragie génitale, qui dura huit jours et cessa brusquement du soir au lendemain. Pendant toute la durée de cette perte, la santé de l'enfant, qui continua à s'amuser avec les autres enfants, est demeurée bonne.

Depuis mars, elle a été réglée très ponctuellement, du 15 au 20 de chaque mois.

L'état général se maintient bon, mais il existe une légère pâleur de la face.

Tous les organes thoraciques sont sains, le cœur soigneusement ausculté en vue d'un rétrécissement mitral congénital pouvant expliquer les métrorragies, ne révèle rien de particulier. Pas de dyscrasie (albuminurie, diabète, hémophilie).

Les organes génitaux externes sont bien conformés et de proportions normales. Les glandes mammaires sont réduites à leur minimum.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Recherche pratique de l'albumine dans l'urine. — M. Trétrop (de Bruxelles) se sert du procédé suivant pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine :

1° Chauffer 4 ou 5 centimètres cubes d'urine dans un tube à essai à une température voisine de l'ébullition;

2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formaline pure (solution à 40 p. 100).

Au bout de quelques secondes, si l'urine renferme de l'albumine, il se produit des amas floconneux de l'aspect du blanc d'œuf coagulé. Ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où il forment un véritable feutrage. Les amas sont cohérents et lorsque le tube n'a pas été agité pendant la réaction, on voit de véritables bouchons d'albumine coagulé au sein du liquide. Rien de plus aisé de les recueillir sur un filtre.

Remarque essentielle : l'urine doit être fraîche. L'ammoniaque décompose le formol.

Si l'on renverse le tube après que la réaction s'est opérée, on aperçoit nettement le feutrage d'albumine qui adhère à ses parois.

Le tube vide de liquide atteste encore la présence de l'albumine.

Rien de semblable ne s'observe lorsqu'on emploie la chaleur et l'acide nitrique.

Le volume du bouchon albumineux peut fournir des données sommaires sur la quantité plus ou moins grande d'albumine. Cette quantité peut être déterminée plus rigoureusement par la pesée.

Certaines urines fortement albumineuses se prennent par l'addition de formaline sans chauffage préalable en une masse gélatineuse assez cohérente qui affleure parfois la surface libre du liquide.

L'aspect est particulièrement caractéristique dans les verres coniques de forme haute employés couramment en clinique.

Les avantages du procédé sont les suivants :

La réaction est nette grâce à la cohérence du caillot formé et aussi à la couleur de l'urine. Celle-ci n'est pas altérée.

Si l'on compare un tube d'urine albumineuse chauffée et traitée par l'acide nitrique à un tube qui a subi l'action de la chaleur et de la formaline, les petits grumeaux disséminés du premier tube auront une coloration variable rouge brun plus ou moins foncé, comme le liquide altéré dans lequel ils baignent, tandis que le large feutrage ou le bouchon albumineux du tube à la formaline se détachera nettement en blanc très légèrement teinté de brun sur le fond jaune de l'urine.

Le procédé exclut l'emploi des acides désagréables et nullement exempts de danger. Les mains et les vêtements de l'opérateur sont à l'abri de toute brûlure.

La formaline, même à 40 p. 100, concentration maxima, n'attaque pas les couleurs les plus délicates et le médecin peut, sans précautions spéciales, porter sur lui un petit flacon de ce produit pour faire la réaction au lit du malade. (*La Clinique de Bruxelles*, juin 1901. et *Gaz. hebd.*) F. R.

CHIRURGIE

Gangrène sénile par athérome; pansement à l'eau oxygénée; guérison. — M. Chambard-Hénon a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon une malade atteinte de gangrène sénile par athérome, qui fut pansée à l'eau oxygénée et guérit.

Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, qui présentait, en janvier 1899, un escare intéressant trois orteils et le dos du pied gauche. A ce moment, l'artère fémorale du côté gauche battait avec beaucoup moins de force et d'ampleur au pli de l'aine, que du côté droit.

État général grave, température oscillant de 39 à 40 degrés, en outre eczéma généralisé. Une intervention avec anesthésie paraissant trop grave, M. Chambard-Hénon institua le traitement suivant : grands lavages à l'eau oxygénée à 12 volumes par litre, 100 grammes pour 1000 d'eau bouillie tiède; poudrage avec de l'orthoforme et application de lint enduit de glycérolé d'amidon. Régime lacté, iodure de potassium à l'intérieur à petites doses, une fois par semaine un verre d'eau minérale purgative.

En trois semaines, la gangrène qui avait envahi le dos du pied, la malléole péronière et le bas de la jambe, sans dépasser son tiers inférieur, devint stationnaire. La plaie devenue rose, bourgeonnante et sans odeur, la réparation dura dix-huit mois.

Actuellement, la cicatrisation est complète, la malade marche sans béquilles, le membre est à peine atrophié, aucune amputation précoce n'aurait donné un meilleur résultat.

Aussi, MM. Gangolphe et Chambard-Hénon concluent-ils de la façon suivante :

1° Il s'agit d'un fait typique de gangrène sénile par athérome. L'absence presque complète de battements de la fémorale au pli de l'aine, aussi bien que l'examen du système artériel tout entier, rend le diagnostic indiscutable.

2° Comme l'un de nous l'a remarqué, la température générale s'est maintenue élevée pendant la période de début de la mortification, pour retomber à peu près à la normale au moment de l'élimination des escares.

3° Toute intervention paraissait contre-indiquée en raison de l'état général de la malade et de la circulation défectueuse du membre malade. On pouvait craindre, en effet, l'extension du processus.

4° L'emploi de l'eau oxygénée a donné des résultats véritablement merveilleux; aussi, en raison de son innocuité et de son efficacité antiseptique, nous sommes disposés à le recommander dans des cas pareils. L. G.

Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule. — Le docteur A. Charlier a communiqué à la Société d'hygiène un nouvel appareil imaginé en collaboration avec M. Nicholson.

Il se compose de trois parties : un bandage de corps; une bande de toile destinée à comprimer le fragment interne; un carré de toile destiné à immobiliser et à soutenir le bras.

1° Le bandage de corps mesure 25 centimètres de hauteur, il est formé de deux épaisseurs de bonne toile et muni de quatre baleines (deux en avant, deux en arrière) qui l'empêchent de se rouler sur lui-même. Le milieu en est appliqué sur le sternum. Les extrémités avoisinent la partie postérieure des côtes. Trois cordons plats résistants les continuent. On les croise, on les fait passer sous l'aisselle et on les ramène en avant pour les nouer deux à deux. Le bandage est ainsi fixé solidement autour du tronc le plus haut possible.

2° La bande de toile, large de trois travers de doigt environ, qui doit appuyer sur le fragment interne de la clavicule, s'attache au bord supérieur du bandage en arrière, vers le milieu du dos, par un point de couture ou par une ou deux épingles anglaises. On le fixe de même au niveau du sternum (en interposant un tampon d'ouate ou quelques épaisseurs de linge fin entre cette bande et la clavicule).

3° La troisième pièce est un grand carré de toile. On le fixe par l'un de ses bords au bord supérieur du bandage. Il tombe devant le corps à la façon d'un tablier. L'une de ses extrémités se trouve sous l'aisselle du côté blessé; l'autre ne dépasse pas le mamelon du côté opposé.

Quand il est fixé, saisissant son bord axillaire, on lui fait contourner la face externe du bras placé dans une position convenable, on le ramène sur le devant de la poitrine, et on le fixe au bandage de corps en dedans du bras.

On replie ensuite sa partie inférieure pour lui faire embrasser et soutenir l'avant-bras et on l'attache sur la bande qui comprime le fragment interne de la clavicule.

Si la position du bras a été bien choisie, on obtient ainsi l'écartement de l'épaule en haut, en dehors et en arrière. De plus, le poids du bras concourt par l'intermédiaire de la bande à abaisser le fragment interne de la clavicule.

Cet appareil donne des résultats thérapeutiques parfaits. Il permet de masser et de mobiliser l'épaule. Dans le cas ainsi traité, la déformation est peu considérable, il n'y a pas d'atrophie de l'épaule, enfin son application n'est nullement pénible, et sa confection est facile à faire dans chaque famille. (*Journ. d'hyg.*, 25 août 1901.) L. G.

MALADIES INFANTILES

Traitement médical des otites aiguës non suppurées. — M. Mahu fait les prescriptions suivantes :

1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 p. 1000, aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas, chiffon, puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaude que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par III ou IV gouttes de la préparation suivante tiède au bain-marie :

Glycérine neutre stérilisée	10 grammes.
Résorcine	0g75.
Chlorhydrate de cocaïne	0g10.

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant, étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demi-cuillerée à café de :

Huile d'amande douce stérilisée ...	60 grammes.
Menthol	0g60.

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendu à 50 centimètres au-dessus de la tête de l'enfant et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse, — le tout soigneusement bouilli, avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner

avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée. (*Ann. de méd et de chir. infant.*, 1901.) S. L.

REVUE DES THÈSES

Le fléau alcoolique et l'État, par M. le docteur A. DESCHASEAUX. (Th. de Paris, 1901.)

THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLAXIE

L'alcoolisme aigu ou l'ivresse, dépouillé de ses complications ou de ses conséquences, est un accident bénin et se guérit facilement par un sommeil réparateur.

Lorsque l'alcoolique est dans le coma, qu'il est ivre-mort et qu'il y a lieu, pour une raison quelconque, d'intervenir, on peut employer pour le désintoxiquer la pompe gastrique, les injections de pilocarpine, les excitants cutanés, la respiration artificielle, les lavements purgatifs. Dans les cas plus légers, dans les intoxications subaiguës, on donne au malade xx gouttes d'ammoniaque liquide dans un peu d'eau; on pourra élever la dose jusqu'à 3 et même 4 grammes. On peut donner également l'acétate d'ammoniaque à la dose de 15 à 30 grammes. En cas d'insuccès, on a recours aux vomitifs et surtout à l'apomorphine en injection hypodermique de *un* ou *deux centigrammes*.

Il faut, bien entendu, tenir compte des contre-indications des vomitifs : vieillards, cardiaques, etc. Les purgatifs sont également recommandés; conseiller le repos, calmer l'excitation à l'aide de chloral et favoriser le sommeil par l'opium et la morphine.

Le delirium tremens se traite à l'aide de l'opium à haute dose, *cinq à dix centigrammes* toutes les heures jusqu'au sommeil profond. On a aussi conseillé le bromure de potassium, le chloral, le trional. M. Letulle donne des bains froids dans le delirium tremens fébrile, et M. Quénu a obtenu de très bons résultats avec des injections sous-cutanées de 1 litre qu'il renouvelle tous les jours jusqu'à ce qu'il obtienne un mieux sensible.

Quant au traitement de l'alcoolisme chronique, il est surtout moral : nous donnerons néanmoins sommairement les divers moyens médicaux employés jusqu'à nos jours. La strychnine, à la dose de *cinq milligrammes à un centigramme*, donne quelquefois des résultats. La teinture de strophantus, à la dose de v à x gouttes par jour, amènerait le dégoût de l'alcool! La suggestion hypnotique a donné quelques résultats. Dans ces derniers temps, on a fait beaucoup de bruit autour d'un vaccin, d'un sérum qui avait une vertu infaillible : celle de déshabituer de boire et d'inspirer même le dégoût des liqueurs fortes poussé jusqu'à l'horreur. Mais nous ne pouvons encore donner notre appréciation sur cette nouvelle thérapeutique de l'alcoolisme, la science n'ayant pas encore été satisfaite de ces nouvelles expériences.

Quant aux mesures prophylactiques, elles sont nombreuses et dépendent toutes ou presque toutes de l'État ou des pouvoirs publics.

Limitation du nombre des cabarets en en laissant réduire le nombre, en attendant, par voie d'extinction.

Ne permettre, sous aucun prétexte, l'ouverture d'un nouvel établissement.

N'accorder qu'une seule licence à un même citoyen. Nous savons que dans les grandes villes, et surtout à Paris, il y a des individus qui possèdent jusqu'à 30 et même 40 maisons de débits; ces *fondeurs* de maisons favorisent incontestablement l'occasion de s'alcooliser. Si, à chaque pas, on trouve un café et surtout un de ces bars où on s'alcoolise à bon marché, c'est à eux qu'il faut en attribuer la responsabilité! Ces fondeurs de bars guettent la construction d'une maison, la vacance d'une boutique pour y installer leur commerce, à la tête duquel ils mettent un gérant et surtout une gérante. Croit-on que ces financiers de l'alcoolisation choisissent les quartiers de l'aristocratie? Il n'y a pas de danger, et pour cause; ils préfèrent les quartiers ouvriers, car ils savent que l'ouvrier est une bonne proie pour eux. Il y aurait donc là, à notre avis, une loi utile à créer, loi qui n'accorderait qu'une seule licence à un citoyen et qui punirait sévèrement le prête-nom.

Fermeture des cabarets à dix heures du soir et le samedi à six heures. Quant au dimanche, qui devait être un jour de repos pour l'ouvrier et non un jour de débauche, on devrait en ordonner la fermeture à deux heures. Les débitants y perdraient certainement, mais à coup sûr les ouvriers y trouveraient certainement un réel avantage à tous les points de vue : moral, hygiénique et surtout pécunier.

On a émis l'idée de faire la paye le lundi au lieu du samedi. C'est là une excellente idée dans notre *statu quo;* mais si l'on fermait les cabarets le dimanche, l'ouvrier n'aurait pas l'occasion d'y dépenser son argent.

Augmenter le prix des licences. Favoriser les établissements de tempérance. « Deux initiatives à utiliser chez nous sont en présence, dit M. Legrain, en parlant de ces établissements : l'initiative de l'État et l'initiative privée.

Laquelle des deux est appelée à nous rendre le plus de services? Sans faire fi le moins du monde de l'initiative de l'État, nous n'hésitons pas un seul instant à la subordonner à l'autre et à déclarer, nous appuyant pour cela autant sur l'expérience des autres que sur le bon sens et sur la connaissance de nos mœurs, que l'intervention de l'État doit être à peu près stérile, sans l'intervention préalable de l'initiative privée. »

L'initiative privée a déjà fondé en France quelques sociétés de tempérance qui rendent de réels services à ceux qui les fréquentent, ce sont : la Société contre l'abus des boissons alcooliques, la Société française de tempérance, la Croix-Bleue, la Société contre l'usage des boissons spiritueuses, la Société contre l'usage de l'alcool.

Abrogation du privilège accordé aux bouilleurs de cru.

Interdire la publicité pour toutes les boissons spiritueuses.

Interdiction absolue de la vente de l'absinthe et liqueurs similaires.

Cette disparition de la consommation de l'absinthe supprimerait à coup sûr les candidats à la folie et au crime.

Faire observer plus rigoureusement la loi contre l'ivresse, du 23 janvier 1873; la modifier dans le sens d'une sévérité excessive. L'observation stricte de cette loi, ainsi que nous l'avons déjà dit, préviendrait bien des accidents.

Établir des droits excessifs sur l'alcool. En Angleterre, les droits sur les eaux-de-vie sont de 5 francs par litre. Nous ne voulons parler que pour mémoire du projet de loi sur le monopole de rectification accordé à l'État, monopole qui existe dans différents pays, et notamment en Suisse et en Russie, et dont l'essai a produit des résultats déplorables. Ce monopole tendrait à faire croire à l'alcooliste que l'État lui vend un produit pur et par conséquent inoffensif. Or, nous l'avons déjà dit, l'alcool pur rectifié n'est pas buvable, le serait-il qu'il serait encore un poison. M. Riche, dans un travail qu'il a présenté à l'Académie de médecine, s'exprime ainsi en parlant du monopole de rectification : « Si, par malheur, dit-il, la thèse du monopole de rectification venait à triompher en France, on arriverait à faire croire au public qu'il peut exister des alcools dont la consommation est inoffensive. N'avons-nous pas déjà les prétendues boissons alcooliques hygiéniques? Il faut, au contraire, répéter que l'alcool est mauvais en lui-même et par la quantité qu'on absorbe, quelle qu'en soit d'ailleurs la qualité. »

L'exonération de tout impôt des vins au-dessous de 10 degrés; des bières faibles et des cidres, du café, du thé, du cacao, serait un bon moyen de favoriser la consomma-

tion des boissons faiblement alcooliques, et « l'ouvrier qui aurait le choix, dit M. le professeur Joffroy, entre du vin à bon marché et de l'eau-de-vie à un prix très élevé, choisirait de préférence ce qui lui coûte le moins cher et, en même temps, il prendrait ce qui lui est le moins nuisible ».

Ainsi que nous venons de le voir dans le cours de notre étude, les causes de l'alcoolisme sont en grande partie dues aux pouvoirs publics, et la prophylaxie et le traitement sont aussi entre les mains de l'État; mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'État c'est la politique, et on reste confondu de l'inaction des pouvoirs publics en remontant à sa cause initiale, qui est la toute-puissance du suffrage universel. Il faut donc désespérer que les meilleurs conseils soient à jamais entendus de ce côté.

Cette année, les pouvoirs publics ont fait semblant de s'occuper de la question alcoolisme. Quelles modifications ont-ils apportées dans ce qu'ils ont appelé « la réforme des boissons »? Assurément, aucune bien sérieuse qui puisse entraver la marche croissante des progrès de l'alcoolisme. Ils ont augmenté les droits d'impôts de 63 fr. 75 par hectolitre d'alcool à 100 degrés, mais comme les eaux-de-vie ont de 30 à 50 degrés, la surtaxe pour ces boissons, n'est donc que de 0,19125 à 0,31875 par litre. La contenance du petit verre, dans les établissements, étant environ de 2 à 4 centilitres, la surtaxe peut varier entre 0,003825 et 0,01275 la consommation, ce qui est absolument insignifiant pour les buveurs d'alcool.

La loi sur les bouilleurs de cru a été le sujet de longues discussions, mais pour des motifs que nous avons déjà énumérés elle a encore retrouvé grâce devant les politiciens et les bouilleurs de cru continueront encore à jouir de leur privilège.

L'article 13 qui devait interdire la fabrication, la circulation et la vente de l'absinthe a aussi trouvé grâce devant le Parlement. Cependant l'article avance que : « Toute essence reconnue dangereuse et déclarée telle par l'Académie de médecine sera interdite par décret gouvernemental. »

Il y a cependant longtemps que l'Académie de médecine a déclaré dangereux l'absinthe et les produits similaires connus sous le nom d'apéritifs. Mais M. le ministre Caillaux a trouvé qu'il était inadmissible que le Parlement puisse prononcer la ruine complète de grandes industries, comme celles qui sont en cause.

M. de Lamarzelle demandait à M. Caillaux dans la séance du 26 décembre dernier : « Si l'Académie trouve telle absinthe, telle liqueur nuisible, l'interdirez-vous?— Nullement! a répondu le ministre. — Alors quoi? — Que signifie cet article 13? »

Il vaut mieux que ces industriels presque tous millionnaires, qui n'auraient pas été ruinés par le vote de l'article, continuent à fabriquer et à vendre leurs poisons aux dépens de la population et de la nation.

Mais si l'on n'a rien à espérer du côté de l'Etat, il n'en est pas de même de l'initiative privée et c'est elle qui nous débarrassera du fléau alcoolique.

L'hydrophilisme, il faut bien le dire à notre honneur, a fait beaucoup de progrès dans le corps médical. Beaucoup de médecins, en effet, ne boivent absolument que de l'eau pure et en font partager les effets salutaires à leurs familles et amis et ne s'en trouvent pas mal.

Osons espérer que, par son initiative, son ascendant, le médecin, qui est souvent un ami, un conseiller des familles, sera aussi un des plus fidèles propagateurs de l'hydrophilisme.

Qu'on nous permettre de rendre ici un hommage respectueux à ceux qui ont entrepris la tâche toute de labeur, de combattre le terrible fléau alcoolique, nous avons nommé : MM. Lancereaux, Magnan, Laborde, Legrain, Motet, Riche, Daremberg, Joffroy, Legendre, Jacquet, Sérieux, Servaux, Autheaume, Ruyssen, etc.

Recherches sur les conditions de la douleur, par M. le docteur Armand Guérinot. (Th. de Lyon, 1900.)

Les documents réunis par M. le docteur Guérinot dans sa très intéressante thèse lui permettent de formuler les conclusions suivantes :

La douleur n'est pas une sensation spéciale, mais une qualité qui s'ajoute à toute sensation.

Il n'existe pas d'organes spécialement appropriés à la perception de la douleur.

La douleur est en fonction de l'excitabilité nerveuse.

Toute impression forte, eu égard au degré d'excitabilité nerveuse, provoque de la douleur.

La douleur est toujours perçue plus tardivement que la sensation qui lui donne naissance.

Ce retard est vraisemblablement dû aux phénomènes réflexes qui accompagnent la sensation douloureuse et dont la manifestation exige une certaine durée.

Les variations que présente la sensibilité à la douleur, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, s'expliquent par une augmentation ou une diminution de l'excitabilité nerveuse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

314. M. Bernard (Armand). Périostite aiguë suppurée, sans ostéomyélite. — 315. M. Bournisien de Valmont. Étude sur une forme non douloureuse d'hypersécrétion chlorhydrique continue avec dénutrition générale. — 316. M. Perrineau. Étude comparative chirurgicale et médico-légale des lésions produites à travers les tissus par les balles de petit et moyen calibres des armes de poche : revolvers à poudre pyroxylée. — 317. M. Monraisse. De la coqueluche, son pronostic à l'hôpital (statistique de l'hôpital des Enfants-Assistés, 1890-1900). — 318. M. Diancourt. Contribution à l'étude de l'ouverture pariétale des cholécystites suppurées. — 319. M. Chalochet. Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant. — 320. Mme Lépine. Essai sur Ambroise Paré et la médecine des enfants. — 321. M. Sineau. Les luxations sus-acromiales complètes de la clavicule. — 322. M. Soule. Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte cranienne. — 323. M. Leduc. Considérations sur les fractures de l'extrémité externe de la clavicule et en particulier sur la situation des fragments. — 324. M. Féval. Contribution à l'étude de la disparition de la dysphagie après la gastrotomie. — 325. M. Lemercier. De la grossesse extra-utérine intraligamentaire après le cinquième mois. — 326. M. Gottschalk. Le traitement des plaies. Étude historique, contributions bactériologiques, pansements modernes. — 327 M. Bouillat. De l'emploi du fer et des métaux lourds dans le traitement des anémies. — 328. M. Dubois. Contribution à l'étude des complications articulaires de l'érysipèle, spécialement des arthrites suppurées. — 329. M. Rivault. Paralysies oculaires postdiphtériques. Action de la toxine diphtérique sur les centres nerveux d'après la clinique ophtalmologique. — 330. M. Ramé. Étude, au point de vue médical, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — 331. M. Mantilla. Leucoplasies et cancer. — 332. M. Zadok. Suture des parois urétrales sans suture des parties molles et de la peau. — 333. M. Guillemard. Contribution à l'étude de l'acide silicotungstique comme réactif des alcaloïdes de l'urine. — 334. M. Attias. De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants. — 335. Mlle Doilidsky. Névrites professionnelles. — 336. M. Ricoux. Contribution à l'étude de l'otite dans la grippe et en particulier de ses complications. — 337. M. Fayon. Des accidents appendiculaires dus aux ascarides lombricoïdes. — 338. M. Le Guichaoua. Des variétés rares de luxation spontanée dans la coxalgie. — 339. M. Bajon. De la symphyséotomie répétée. — 340. M. Bretonville. Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. — 341. M. Broutelle.

Contribution à l'étude des pseudo-infections et infections puerpérales d'origine intestinale. — 342. M. CHEVALIER. Détermination de la quantité de sang restant dans le placenta après la délivrance. — 343. M. CAILLETON. Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux. — 344. M. VIDAL. Études sur les réflexes papillaires. — 345. M. CABUCHE. Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale. — 346. M. A. DUPUY. Essai sur la douleur envisagée principalement au point de vue chirurgical. — 347. M. CABOCHE. La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation. — 348. M. DUCOT. Étude sur les paralysies du muscle grand dentelé. — 349. M. BERGENSTEIN. Contribution à l'étude de la forme apyrétique et de la forme fébrile prolongée de l'endocardite maligne. — 350. M. LEVEN. De l'obésité. — 351. M. MATHIEU. Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique. — 352. M. SIEMS. Les pleurésies contemporaines de la pneumonie (pleurésies parapneumoniques). — 353. M. BALZER. Contribution à l'étude de l'oblitération et de la compression de la veine-cave supérieure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 4 novembre 1901, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination : 1° pour le clinicat médical, de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° pour le clinicat chirurgical, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ; 3° pour le clinicat des maladies des voies urinaires, d'un chef de clinique titulaire.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 27 octobre 1901. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Tous les docteurs en médecine français sont admis à concourir. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Écoles de médecine. — *Angers.* — M. Sarazin est chargé d'un cours de physique.

M. Thésée est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Distinctions honorifiques. — Sa Majesté I. R. d'Autriche vient de conférer la croix d'or couronnée du Mérite-Civil à M. Alfred Kraus, docteur ès sciences à Paris, qui était chargé du Rapport officiel du gouvernement I. R. d'Autriche sur l'Exposition universelle de 1900 (sections de chimie et de pharmacie).

Les moustiques. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient de modifier la rédaction des conclusions du Conseil d'hygiène. En voici le texte définitif, adopté à l'unanimité :

1° Surveiller les divers réseaux d'égouts, et spécialement les bouches d'égout sous trottoir, ainsi que les canalisations privées, dont l'entretien laisse souvent à désirer ; y éviter toute stagnation d'eau, inspecter chaque semaine leurs parois, et détruire tout amas d'insectes, soit par flambage à la torche, soit par badigeonnage à la chaux ;

2° Maintenir en parfait état de propreté les abords des fosses et cabinets d'aisances ; ne jamais y laisser le moindre essaim d'insectes, quels qu'ils soient ;

3° Eviter toute stagnation d'eau, toute mare, etc., dans les jardins et cours. Cette prescription devra surtout être observée dans les agglomérations (hôpitaux, casernes, prisons, pensionnats, etc.). L'ordonnance du 25 novembre 1853 (art. 5) sera partout rigoureusement appliquée ;

4° Les fontaines, bassins, etc., des promenades publiques devront être vidés et nettoyés au moins une fois par semaine. Dans les pièces d'eau de grande surface, les lacs, etc., on devra entretenir de nombreux poissons ;

5° Pour les bassins, tonneaux, etc., situés dans les propriétés privées et dans les quartiers infestés, on se trouvera bien de disposer à la surface de l'eau une couche de pétrole (1 gramme environ de pétrole lampant par mètre carré), ou, s'il s'agit d'une pièce d'eau servant à la boisson, une couche d'huile alimentaire en même quantité ;

6° Dans les quartiers infestés, l'usage du moustiquaire peut être utilement recommandé ;

7° Sur les piqûres des moustiques, appliquer une goutte de teinture d'iode ou une goutte de solution de gaïacol au centième.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Moncorvo (de Rio-de-Janeiro).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 106. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1901. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Étiologie et prophylaxie du paludisme, par M. Ch. DOPTER, médecin aide-major de première classe au Val-de-Grâce. — MÉDECINE PRATIQUE. L'extrait capsulaire comme anesthésique. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Étiologie et prophylaxie du paludisme.

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin aide-major de première classe.

La question du paludisme, restée obscure jusqu'à la découverte de l'hématozoaire, comportait encore, durant ces dernières années, bien des points dont l'existence était inexpliquée. Des recherches toutes récentes sont venues les éclairer pour la plupart et permettre d'établir des données étiologiques nouvelles, des règles prophylactiques qu'on a commencé à appliquer et qui ont déjà porté leurs fruits. A ce titre, l'étiologie et la prophylaxie de la malaria méritent d'attirer l'attention de tous les médecins.

I. ÉTIOLOGIE

I. **Nature parasitaire.** — De nature essentiellement *endémique*, semblant rivé à certains sols à l'exclusion de certains autres, le paludisme est une maladie infectieuse, parasitaire, dont l'agent spécifique est une coccidie découverte par Laveran en 1880 et nommée par lui : *Hématozoaire*.

L'hématozoaire se trouve, en effet, chez tous les paludéens; il ne se trouve que chez eux; la médication quinique, qui seule fait disparaître la malaria, fait seule disparaître les parasites. Enfin, quand on injecte dans les veines d'un individu sain du sang de paludéen, il contracte les fièvres intermittentes et l'on trouve chez lui l'hématozoaire. Les accès de fièvre apparaissent huit à dix jours après cette inoculation; ce fait expérimental est d'ailleurs en accord avec de nombreux faits d'observation.

M. Laveran, ni aucun autre auteur, n'a pu cultiver artificiellement l'hématozoaire.

MODE D'INFECTION. — Comment se fait l'infection dans les conditions naturelles?

Jusqu'à ces dernières années, on n'avait pu retrouver l'hématozoaire ni dans l'air, ni dans l'eau, ni dans le sol des localités palustres; aussi était-il impossible de comprendre comment le parasite pénétrait dans l'organisme humain. Cependant, en 1884, par analogie avec la transmission de la filariose, M. Laveran avait pensé que l'agent spécifique devait vivre à l'état de parasite de quelque animal ou de quelque plante; aussi avait-il émis l'hypothèse que les moustiques pouvaient jouer un rôle important dans la propagation de l'infection malarique. Il avait remarqué que les moustiques abondaient dans les régions paludéennes, et « il n'est pas douteux, disait-il, que les moustiques qui sucent le sang d'individus atteints de fièvre palustre, sucent en même temps des hématozoaires, mais nous ne savons pas ce que deviennent les parasites dans le corps des moustiques d'abord, puis dans le milieu extérieur ». La voie à suivre était tracée; après de grosses difficultés, de patientes recherches ont abouti à ce que Laveran avait annoncé comme infiniment vraisemblable.

1° *Expériences sur les animaux.* — En 1897 et 1898, R. Ross, expérimentant aux Indes, fait piquer des paludéens par des moustiques quelconques : l'examen des insectes reste négatif; mais, répétant l'expérience sur des oiseaux avec les moustiques recueillis dans des régions marécageuses et possédant des ailes tachetées, il arrive à déceler dans le corps des moustiques des éléments particuliers qu'il attribue à l'évolution de l'hématozoaire endoglobulaire des oiseaux (proteosoma).

L'expérience fondamentale de Ross est la suivante : Des oiseaux infectés par le proteosoma sont placés dans une cage contenant un vase en même temps que des larves de moustiques. Le tout est recouvert par une moustiquaire. Les moustiques, une fois développés, piquent les animaux et se gorgent de sang. Il les recueille et les examine. Fréquemment, il trouve dans les parois de l'estomac des corps sphériques pigmentés caractéristiques, d'autant plus développés que le moustique avait subi depuis plus longtemps l'infection. Ces éléments faisaient toujours défaut dans le corps des moustiques nourris avec le sang des oiseaux sains; une conclusion s'imposait : *les moustiques infectés contiennent en eux un dérivé de l'hématozoaire*.

Par des examens fréquemment répétés, Ross a pu suivre les divers stades d'évolution du parasite, dont le diamètre augmente progressivement, tout en perdant son pigment complètement développé. Ces corps sphériques font saillie à la face externe de l'estomac du moustique et tombent dans la cavité générale. Là ils donnent naissance à deux espèces d'éléments : 1° des éléments filiformes (germinal threads) qui se répandent dans tout l'organisme, et particulièrement dans les glandes salivaires; 2° des corps plus volumineux, de figure irrégulière, constituant peut-être des formes de résistance du proteosoma.

Le moustique s'infecte donc sur l'oiseau, dont le sang charrie l'hématozoaire. Une contre-expérience montra à Ross qu'en retour le moustique infecté pouvait servir d'agent inoculateur à l'oiseau sain.

Quatre moineaux et un oiseau tisserand, dont le sang ne renfermait aucun hématozoaire, sont soumis aux piqûres de moustiques ayant sucé le sang de moineaux infectés par le proteosoma. Au bout de dix jours environ, les cinq oiseaux présentaient du proteosoma dans leur sang et mouraient peu après : le foie et la rate étaient surchargés de pigment; enfin, des oiseaux protégés contre les piqûres de moustiques ne s'infectaient jamais.

Devant de semblables faits, le doute n'était plus permis; il était définitivement établi que *le moustique infecté par l'animal malade infectait l'animal sain* par le même agent parasitaire transformé grâce au passage dans son organisme. De plus, il était avéré que tous les moustiques n'étaient pas capables de jouer ce rôle; c'est ce qui explique les échecs du début où Ross avait utilisé des moustiques quelconques. Seuls, les moustiques à ailes tachetées lui avaient donné des résultats positifs.

2° *Expériences sur l'homme.* — Tels étaient les résultats acquis par l'expérimentation sur les oiseaux. Il y avait de fortes raisons de penser que les mêmes phénomènes devaient se reproduire chez l'homme, tant le proteosoma et l'hématozoaire ont d'analogie. Et de fait, cette hypothèse fut confirmée par Koch et les auteurs italiens, Celli, Grassi, Brignami, Bastianelli. Ces derniers ont pu constater l'évolution des corps en croissant du sang palustre dans le tube digestif de moustiques ayant piqué des paludéens avérés; ils ont montré que les transformations de l'hématozoaire étaient identiques à celles des proteosoma. Enfin, Bignami réussit à donner le paludisme à un individu sain, en l'exposant pendant plusieurs nuits aux piqûres des moustiques recueillis dans les régions malariennes.

On démontra de plus que, comme pour les oiseaux, tous les moustiques ne sont pas aptes à provoquer l'infection palustre chez l'homme; ce rôle fut attribué uniquement à une espèce appartenant au genre anopheles (*anopheles claviger*), à l'exclusion du genre culex (Grassi).

Ces différentes recherches n'entraînèrent pas d'emblée la conviction de tous : l'expérience perd de sa valeur, a-t-on dit, car les expériences de Grassi, Bignami, etc., ont été effectuées à Rome, centre d'une région éminemment palustre. Cette objection devait être anéantie peu après par Patrick Manson, qui transmit la malaria par des anopheles à des personnes non suspectes d'atteintes antérieures, et qui avaient toujours habité une localité notoirement reconnue indemne de paludisme : son fils, M. P. Thurburn Manson, se fit piquer à différentes reprises par des moustiques ayant sucé le sang d'un malade atteint de fièvre tierce simple. Au bout de quelques jours survinrent chez lui des accès de fièvre intermittente avec hypertrophie splénique et présence d'hématozoaire dans le sang : le tout céda à la thérapeutique quinique.

D'autres expériences, contre-partie des précédentes, devaient montrer que les individus n'ayant jamais été infectés par l'hématozoaire peuvent éviter la malaria dans une région palustre, en se préservant de la piqûre des moustiques. Quelques-uns de ces faits seront rapportés au chapitre de la prophylaxie.

Les résultats de toutes ces recherches sont actuellement confirmés de tout côté. De plus, le détail des observations de chacun est venu compléter différents points des notions précédentes admises par tous, et aider à la connaissance complète de l'évolution de l'hématozoaire chez l'homme et le moustique.

Évolution de l'hématozoaire. — Il est reconnu actuellement que l'hématozoaire du paludisme, pour poursuivre son évolution, passe par deux hôtes successifs : l'homme et le moustique, chez chacun desquels il se multiplie; mais le mode de multiplication varie suivant qu'on l'observe chez l'un ou l'autre.

Hématozoaire chez l'homme. — Les découvertes de Laveran ont bien fait connaître les différents aspects que peut revêtir le parasite dans le sang humain : ce sont les *corps sphériques*, les *corps en rosace*, les *corps en croissant*. Enfin, il avait vu apparaître, au bout de cinq à vingt minutes, des *corps flagellés*. Ces formes représentent les divers stades évolutifs de l'hématozoaire, qui, chez l'homme, ne peut poursuivre un développement plus parfait.

Le *corps sphérique* se présente comme un corps arrondi, contenu dans l'intérieur des globules rouges, doué de mouvements amiboïdes; vivant aux dépens de l'hématie, il grossit; il atteint presque le volume de cette hématie; le noyau dont il est pourvu se divise, et les noyaux néoformés se portent à la périphérie. Le pigment occupe le centre. Puis le protoplasma se divise, lui aussi, en autant de parties qu'il existe de noyaux, séparées par des incisures rayonnantes. C'est le *corps en rosace* (*corps segmenté*). Cette transformation accomplie, le globule rouge se détruit; les corps en rosace deviennent libres, et les fragments qui les composent se séparent les uns des autres. Le pigment devient libre, lui aussi, et est absorbé par les leucocytes (leucocytes mélanifères) qui vont le porter dans différents organes, foie, rate, etc. Les segments de la rosace ou mérozoïtes s'accolent ensuite à un globule rouge, pénètrent dans son intérieur et redeviennent les corps sphériques du début. *Cette reproduction est asexuée.* Elle s'effectue fréquemment et assez rapidement pour qu'un hématozoaire puisse en peu de temps se multiplier activement et envahir l'organisme.

Quand ce mode de reproduction a donné de nombreuses générations, les mérozoïtes, comme épuisés par une longue série de semblables multiplications, après avoir pénétré l'hématie, s'allongent, s'incurvent sous forme de croissants et se chargent de pigment. Le croissant grandit, se nourrit aux dépens du globule rouge, qui s'effrite ou éclate; il devient libre dans le plasma sanguin. Les auteurs s'accordent à penser que ce dernier terme de l'évolution asexuée est une préparation de la *reproduction sexuée* qui doit s'accomplir en dehors de l'organisme humain.

Hématozoaire chez les moustiques. — Un moustique vient alors sucer le sang d'un malade contenant dans son sang les éléments précédents; il absorbe dès lors un grand nombre de corps sphériques et de croissants. Les corps en croissant s'arrondissent, si bien que bientôt on ne trouve plus dans l'estomac de l'insecte que des corps sphériques; ceux-ci se différencient : les uns restent intacts, ce sont les *macrogamètes* (éléments femelles); les autres se munissent de prolongements longs et grêles, ce sont les corps flagellés. Les flagelles se séparent bientôt, deviennent libres et prennent le nom de *microgamètes* (éléments mâles). Puis la fécondation s'effectue : un flagelle pénètre dans un corps sphérique libre; l'élément ainsi fécondé dans l'estomac des moustiques prend le nom de *zygote*; il pénètre dans la paroi de l'estomac; là, il

grandit, puis finalement s'enkyste et vient faire saillie à la face externe de l'estomac. Pendant cet accroissement, le pigment intérieur disparaît, et le contenu du kyste se divise en une quantité infinie, d'éléments fusiformes qu'on a nommés *sporozoïtes*. A une époque donnée, la paroi du kyste se rompt, et les sporozoïtes libres tombent dans la cavité générale; de là ils se dirigent vers les glandes salivaires et pénètrent dans leurs cellules. Aussi, quand l'insecte piquera les téguments, déversera-t-il dans la plaie formée, non seulement de la salive, mais encore ces sporozoïtes qui se trouveront, par une véritable inoculation, entraînés dans le torrent circulatoire; là, ils pénètrent dans les globules rouges, et ainsi recommence une nouvelle génération asexuée.

En résumé, l'homme contamine le moustique et le moustique inocule l'homme; pour que le cycle évolutif de l'hématozoaire soit complet, il lui faut donc passer par deux hôtes alternatifs en dehors desquels « il n'y a pas de place pour une phase de vie libre, sous un état quelconque » (Blanchard).

II. **Causes secondaires.** — L'hématozoaire et le moustique, telles sont les causes étiologiques primordiales qui dominent actuellement l'étiologie du paludisme. Certaines causes secondaires ne doivent cependant pas être rejetées systématiquement : elles favorisent l'éclosion de la malaria dans une mesure très appréciable. Les unes relèvent de l'organisme humain, d'autres du moustique, d'autres enfin sont créées par l'influence des milieux extérieurs.

A. Conditions relevant de l'organisme humain. — L'*immunité* est le premier élément à considérer. Toutes les races humaines sont accessibles à l'infection malarique; l'immunité naturelle n'existe pas. Toutefois, dans cette réceptivité générale, il est des degrés : la race noire, par exemple, offre plus de résistance que toute autre; bien que subissant les effets nocifs des virus, elle peut vivre et prospérer dans les régions les plus insalubres; à la saison des pluies cependant elle devient plus réceptive; malgré tout, les atteintes ne sont pas violentes, et les fièvres continues, les accès pernicieux sont inconnus chez les nègres. L'Arabe résiste bien, mais il n'en contracte pas moins parfois la malaria, qui n'a d'ailleurs chez lui aucune gravité.

Récemment cependant, Celli a cité des faits montrant qu'en certaines régions italiennes, où le paludisme est sévère, les individus sont naturellement réfractaires : malgré les moyens employés pour atténuer leur résistance (surmenage, nourriture insuffisante), ils ont résisté à des piqûres d'insectes malariques, voire même à des injections répétées de sang infecté; il lui semble que cette immunité organique soit héréditaire.

Koch a remarqué d'autre part qu'à la Nouvelle-Guinée, du moins, les habitants pouvaient acquérir cette immunité naturelle; voici les raisons qui militent en faveur de ses assertions : il a trouvé dans plusieurs villages que la proportion des paludéens, suivant l'âge, était la suivante : enfants au-dessous de deux ans : 6 sur 6; de deux à quatre ans : 6 sur 13 de cinq à dix ans : 4 sur 17; au-dessus de dix ans : 0 sur 39. Cette statistique prouve bien que, dans ce pays, le paludisme ne frappe que des enfants (1); l'adulte s'est donc immunisé, dans son enfance, par une atteinte avérée de malaria. Son opinion est confirmée par le fait que les adultes sains transportés d'un village contaminé dans un autre foyer de paludisme ne tombent pas malades, tandis qu'un individu venant d'un pays moins paludéen et non paludéen lui-même, dans un village infecté, est sûrement frappé. L'examen de la rate chez les individus de tout âge confirme encore sa manière de voir : la splénomégalie est fréquente de trois à six ans, puis à partir de la quinzième année il n'a pu constater qu'un cas où la rate fut accessible à la palpation. Ces données sont peut-être particulières à la région où Koch a fait ses observations, car il est admis actuellement partout qu'une première atteinte de paludisme, loin d'immuniser, favorise au contraire l'éclosion des rechutes et récidives.

Enfin, il existe une immunité artificielle, relative toutefois et passagère, par l'emploi préventif de la quinine; on sait toute la portée de cette donnée en matière de prophylaxie.

L'influence de l'*âge* et du *sexe* est peu accusée; il faut savoir cependant que les enfants sont le plus fréquemment atteints : la mortalité maxima est entre cinq et vingt ans.

Toutes les *causes débilitantes* favorisent l'éclosion du paludisme; comme dans toute maladie infectieuse, le surmenage, les privations, la nourriture insuffisante en quantité ou qualité ont une influence des plus funestes. D'après Celli, les paysans romains pauvres se nourrissent presque exclusivement de maïs, sans jamais prendre de matières azotées; pour lui, c'est une grave prédisposition à la malaria.

La *profession* entre parfois pour beaucoup en ligne de compte : tous les ouvriers que leur métier appelle à opérer des défrichements de marécages, par exemple, où à creuser le sol ou à faire des tranchées (terrassiers, etc.) sont particulièrement prédisposés à contracter le paludisme.

Les conditions hygiéniques défectueuses concernant l'habitation doivent encore être prises en considération.

B. Conditions relevant du moustique. — Tout moustique n'est pas capable de transmettre le paludisme, il faut que son organisme se prête aux transformations que doit subir l'hématozoaire pour subir son évolution sexuée. A l'heure actuelle il est reconnu que l'*anopheles claviger* est le seul insecte qui remplisse ces conditions, à l'exclusion complète du *culex pipiens* que l'on peut aussi rencontrer dans les régions où vit l'anopheles.

Ce rôle exclusif de l'anopheles, démontré dans ses expériences par R. Roos, confirmé par Grassi, puis par diverses communications de Laveran, est prouvé par le fait que ces insectes abondent partout où naissent les fièvres palustres, et qu'ils sont rares ou même absents dans les régions où elles ne règnent pas (1).

Certaines notions concernant la biologie et les mœurs de ces insectes et de leurs larves regardent directement l'étiologie malarique, et sont indispensables à connaître pour établir une prophylaxie rationnelle, qu'on veuille soit les détruire, soit les éviter.

Comme les moustiques en général, l'anopheles claviger

(1) Koch affirme même dans son rapport que c'est principalement par les enfants indigènes, tous infectés, que les Européens se contagionnent. MM. Cannet, Dutton et Elliot (Rapport sur l'expédition envoyée dans la Guinée anglaise pour l'étude de la malaria) viennent tout récemment de faire les mêmes constatations.

(1) Des caractères distinctifs permettent de différencier rapidement l'anopheles du culex, soit à l'état larvaire, soit à l'état d'insecte adulte :

Les larves de l'un et de l'autre se tiennent à la surface de l'eau pour respirer. Mais tandis que la larve de culex se tient perpendiculairement la tête en bas, celle de l'anopheles est presque horizontale.

Chez les adultes : les ailes de l'anopheles sont tachetées; puis, les palpes maxillaires du culex femelle sont très petites, celles du culex mâle sont aussi longues que la trompe. Chez l'anopheles, mâle ou femelle, ces organes sont de la même longueur que la trompe.

est un insecte crépusculaire et nocturne. Pendant le jour, il se cantonne dans les ravins, grottes, haies, bosquets, granges, écuries, habitations, etc., souvent aussi dans les forêts ombrageuses et humides.

Le soir, ils sortent de leurs repaires et piquent l'homme. Ils s'écartent très peu de la surface du sol. C'est dire que le voisinage de ces repaires est très dangereux pour qui s'y aventure. Habituellement c'est la femelle qui suce le sang, le mâle se nourrit exclusivement du sue des fleurs et des végétaux.

La ponte se fait au printemps : la femelle dépose ses œufs à la surface des eaux stagnantes, ces dernières sont indispensables au développement ultérieur de la larve et de l'insecte parfait; les eaux courantes au contraire ne conviennent pas, ni les pièces d'eau de grande étendue et poissonneuses; les flaques, les mares dont les bords deviennent fangeux constituent l'habitat de choix; celles qui donnent asile à une végétation aquatique sont aussi très favorables.

Deux jours après la ponte, la larve éclôt. Pour respirer, la larve est incapable d'utiliser l'oxygène qui se trouve en dissolution dans l'eau; elle respire en nature l'air atmosphérique au moyen de deux orifices qui conduisent directement dans deux gros tubes respiratoires; elle se tient alors à la surface de l'eau. La provision d'air faite, elle plonge dans la profondeur. La résistance de la larve est très amoindrie par la sécheresse et par les températures basses.

L'état larvaire dure environ quarante-cinq jours, puis la larve devient nymphe; après quoi, vers le cinquantième jour après la ponte, l'insecte parfait est formé et s'échappe dans l'air atmosphérique. C'est vers la fin de juin ou le début de juillet que les nouvelles générations commencent à piquer.

Cette éclosion des moustiques est en rapport direct avec la température. Ils disparaissent en général et meurent à la fin de l'automne, du moins dans les contrées tempérées; toutefois certaines femelles déjà fécondées se retirent en quelque endroit habité et y passent l'hiver, pour sortir de leur torpeur vers le printemps et donner naissance à une génération nouvelle. Dans les pays chauds, les moustiques pullulent toute l'année et se renouvellent constamment.

C. Conditions relevant des influences extérieures. — Les causes secondaires relevant des milieux extérieurs semblaient avoir une grande influence dans l'étiologie du paludisme avant que la notion de sa propagation par le moustique ne soit nettement établie. Actuellement, bien qu'elles aient perdu beaucoup de leur importance, il n'est pas inutile de les rappeler, ne serait-ce que pour montrer leur parallélisme avec les conditions biologiques des anopheles.

Toutes les statistiques anciennes et modernes montrent l'*influence saisonnière* comme des plus manifestes. De tout temps on a vu, dans les pays tempérés, la malaria débuter et se terminer à époques fixes; elle commence en fin juin, atteint son apogée en août et prend fin avec l'automne. On a vu toutefois vers le printemps la courbe de la malaria s'élever : cette recrudescence est due uniquement aux récidives provoquées par les brusques variations de température chez des malades atteints primitivement dans la période estivo-automnale précédente.

En Algérie, où la saison chaude dure plus longtemps, la période de morbidité malarienne est plus étendue. Enfin, à mesure qu'on approche des tropiques, les périodes d'accalmie deviennent de plus en plus courtes, pour devenir nulles, et la malaria règne à peu près indistinctement à toutes les époques de l'année.

Ces faits concordent parfaitement avec ce que l'on sait sur la vie et le développement de l'anopheles, l'époque de leur éclosion et le moment où ils commencent à piquer (fin juin, début de juillet); de plus, la température la plus favorable pour le développement de l'hématozoaire dans le corps du moustique est intermédiaire entre 20 et 30 degrés; d'autre part, les larves résistent peu aux basses températures, autant de faits qui expliquent que le paludisme ne sévisse pas en hiver. On conçoit également pour les mêmes raisons que l'extension de l'infection s'accuse en août et décroisse en automne dans nos pays, devienne plus longue en Algérie et permanente sous les tropiques.

A l'influence saisonnière s'ajoutent celles d'autres conditions météorologiques, telles que les pluies et les vents.

Le rôle des *pluies* notamment est manifeste : depuis longtemps on observe que les pluies abondantes, survenant au printemps, favorisent l'extension estivale de la malaria, et que les pluies de l'été sont toujours suivies d'une recrudescence des fièvres. Ces pluies sont funestes en ce sens qu'après les inondations qu'elles provoquent, il reste le plus souvent sur le sol des flaques, des mares, favorables à la ponte des œufs d'anopheles, à la formation des larves et au développement de l'insecte. Ici encore la théorie du moustique donne l'explication des faits.

Les *vents* ont été souvent incriminés par les coloniaux. Laveran, Kelsch et Kiener pensent que les vents peuvent être les vecteurs accidentels de la malaria, mais à courte distance; l'absence d'atteintes chez les marins se trouvant à bord des vaisseaux stationnés en face de régions très insalubres semble être en faveur de cette opinion; Celli va plus loin encore, il dénie aux vents tout rôle favorisant. Cependant, il est absolument démontré que certaines régions présentent des cas de paludisme, chaque fois qu'elles subissent un vent qui a passé sur des foyers voisins infectés; et inversement que d'autres localités sont préservées quand des obstacles naturels coupent des vents ayant traversé des pays infectés. Ces faits semblent incompatibles avec ce que l'on sait du moustique, qui ne s'écarte guère de la surface du sol où il est né; en tout cas que le moustique intervienne ou non, on en ignore actuellement la cause.

On a pensé encore que les *différences de température* entre le jour et la nuit pouvaient avoir leur influence; si celle-ci existe, c'est sans doute que le refroidissement prédispose à l'infection en diminuant la résistance de l'organisme.

Influence du sol. — La notion d'un rapport étroit entre le développement du paludisme et la nature du sol est de date très ancienne. Dans les pays tempérés ou tropicaux, le paludisme évolue de préférence dans les *sols marécageux*, *les vallées et les plaines basses*. Celles-ci en effet reçoivent fréquemment les eaux qui s'écoulent de la pente formée par les montagnes et collines environnantes; leur sol est humide, et le plus souvent baigné par des eaux stagnantes, éminemment propices au développement de l'anopheles et à la permanence de l'infection; les sols argileux sont à ce point de vue particulièrement funestes; dans le même ordre d'idées rentre le voisinage des estuaires, des deltas, des fleuves.

Un sol élevé au-dessus du niveau de la mer est au contraire peu favorable à l'endémie palustre; et l'altitude suffisante pour l'immunité est peu considérable. Laveran cite des faits bien significatifs à cet égard. « Dans l'intérieur de la ville de Constantine, on prend très rarement la fièvre; à

100 mètres au-dessous, à proximité des portes de la ville, le paludisme règne avec une intensité redoutable sur les bords du Rummel. De même à Bône, la ville haute est épargnée, tandis que, dans la ville basse, les atteintes ne sont pas rares. »

Cette influence de l'altitude s'explique aisément par l'abaissement de la température sur les hauteurs, puis par le facile écoulement des eaux aboutissant à un drainage naturel du sol; mais la théorie du moustique en rend compte encore; les moustiques s'élèvent peu, a-t-on dit, au-dessus de la surface du sol, à ce point qu'en pays palustre, fait cité par Laveran, « les habitants des étages supérieurs sont moins exposés que ceux du rez-de-chaussée ».

Depuis longtemps on a observé que les bouleversements du sol opérés par l'homme pour creuser des tranchées, creuser des fossés, etc., etc., non seulement donnaient lieu à des recrudescences de malaria dans les pays où elle est endémique, mais la faisaient naître même en des régions où elle était complètement inconnue.

L'histoire épidémiologique de cette infection abonde en faits de ce genre. Ceux-ci constituent, dans le cas particulier, une objection assez sérieuse à la théorie du moustique.

Les données nouvelles les expliquent difficilement, à moins de penser que le sol contient peut-être des formes de résistance de l'hématozoaire, ce qui n'est actuellement encore nullement démontré.

L'influence du sol intervient aussi en ce sens que, selon qu'il est cultivé, habité, ou non, il donne plus ou moins de prise au développement malarique.

En général, « le paludisme aime les campagnes incultes, les pays peu peuplés ou dévastés; il recule au contraire presque toujours devant l'homme et la civilisation » (Laveran). Il est reconnu partout que les modifications apportées au sol par la construction des villes (dessèchement des marais, plantations d'arbres, égouts drainant le sol, etc.) ont beaucoup contribué en certaines régions à atténuer ou même à faire disparaître l'endémie palustre. L'histoire montre, d'autre part, que les invasions de barbares, détruisant tout sur leur passage, sont presque fatalement suivies de l'éclosion du paludisme; les travaux d'art étant anéantis, les eaux pluviales, les eaux descendant des hauteurs sont privées de leur écoulement habituel, redeviennent stagnantes et donnent de nouveau asile aux œufs et aux larves des moustiques.

Influence de l'eau. — D'après les données précédentes, il est aisé de reconnaître que, si le sol intervient dans l'étiologie du paludisme, c'est par sa teneur plus ou moins forte en eau.

Ce qui vient d'être dit sur les terrains marécageux, les vallées, etc., où les mares stagnantes existent en permanence, montre suffisamment le grand rôle joué par cet élément. Pendant longtemps, on a supposé que l'eau recélait le germe malarique; on peut affirmer actuellement qu'il n'en est rien, et que tout son rôle consiste à servir d'habitat aux œufs et aux formes larvaires du moustique, qui sera plus tard l'hôte passager de l'hématozoaire. Il est bon de faire observer que la présence d'eaux stagnantes dans une région ne suffit pas à fomenter le paludisme; la présence du moustique dans la localité en question est nécessaire. Aussi voit-on des pays très favorables au développement de l'endémie palustre rester complètement indemnes en l'absence du moustique. Des faits de ce genre ont été signalés par plusieurs observateurs.

Les eaux souterraines ont autrefois été incriminées à tort; en réalité, elles ne servent à créer des foyers de fièvres, que lorsqu'elles sortent de terre, et que dans un repli du sol elles viennent affleurer à l'air libre. Ce qui est à craindre en somme, c'est moins l'humidité profuse qu'un peu d'eau amassée dans un creux: toute mare, toute flaque d'eau dormante peut devenir un nid de moustiques.

Depuis de longues années déjà, on a reconnu aux *marais salants* une influence désastreuse; non pas aux marais salants régulièrement exploités et bien entretenus, mais à ceux qui sont abandonnés. Dans ces conditions, « les eaux douces les envahissent peu à peu et ils deviennent, grâce au mélange de celles-ci avec les eaux salées, une cause puissante d'insalubrité » (Kelsch et Kiener). Au même titre, les marais mixtes ont une influence déplorable.

On a pensé autrefois que l'*eau de boisson* pouvait servir de véhicule à l'agent infectieux. Les données actuelles ne semblent pas devoir confirmer cette opinion.

Influence de l'air. — Le rôle de l'air atmosphérique se résume en quelque sorte dans la présence des anopheles qui y circulent. Les mœurs des moustiques expliquent aisément comment ce sont les couches d'air les plus rapprochées du sol qui sont, à ce point de vue, les plus dangereuses; comment, avec l'altitude, les chances de contamination diminuent.

Influence de la végétation. — Il y a peu de temps encore, il était de règle de considérer les plantations d'arbres comme un moyen prophylactique du paludisme. Or, les recherches récentes ont montré que les forêts ombrageuses, les arbres, d'une façon générale, sont des nids d'insectes; l'eucalyptus, notamment, que l'on supposait doué de propriétés fébrifuges, leur offre un abri favorable pendant les chaleurs du jour; seule, l'artémisia absinthinus, d'après Celli, semble tuer les anopheles qui l'environnent, quand elle est en fleur. On conçoit dès lors l'inanité des efforts prophylactiques que l'on avait tentés pour assainir certaines régions par des plantations d'arbres dont les racines étaient supposées pouvoir assécher le sol.

Il convient enfin de faire remarquer que la culture des plantes marécageuses est favorable à la malaria; le roseau, le cresson, etc., en font partie, leur culture exigeant la présence d'eaux dormantes. Il en est de même de la culture du riz, qui a amené la réapparition du fléau en des régions où il avait totalement disparu; enfin, on sait que les larves d'anopheles se développent très bien dans les canaux d'irrigation des prairies où l'eau circule lentement.

En d'autres circonstances, l'agriculture a pu avoir une heureuse influence sur la disparition du paludisme; il est infiniment probable que, si on en a retiré des avantages, c'est par le drainage des flaques marécageuses où vivent les anopheles.

En somme, le rôle de la végétation, qu'il soit funeste ou favorable, est encore sous la dépendance immédiate de la présence du moustique, ou de sa disparition.

Les données qui précèdent font abandonner d'emblée les théories diverses qui faisaient jouer au sol, à l'air, à l'eau, un rôle exclusif dans l'éclosion et la propagation du paludisme; elles contribuent toutefois à expliquer les points suivants :

S'il existe des relations avérées entre la présence d'eaux stagnantes et le paludisme, c'est que ces eaux constituent le milieu où se développent les *anopheles*.

L'air atmosphérique, d'autre part, n'intervient que pour favoriser la circulation des moustiques.

Le sol, enfin, ne peut être favorable à la malaria que par sa teneur plus ou moins grande en eau, où les *anopheles* viennent pondre leurs œufs.

Il en résulte que les causes antérieurement incriminées n'ont qu'une influence indirecte et passent au second plan pour laisser toute l'importance étiologique au moustique. Mais le moustique n'est pas seul en cause : ainsi qu'en témoigne le fait que les travaux de défrichement et de terrassement donnent souvent lieu à des recrudescences de l'endémie palustre. Quelques points restent donc encore inexpliqués.

II. PROPHYLAXIE.

Certains faits montrent que, si, dans une localité restée jusque-là absolument indemne de paludisme et où vivent les anopheles, un paludéen vient à séjourner, les anopheles qui sucent son sang s'infectent et infectent des individus qu'ils piquent ultérieurement. De là se dégage la notion d'une prophylaxie rationnelle : c'est non seulement *contre le moustique*, mais encore *contre l'homme* que tous les efforts doivent tendre pour empêcher l'apparition du paludisme et arrêter son extension.

A. Mesures à prendre contre le moustique. — Toute la prophylaxie à diriger contre le moustique se réduit à sa destruction et à la protection de l'individu contre ses piqûres.

1° Destruction. — Les *eaux stagnantes* sont indispensables au développement du moustique, elles permettent aux larves de se transformer et d'éclore. La première indication consistera donc à les faire disparaître. Cette mesure appliquée depuis le temps où l'on a reconnu les rapports étroits qui unissent l'infection palustre à la présence de flaques d'eaux et des eaux dormantes dans les régions malariennes; elle a été le plus souvent couronnée de succès. Il importe de dessécher les marais, notamment les marais mixtes dont on connaît le danger, les mares, flaques, qui persistent longtemps sur le bord des étangs, des cours d'eau après des inondations. Le sol devra être drainé, et l'on donnera aux eaux stagnantes la facilité de s'écouler de façon à entraver la ponte et l'éclosion des œufs de moustiques. Enfin les endroits marécageux qui auront été desséchés seront mis en culture. L'influence de cette pratique a donné d'excellents résultats, notamment en Algérie, où, depuis vingt-huit ou trente ans qu'on a fait de la culture intensive, la malaria a diminué de fréquence et de gravité. De plus, cette culture favorise l'assèchement; toutefois, d'après Celli, il faut être prévenu du danger apporté par les forêts et les arbres de ces régions palustres.

Quand ces mesures sont impossibles à réaliser, il faut s'attaquer au moustique lui-même par la *destruction de la larve* qui vit dans l'eau dormante. On sait que les larves viennent respirer l'oxygène de l'air à la surface de l'eau; il suffit dès lors d'empêcher l'accès de l'air dans les trachées de ces animalcules. On y arrive en répandant à la surface de l'eau de l'huile de pétrole ou un mélange d'huile de pétrole ou de goudron (5 à 10 centimètres cubes par mètre carré sont nécessaires). Les gouttelettes de cette substance pénètrent dans les voies respiratoires et les oblitèrent : les larves meurent par asphyxie mécanique. Pour que cette mesure soit efficace, il convient de la mettre en pratique avant que la larve ne se transforme en insecte; dès lors le moment propice sera le printemps. Il faut renouveler cette opération tous les quinze jours jusqu'à l'apparition des premiers froids, à cause de la rapidité d'évaporation du pétrole. Les mêmes précautions doivent être prises pour les puits et les citernes destinés à fournir l'eau de boisson. Celli et Casagrandis ont, à cet effet, préconisé de saupoudrer la surface de l'eau de poudre de chrysanthèmes, qui ferait mourir les larves en un quart d'heure, sans altérer la qualité de l'eau sous-jacente.

Nécessaire encore est la *destruction de l'insecte ailé*. Dans l'air atmosphérique, cette destruction semble impossible à réaliser. Toutefois, d'après Haward, une espèce de libellule vivant aux États-Unis aurait la propriété de détruire les moustiques; en sept heures, deux libellules auraient ingéré 800 de ces insectes. Haward fait en outre observer que partout où le nombre des libellules est assez élevé, les moustiques sont relativement rares.

Dans les habitations, on a conseillé de brûler des cônes à base de menthe et de pyrèthre; Celli recommande les vapeurs dégagées par la combustion d'une poudre composée de fleurs de chrysanthèmes ou de racines de valériane. Ces substances n'ont pas tout le pouvoir destructif qu'on a voulu leur attribuer; d'après Laveran, elles ne tuent pas les insectes, elles ne font que les endormir; elles n'offrent dès lors qu'une sécurité relative et, en tout cas, uniquement temporaire.

Après d'autres auteurs, Onimus a constaté que les insectes s'habituent aux précédents produits; seule, l'huile de cajeput, évaporée dans l'appartement, lui a donné les résultats les plus positifs et les plus constants.

2° Moyens d'éviter les piqûres. — Le moyen de choix pour éviter les piqûres est l'emploi de la *moustiquaire*; celle-ci est constituée par du tulle à mailles suffisantes pour ne pas empêcher la circulation de l'air, mais assez petites cependant pour ne laisser passer aucun moustique. Son usage est de mise surtout pendant les heures de la nuit : fixée au-dessus du lit sur un cadre, elle retombe de chaque côté, de façon que son bord inférieur puisse être replié sous le matelas. L'homme peut dormir ainsi dans une atmosphère indemne de moustiques qui pourraient le piquer pendant son sommeil. Cette mesure indispensable n'est pas suffisante : il est recommandé aussi de garnir les fenêtres, au rez-de-chaussée surtout, d'une étoffe semblable fixée sur un châssis et arrêtant l'entrée de tout moustique dans l'habitation. Un fait, rapporté à R. Ross par Parker, montre bien l'efficacité des moustiquaires : sur 21 personnes séjournant dans la même localité, dans les mêmes conditions, 17 n'ayant pas fait usage de moustiquaires ont contracté la malaria; 4, qui en employaient, n'ont pas été infectées.

De plus, la *ventilation* peut être d'un secours utile, si, malgré les précautions précédemment indiquées, des insectes ont pénétré dans l'appartement; l'agitation de l'air fait, en effet, fuir les insectes. Celli préconise dans ce but l'emploi de ventilateurs électriques. Sous les tropiques, on utilise fréquemment de grands éventails fixés au plafond, mis en mouvement par des procédés divers et dont l'efficacité est incontestable.

Pour se protéger contre les piqûres de ces insectes, on a conseillé de s'*enduire le corps de pommades* au camphre, au menthol, à l'acide valérianique, de savons à la térébenthine. D'après les auteurs italiens, l'action de ces substances est

d'écarter les moustiques pendant une heure ou deux : elle est donc assez restreinte.

Enfin, sachant que les moustiques commencent à sortir à la tombée de la nuit et piquent jusqu'au lever du jour, la mesure suivante s'impose : *éviter de coucher en plein air* aux heures dangereuses, surtout sous les arbres, ou bien alors se couvrir la tête et les parties du corps qui restent nues avec un voile devant empêcher la piqûre de l'insecte.

Les conditions de l'*habitation* doivent attirer l'attention : les maisons construites dans les parties basses, humides, à proximité de mares, d'étangs, etc., sont particulièrement aptes à donner asile aux moustiques de la région ; on sait, d'autre part, que ces derniers ne fréquentent pas les habitations situées sur les collines, les hauteurs, dont la pente facilite l'écoulement de l'eau et n'est pas favorable, par conséquent, à la ponte des moustiques et à l'éclosion des larves. En pays palustre, le rez-de-chaussée est plus malsain que les étages, le moustique s'élevant peu au-dessus du sol. Enfin les arbres, jardins, bosquets, sont les repaires habituels des moustiques.

La conclusion suivante s'en dégage : choisir de préférence comme habitation une maison située sur une hauteur, loin des eaux stagnantes, loin des bois, et ne planter autour de la maison que des arbres ne donnant pas asile aux moustiques (pins, sapins, etc.).

B. **Mesures à prendre contre l'homme.** — « Les malades atteints de fièvre palustre sont un danger pour les personnes saines qui habitent avec eux ou qui vivent dans le voisinage, s'il existe, dans la localité où se trouvent ces malades, des moustiques appartenant aux espèces susceptibles de propager le paludisme » (Laveran). Dans ces conditions, les mesures à appliquer contre l'homme malade ont une grande importance, et le *diagnostic rigoureureusement exact de l'infection palustre* fait en quelque sorte partie intégrante de la prophylaxie. Ce diagnostic, basé tout d'abord sur l'observation des signes cliniques, acquiert toute la valeur requise par l'examen microscopique du sang.

Une fois le diagnostic posé avec certitude, le *traitement* constitue une mesure prophylactique des plus efficaces : la guérison du paludéen arrête la transmission du paludisme. On connaît en pareille matière les propriétés spécifiques des sels de quinine ; d'après Celli, la quinine est le meilleur désinfectant à employer contre l'hématozoaire dans son stade amœbien. Aussi son efficacité est-elle absolue quand on l'administre à temps après l'accès de fièvre, c'est-à-dire lorsque les hématozoaires sont encore à l'état jeune et amœboïde dans le globule sanguin. Mais la quinine n'a pas grande action sur les formes parasitaires de la récidive. Aussi, d'après Koch, doit-on traiter les malades pendant très longtemps ; il préconise le chlorhydrate de quinine en solution, à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes jusqu'à disparition des accès. Pour éviter une rechute, il continue à la donner tous les sept ou huit jours, deux jours de suite, pendant deux mois. Ce traitement doit être appliqué non seulement aux paludiques en état d'infection aiguë, mais encore aux paludiques latents. Enfin, la quinine doit être prise à titre préventif. Cette notion est connue de longue date ; aussi importe-t-il peu d'y insister.

Ces mesures, dont l'efficacité est incontestable, restent parfois impossibles à réaliser en raison de l'ignorance, de l'insouciance des malades qui pourraient en bénéficier ; enfin, dans les milieux pauvres, en raison du prix élevé de la quinine. Aussi, pour remédier aux deux premiers inconvénients, Celli est-il d'avis qu' « on devrait, dans les pays infectés, vulgariser le plus possible toutes les données étiologiques et prophylactiques actuelles. Les habitants devraient être mis au courant des sources de l'infection, de la biologie des germes, des voies de transport et des nombreuses mesures prophylactiques ». Quant au troisième, il serait bon de l'atténuer ou même de l'éviter en obtenant, comme le propose Laveran, que la quinine soit délivrée gratuitement à tous les indigents, et que le prix de vente en soit le plus possible abaissé.

Le rapatriement dans des contrées salubres constitue une excellente mesure ; elle facilite la guérison du malade, et éloigne ce dernier d'une région où il peut contaminer des individus sains par l'intermédiaire des moustiques.

Celli préconise *l'isolement du paludéen*, isolement dans l'habitation en garnissant de moustiquaire le lit de l'individu malade ; en le soustrayant ainsi aux piqûres des insectes, on suppprime aussi la source de nouvelles infections ; puis l'isolement complet en envoyant le malade dans des localités où n'existent pas d'anopheles, où l'air est pur, en pays de montagne de préférence. Cet isolement, d'après Celli, offrirait toutes les garanties de préservation durables, si les malades étaient réunis dans un sanatorium, où ils pourraient être observés et d'où ils ne pourraient sortir qu'après des examens répétés de leur sang, montrant l'absence du parasite.

Telles sont les mesures essentielles à prendre contre la malaria. A celles-ci, toutefois, doivent s'en ajouter d'autres qui, malgré leur caractère secondaire et accessoire, n'en doivent pas moins entrer en considération ; elles devront viser la prédisposition. A ce titre, il sera bon de veiller sur l'hygiène générale et d'éviter les causes extérieures qui favorisent l'infection chez un organisme affaibli, débilité, soit par les privations, soit par les fatigues, le surmenage, etc. Ces dernières données sont à appliquer tout particulièrement aux troupes en campagne, sur qui sévit avec tant de rigueur le fléau palustre. Outre le choix d'une saison favorable pour le débarquement des troupes, outre la rapidité que l'on doit mettre à traverser au plus vite les régions infestées, on ne doit pas oublier combien sévère doit être la sélection des hommes qui partent ainsi en expédition. Seuls doivent être pris les hommes capables de supporter les grandes fatigues ; de plus, il sera bon de ne faire partir que des hommes de vingt-cinq ans, qui, l'expérience l'a souvent prouvé, résistent beaucoup plus que les jeunes gens de vingt et un à vingt-deux ans. Laveran ajoute qu'il serait bon d'adjoindre à chaque Européen un indigène qui lui porterait son sac, lui préparerait son campement et ses aliments ; à l'exemple de ce qui se fait en Angleterre, l'Européen devrait être exclusivement combattant. Enfin, une bonne précaution à prendre, est de faire faire les travaux de terrassements, dont la nocivité est avérée, par des nègres qui jouissent, d'une immunité incomplète, il est vrai, mais suffisante pour le paludisme.

Il sera utile, en outre, de proscrire toute boisson alcoolique, l'alcoolisme donnant lieu chez le paludisme à des formes très graves.

Applications pratiques. — Depuis que ces règles ont été énoncées, des essais de protection contre la malaria ont été tentés, surtout en Italie, et les résultats ne se sont pas fait attendre. Il suffira de citer les suivants, dont l'importance

est incontestable, et qui confirment pleinement les données théoriques précédentes :

Pendant l'été et l'automne de 1899, Celli essaie ces mesures prophylactiques chez des employés de chemin de fer des Compagnies de l'Adriatique et du Sud, en pleine région palustre. Les individus en expérience restaient enfermés entre le coucher et le lever du soleil, dans leurs habitations dont les fenêtres étaient garnies de treillis métalliques à mailles fines; à la porte d'entrée était adapté un tambour en treillis, muni d'une double porte à fermeture automatique. Ceux d'entre eux qui étaient de service pendant la nuit ne sortaient que munis d'un voile fixé à leur chapeau et de gants de coton épais.

Sur 207 employés ainsi protégés, 10 seulement furent atteints de paludisme. Celli remarqua, en outre, que dans les maisons habitées par ces 10 malades, la malaria ne fut pas transmise à d'autres personnes, en raison de l'absence d'anopheles, et que la guérison de ces paludismes fut obtenue aussi vite, aussi complètement que dans les régions les plus saines.

Celli a cherché, en outre, à protéger de la même façon les habitations de paysans, cabanes construites en torchis, et se prêtant mal à la défense contre les anopheles. Les essais, trop peu nombreux encore pour être définitifs, n'en sont pas moins très encourageants, car, dans une ferme où l'on avait compté 20 cas de paludisme l'année précédente, il n'en fut observé qu'un seul en 1899.

Un an après, en 1900, Grassi tente les mêmes mesures dans le Latium, à Albanella, dans une région désolée par les fièvres, désertée habituellement pendant la saison funeste par ses habitants. Sur 104 individus en expérience, il ne fut observé, au bout de trois mois, qu'un seul cas de paludisme de nouvelle infection, même en l'absence de tout traitement préventif. Ce qui donne une importance remarquable à ces résultats, c'est que, pendant la même période, sur 349 personnes habitant les alentours de la région protégée, 7 ou 8 seulement ne présentèrent pas d'accès de fièvre.

La même année, Ferini et Tonsini se sont attachés à détruire les moustiques et leurs larves dans une petite île de la Sardaigne, l'île Asinara, où règne le paludisme à l'état endémique. En outre, les habitations furent garnies de moustiquaires appliquées contre les fenêtres et les portes. En 1899, 40 cas de nouvelle infection avaient été observés; en 1900, où ces mesures furent prises, aucun cas ne fut signalé.

A Catane, di Mattei fit des expériences analogues : il construisit une maison dont les portes et les fenêtres étaient garnies de moustiquaires. Avant le coucher du soleil, quatre ouvriers y pénétraient et y restaient jusqu'au lendemain matin. En entrant et en sortant de l'habitation, ils prenaient les précautions habituelles contre les piqûres de moustiques. L'expérience dura trente-trois jours : bien que dans la localité l'air fourmillât d'anopheles, les ouvriers restèrent indemnes de paludisme; et encore faut-il faire remarquer qu'ils vivaient misérablement et couchaient sur la paille.

Tels sont les résultats acquis; ils sont très encourageants et doivent inciter les observateurs à continuer dans cette voie : ils montrent que l'on peut beaucoup actuellement pour empêcher l'extension d'un fléau qui sévit sur de nombreuses régions. De plus, l'efficacité des moyens employés est là pour prouver et confirmer les données entrevues primitivement par Laveran, éclairées définitivement par R. Ross, Manson et les médecins italiens. Si l'anopheles claviger n'est pas tout dans l'étiologie du paludisme, il y entre assurément pour une forte part : les résultats de la prophylaxie employée en Italie montrent nettement la véracité des faits invoqués en faveur de la théorie du moustique.

BIBLIOGRAPHIE

(Seules les indications bibliographiques concernant les dernières découvertes sont indiquées. Pour les autres, le lecteur pourra se reporter au *Traité du paludisme*, de Laveran.)

ANNETT, EVERETT DUTTON et ELLIOTH. Rapport sur l'expédition envoyée en Guinée pour l'étude de la malaria, *The Thompson Jates Laboratories Report*, III, p. 2. — AUSTEN. *Report of the proceedings of the expedition for the study of the causes of malaria despatched to Sierra Leone, West Africa, by the Liverpool Schood of tropical medicine*, 29 july 1899; London, Liverpool, juin 1900. — BASTIANELLI et A. BIGNAMI. Sulla struttura dei parassiti malarici e in specie dei gaineti dei parassiti estivo-autumnali, *Ann. d'igiene*, 1899; — Sullo sviluppo dei parassiti della terzana nell' « anopheles claviger », *Sperim.*; *Lyon méd.*, 1899. — BLANCHARD. Instructions à l'usage des médecins, des naturalistes et des voyageurs, rédigées au nom de la commission du paludisme, Acad. de méd., 8 juill. 1900. — BOUVEYRON. Moustiques et paludisme, Soc. nat. de méd. de Lyon, 18 mars 1901; *Lyon méd.*, mai 1901. — CELLI et DELPINO. Épidémiologie du paludisme d'après les nouvelles données étiologiques, *Centralbl. f. Bact.*, 10 mars 1900. — CELLI. *Brit. med. Journ.*, fév. 1900; — Prophylaxie de la malaria dans le Latium, *Supplem. al Policl.*, 20 oct. 1900. — DANIELS. Résumé des recherches sur la propagation de la malaria dans l'Afrique centrale anglaise, *Brit. med. Journ.*, 26 janv. 1901. — FERMI et LUMBAO. Befreiung einer stadt von den Unicken, *Centralbl. f. Bact.*, 22 août 1900; — Beitrag zur prophylaxi des malaria, Versuche, den Menschen unttels chemischer Mittel gegen die Unïcken zu schützen, *Centralbl. f. Bcat.*, 22 août 1900. — FERINI et TONSINI. Lutte contre le paludisme, *Arch. russes de pathol.*, 30 sept. 1900. — FINDLAY. Mosquitoes considered as transmittors of yellow pesor and malaria, *Med. Record*, 1899. — GOSIO. *La malaria di Grosseto*, 1899; — Épidémiologie et prophylaxie, *Il Policl.*, *sezione medica*, 1900, p. 177, 253. — GRASSI, BIGNAMI et BASTIANELLI. Ulteriori ricerche sul siclo dei parasiti malarici, umani nel corpo del Zanzarone, *Rend. della R. Accad. dei Lancei*, 1898. — GRASSI. Osservazioni sul rapporto della seconda spedizione malarica in Italia presieduta dal prof. Koch, *Rend. della R. Accad. dei Lancei*, 1899; — Le recenti scoperte sulla malaria esposte in forma popolare, *Riv. di sc. biol.*, 1899. — GRASSI, BIGNAMI et BASTIANELLI. Ciclo evolutivo delli semilune dell « anopheles claviger » ed altri studi sulla malaria dall' ottobre 1898 al maggio 1899, *Ann. d'igiene sperim.*, 1899. — GRASSI. Studi di uno zoologo sulla malaria, *Mem. della R. Accad. dei Lincei*, 4 juin 1900; — Les premiers essais de protection contre la malaria, effectués à Albanella, *Supplem. al Policl.*, 29 sept. 1900. — GRIMBERT. Moustiques et malaria, *Journ. de pharm. et de chim.*, 1er juill. 1901. — GINART. Évolution du paludisme, *Arch. de méd. nav.*, avril 1900; — The recent discoveries on paludism, *Journ. of trop. med.*, 16 juill. 1900; — Les moustiques : importance de leur rôle en médecine et en hygiène, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, nov. 1900; — Les découvertes récentes sur le paludisme, *Bull. des sc. pharmacol.*, janv. 1900. — KOCH. Résultats des travaux de la mission allemande pour l'étude de la malaria, *Deutsch. med. Woch.*, 6 et 13 déc. 1900. — JOLY. *Importance du rôle des insectes dans la transmission des maladies infectieuses et parasitaires*, Th. de Bordeaux, 1898. — LAVERAN. Sur un travail de R. Ross intitulé : Note pour l'histoire du parasite du paludisme en dehors de l'organisme humain, Acad. de méd., 31 janv. 1899; — Prophylaxie du

paludisme, Acad. de méd., 29 mai 1900; — Paludisme et moustiques, janv., p. 271, 15 juill. 1900; — Rapport sur l'hématozoaire du paludisme, *XIIIe Congr. intern. de méd.* (section de bactériologie et parasitologie), 6 août 1900; — Paludisme et moustiques, Soc. de biol., 26 nov. 1900; — Les anopheles, Soc. de biol., 30 avril et 1er juin 1901. — MACDONALD. Paludisme et moustiques à Rio-Tinto, *XIIIe Congr. intern. de méd.* (section de bactériologie et parasitologie), août 1900. — P. MANSON. Experimental proof of the mostique, malaria theory, *Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1900. — DI MATTEI. Die prophylaxie des Malariafiebers durch Schutz des Menschen gegen die Schmaken, *Centralbl. f. Bact.*, 22 août 1900. — NAVARRE. La théorie du moustique est-elle univoque? *Lyon méd.*, 18 nov. 1900; — *Leçons sur la prophylaxie du paludisme*, Lyon 1901. — NUTTALL. Die mosquito malaria theorie, *Centralbl. f. Bact.*, 1899, nos 5 à 10; — Venere Forschungen über di Rolle der mostiquos bei der Verbristung dar malaria, *Centralbl. f. Bact.*, 1899, nos 24 et 25. — NUNTALL, COBBETT et STRANGEWAYS PIGG. Distribution géographique des anopheles, dans ses rapports avec l'ancienne distribution des fièvres palustres en Angleterre, *The Journ. of Hyg.*, janv. 1901. — PITTI FERRANDI. *Paludisme et assainissement des régions palustres en Corse*, Th. de Paris, 1900-1901. — PLOMB. *Transmission du paludisme à l'homme par les moustiques*, Th. de Bordeaux, 1899-1900. — PLEHN. *Weiteres uber malaria immunität und Latenzperiode*, Iéna, 1901. — ONIMUS. Moyens de destruction des moustiques, Soc. de biol., 1er juin 1901. — R. ROSS, ANNETT et AUSTEN. *Report of the malaria expedition of the Liverpool School of tropical medicine and medical parasitology*, 1899; — *Malaria and Mostiquoes*, London, Liverpool, 2 mars 1900; — Du rôle des moustiques dans le paludisme, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899, p. 136; — Malaria et moustiques, *Revue sc.*, 1900, p. 769. — R. RUDGE. *Einführung in dors studium der Malaria Kranketters mit besonderer berücksichtigung der technik*, Iéna 1901. — SALANONE-IPIN. Le paludisme et les moustiques, *Arch. de méd. nav.*, 5 juill. 1900. — W. SAMBON. Notes sur l'histoire naturelle de l'anopheles maculi pennis, *Brit. med. Journ.*, 26 janv. 1901. — VAN DER SCHEER et BERDEMIN VAN BERLEKORN. *Brit. med. Journ.*, 26 janv. 1901. — VANEY. Malaria et moustiques, *Rev. de méd.*, mai 1901. — VERDUN. Transmission de la malaria par les moustiques, *Bull. de la Soc. cent. méd. du dép. du Nord*, Lille, 1900. — VICENTI. Étiologie et paludisme, *Arch. gén. de méd.*, mars 1901.

MÉDECINE PRATIQUE

L'extrait capsulaire comme anesthésique.

M. Peters (*The Lancet*, mars 1901) s'est servi avec succès de l'extrait de capsules surrénales dans deux cas de cancer du sein et de l'œsophage accompagnés de douleurs intolérables. Appliqué en badigeonnages à 10 p. 100 de la solution, l'extrait capsulaire a calmé les douleurs qui étaient restées réfractaires à l'action de la cocaïne et même de l'orthoforme. A l'intérieur, l'auteur administrait l'extrait capsulaire par cuillerées à dessert, le soir, pour favoriser le sommeil (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décret en date du 11 septembre 1901, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Friocourt, médecin en chef de première classe, en remplacement de M. Auffret, promu inspecteur général.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Brémaud, Kermorvant et Frison (emplois créés).

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Dufour, en remplacement de M. Brémaud, promu; Dufourcq, en remplacement de M. Frison, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe Sarrat, en remplacement de M. le docteur Dufour, promu.

— M. le médecin de deuxième classe Chalibert, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Tunisie, en remplacement de M. le docteur Valmyre.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Annesley, médecin principal de première classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Protection de l'enfance. — Le préfet de police vient d'adresser à MM. les médecins-inspecteurs et à Mmes les visiteuses de la protection des enfants du premier âge la circulaire suivante :

« Pour assurer d'une façon plus efficace la surveillance du service de protection de l'enfance, et aussi pour remédier à certains abus et actes de négligence, rares il est vrai, qui m'ont été signalés, il me paraît nécessaire d'appeler particulièrement votre attention sur les conditions suivantes, dans lesquelles vous devez vous acquitter de la mission qui vous est confiée.

L'article 10 du règlement d'administration publique du 27 février 1877 vous prescrit de voir tout nouveau nourrisson *dans la huitaine* de la réception de l'avis de placement et de visiter ensuite cet enfant au moins une fois par mois, et à toute réquisition du maire.

J'attache le plus grand intérêt à ce que vous fassiez toujours dans le délai réglementaire votre première visite, dont vous n'ignorez pas l'importance. C'est, en effet, dès le début du placement que vous pouvez intervenir efficacement pour remédier à des méthodes d'alimentation vicieuses, éclairer la nourrice par vos conseils, et assurer au nourrisson le bénéfice de soins appropriés à son âge et à son état de santé.

En ce qui concerne votre inspection mensuelle, il est bien entendu qu'une visite par mois de chaque nourrisson constitue un minimum auquel vous ne devez pas vous tenir, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants vous ayant paru mal soignés par leurs éleveuses.

D'autre part, je suis informé que quelques-uns d'entre vous ont l'habitude d'effectuer des tournées à des époques régulièrement déterminées, les uns, par exemple, dans la première quinzaine, les autres dans la deuxième quinzaine du mois. Cette manière de procéder a pour inconvénients de trop espacer vos visites et de renseigner les nourrices sur la date probable de votre passage. Je vous prie de vous rendre, désormais, *toutes les semaines*, dans votre circonscription, ce qui vous permettra d'ailleurs de voir facilement les nourrissons dans le délai de huit jours ci-dessus rappelé.

Il arrive souvent que vous ne rencontrez pas une nourrice chez elle. En pareil cas, vous voudrez bien déposer à son domicile, chez la concierge ou chez un voisin répondant pour elle, un bulletin constatant son absence, tel jour, à tel heure; bulletin qui devra être joint au carnet par la nourrice. Je vous ferai remettre prochainement des imprimés pour cet usage.

Vous continuerez, comme par le passé, d'adresser à la mairie un bulletin mentionnant le résultat infructueux de votre démarche, en indiquant très exactement le jour et l'heure, et, à votre visite suivante chez la nourrice, vous inscrirez sur le carnet une mention indiquant l'absence de cette éleveuse lors de votre précédent passage.

J'ai appris que vos bulletins de visite ne parviennent quelquefois aux mairies que quelques jours après votre inspection chez les nourrices. Je vous prie d'envoyer ces bulletins *dans le délai de vingt-quatre heures.*

(1) *Lyon méd.*, août 1901.

Grâce à cette prompte transmission, les maires pourront prescrire d'urgence, dans l'intérêt des nourrissons, les mesures dont vos constatations auront établi la nécessité.

J'ai décidé que Mmes les visiteuses tiendraient un registre analogue à celui que MM. les médecins-inspecteurs tiennent déjà par application des dispositions de l'article 40 du règlement.

Les registres de l'inspection seront présentés une fois par an, du 1er au 31 janvier, dans mes bureaux pour y être visés.

Lorsque pour une cause quelconque, vous ne pourrez assister à une séance de commission locale, vous m'en informerez immédiatement et me ferez connaître les motifs de votre abstention.

Enfin, je vous rappelle qu'aucun fonctionnaire de mon administration *ne peut s'absenter sans mon autorisation préalable.* En cas de maladie vous obligeant à interrompre votre service, vous devez m'aviser sans délai.

Je charge le chef de la 1re division de veiller à la stricte observation de ces diverses prescriptions et de me rendre compte fréquemment de la marche du service.

La loi du 23 décembre 1874, votée par le législateur dans le but de protéger l'enfance, a déjà donné des résultats fort appréciables que tout le monde est disposé à reconnaître. On doit obtenir encore davantage et je me plais à espérer que je puis compter sur votre zèle et votre dévouement pour réaliser de nouveaux progrès, dont bénéficieront les enfants confiés à votre surveillance protectrice.

Le préfet de police,
LÉPINE. »

Le IIe Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances se tiendra à Amsterdam les 23, 24 et 25 septembre prochain. En voici le programme :

PROGRAMME DU CONGRÈS. — *Lundi 23 septembre.* — A dix heures et demie du matin. Séance solennelle d'ouverture à l'Université d'Amsterdam, honorée de la présence de M. le ministre de l'Intérieur, de M. le gouverneur de la province de Hollande Septentrionale, de M. le gouverneur de la province de la Hollande Méridionale et de M. le bourgmestre d'Amsterdam.

A une heure et demie du soir. 1. Discussion du rapport de la Commission du formulaire médical universel. Rapporteur M. E. Poëls (Bruxelles). — 2. Discussion du rapport de M. le professeur B.-J. Stokvis (Amsterdam) : de l'albuminurie, considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 3. *a.* Discussion du rapport de M. E. Poëls (Bruxelles) : de l'admissibilité des risques tarés. — *b.* Communication sur les risques tarés, par M. Sven Palme, directeur de la Compagnie d'assurances-vie « Thule » (Stockholm). — 4. Discussion du rapport de M. E. Moritz (Saint-Pétersbourg) : de l'artériosclérose.

A huit heures du soir. Réception officielle de MM. les membres du Congrès et de leurs dames à l'hôtel de ville d'Amsterdam, par MM. les bourgmestre et échevins.

A neuf heures du soir. Réception de MM. les membres et de leurs dames par le Comité d'organisation dans les salons de la maison Couturier, Keizersgracht, 674.

Mardi 24 septembre. — A neuf heures du matin. 5. Discussion du rapport de M. L.-W. Salomonsen (Copenhague) : la syphilis et l'assurance sur la vie. — 6. Discussion du rapport de M. P. Grosse (Leipzig) : les anomalies et les maladies de la peau, en matière d'assurances sur la vie. — 7. Discussion du rapport de M. A. Mahillon (Bruxelles) : la femme au point de vue de l'assurance sur la vie. — 8. Discussion du rapport de M. R. Hingston-Fox (Londres) : sur la mortalité pendant les premières années de l'assurance ; étude des sinistres précoces. — 9. Discussion du rapport de M. Dyce Duckworth (Londres) : observations sur certaines habitudes alcooliques au point de vue de l'assurance sur la vie.

A une heure et demie du soir. 10. Discussion du rapport de M. Siredey (Paris) : de l'admissibilité des glycosuriques. — 11. Discussion du rapport de M. le professeur J.-K.-A. Wertheim-Salomonson (Amsterdam) : des tremblements, considérés au point de vue de l'assurance sur la vie. — 12. Discussion du rapport de M. Crocq (Bruxelles) : de l'importance de l'examen des réflexes, en matière d'assurance sur la vie. — 13. Discussion du rapport de M. G. Florschütz (Gotha) : les limites de l'admissibilité des risques.

A huit heures du soir, représentation de gala au Grand Théâtre municipal.

Mercredi 25 septembre. — A neuf heures du matin. 14. Discussion du rapport de M. C.-L. van der Burg (Laag-Soeren) : de l'admissibilité des personnes qui ont séjourné dans les pays chauds. — 15. Discussion du rapport de M. J. Weill-Mantou (Paris) : l'appendicite, considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 16. Discussion du rapport de M. J. Coert (La Haye) : les hernies, considérées au point de vue de l'assurance contre les accidents.

A une heure et demie du soir. 17. Discussion du rapport de M. E. Poëls (Bruxelles) : l'infection des plaies au point de vue de l'assurance contre les accidents. — 18. Discussion du rapport de M. H. Burger (Amsterdam) : de l'otite moyenne, considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 19. Discussion du rapport de M. de Lantsheere (Bruxelles) : les affections oculaires en matière d'assurances sur la vie. — 20. Communications diverses.

Clôture du Congrès. — A huit heures du soir, banquet par souscription, maison Couturier, Keizersgracht, 674, Amsterdam (20 fr., vin compris ; prière de faire parvenir le montant de la souscription à M. Blankenberg, secrétaire, Damrak, 74, Amsterdam, avant le 24 septembre).

Jeudi 26 septembre. — Excursion en bateau sur la Zuiderzee (île de Marken, ville d'Edam, villages de Volendam et Broek in Waterland).

En cas de mauvais temps, l'excursion aura lieu par chemin de fer (voitures spéciales).

Prière de répondre à M. Blankenberg, secrétaire, Damrak, 74, Amsterdam.

Secrétariat. — Pendant la durée du Congrès, le bureau du secrétariat se trouvera à côté de la salle des séances.

Les personnes qui désireraient encore faire parvenir leur adhésion au Congrès sont priées de s'adresser le plus tôt possible au secrétaire du Comité d'organisation, M. J.-F.-L. Blankenberg, Damrak, 74, Amsterdam. La cotisation est de 20 francs ; tous les membres recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

L'acquittement de l'Union médico-pharmaceutique en police correctionnelle. Le texte du jugement. — Le *Nord médical* donne les renseignements suivants sur la lutte entre nos confrères lillois de l'Union médico-pharmaceutique et l'Institut Pasteur de Lille :

« L'Institut Pasteur s'est engagé, envers le syndicat régional de la pharmacie, à ne plus faire d'analyses payantes ;

Le dispensaire antituberculeux n'est plus annexé de fait à l'Institut Pasteur (mais le docteur Calmette en conserve la direction) ;

Le docteur Calmette a déclaré cependant ne pas avoir de traitement spécial de la tuberculose ;

Les syndicats médicaux de Lille, de Roubaix, de Tourcoing, de Douai, d'Armentières, de La Bassée et, en dernier lieu, le syndicat des médecins de la Seine, ont voté des ordres du jour de protestation contre l'ingérence de l'Institut Pasteur dans le domaine clinique.

Enfin, l'Union médico-pharmaceutique, forte de son droit, a résisté à l'injonction de M. le ministre de la Justice d'avoir à se dissoudre, et a entendu confirmer la légalité de son existence par un jugement du tribunal correctionnel de Lille.

Voici le texte de ce jugement :

Tribunal correctionnel de Lille (audience du 10 août. Présidence : M. Martin). — « Attendu que dans le courant de cette année, les médecins et pharmaciens de la région du Nord ont formé une association professionnelle sous le nom de l'Union médico-pharmaceutique pour la défense des droits professionnels et de la santé publique ;

Que les administrateurs de cette association sont inculpés d'avoir, contrairement à la loi du 21 mars 1884, constitué un syndicat entre personnes n'exerçant ni la même profession, ni des métiers similaires, ni des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés;

Attendu que l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 permet aux médecins de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi de 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels; que la même faculté appartient aux pharmaciens;

Que la loi de 1884 permet à une association professionnelle de se former entre toutes personnes exerçant notamment des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés; qu'elle impose, en outre, à toute association l'obligation d'avoir exclusivement pour objet l'étude et la défense intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles;

Attendu que l'Union médico-pharmaceutique s'est constituée conformément à la loi; qu'en effet, la profession de médecin et celle de pharmacien sont connexes; que les liens étroits qui les unissent dérivent de la communauté d'éducation scientifique de ceux qui les pratiquent, de la similitude de leurs travaux tendant au même but, du fait même que, suivant les circonstances, elles sont exercées par une seule personne; que, d'autre part, les deux professions concourent à l'établissement d'un produit déterminé; que le remède formulé par le médecin est préparé par le pharmacien; qu'ainsi, l'un et l'autre met en œuvre des connaissances professionnelles et engage sa responsabilité pour la formation d'un produit unique;

Attendu enfin que l'Union a pour objet la défense d'intérêts économiques; qu'en effet, les intérêts de l'association sont d'ordre économique, puisqu'ils touchent aux modifications à apporter à la législation, aux mesures à prendre contre l'exercice illégal de la médecine, à la fabrication et à la vente de produits nuisibles;

Attendu, dès lors, qu'en formant une association professionnelle, les médecins et pharmaciens de la région du Nord n'ont fait qu'user, dans les conditions prescrites, du droit que la loi leur confère; que vainement on objecterait que les médecins n'étant pas commerçants, ne peuvent s'associer avec les pharmaciens auxquels cette qualité est reconnue; que la loi de 1884 ne réserve pas aux seuls commerçants la faculté de former entre eux un syndicat;

Que la prévention n'est donc pas établie :

Par ces motifs,

Le tribunal renvoie les prévenus des fins de la poursuite sans dépens. »

Ce jugement, le *Nord médical* l'a déjà fait remarquer, a une portée immense; il fait juridiction; aujourd'hui, il est de jurisprudence que le médecin et le pharmacien peuvent se syndiquer pour la défense de leurs droits communs. »

Le meeting des infirmiers. — Les infirmiers et infirmières de la ville de Paris ont tenu, samedi soir, à neuf heures, dans la grande salle de la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau, une importante réunion.

On sait les réclamations formulées par cette intéressante classe d'employés. Ils veulent d'abord l'autorisation de se constituer en syndicat, autorisation que leur dénie une circulaire du préfet de police interdisant aux ouvriers municipaux de se syndiquer. Ils demandent aussi qu'au lieu d'être nourris et logés, comme ils le sont actuellement, ils ne subissent aucune retenue de salaire et soient tenus de se nourrir et de se loger à leurs frais. Par une suite naturelle de cette réforme, leur retraite qui, dans l'état présent des choses, est calculée sur le montant de leur traitement, déduction faite de prélèvements destinés à faire face aux dépenses de logement et de nourriture, serait calculée sur le montant intégral de leurs appointements. Enfin, ils réclament la création d'une école d'infirmiers, et aussi que leur soient payés les huit jours de congé annuel auxquels ils ont droit, ainsi que les périodes d'exercices de vingt-huit et de treize jours qu'ils accomplissent.

La réunion était présidée par M. Martreux, surveillant, assisté de MM. Malbos et Iger, infirmiers. MM. Lhéritier, Artreux, Iger, ont tour à tour pris la parole et exposé les revendications communes. A l'issue de la réunion, l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité :

« Les infirmiers et infirmières, réunis le 7 septembre 1901, grande salle de la Bourse du Travail, remercient le bureau syndical de toutes les démarches qu'il a faites pour améliorer leur situation. Ils invitent tous leurs camarades absents à se joindre à eux pour faire aboutir au plus tôt leurs trop justes revendications. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delatouche (de Fougères).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 107. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1901. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES KYSTES SYNOVIAUX ET DES KYSTES SÉREUX EN GÉNÉRAL, par M. Henri LÉON, médecin-major de deuxième classe au 3e zouaves. — DES ALGIES HYSTÉRIQUES DE LA MASTOÏDE, d'après MM. G. LIARAS et A. BOUYER. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des entérites par la levure de bière. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES KYSTES SYNOVIAUX

ET DES KYSTES SÉREUX EN GÉNÉRAL

Par M. Henri LÉON,
Médecin-major de deuxième classe au 3e zouaves.

I

Des résultats éloignés du traitement des kystes synoviaux par le procédé de Duplay. — 1. Les résultats éloignés d'une opération étant, en réalité, le seul critérium de sa valeur au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, nous avons pensé que la publication de faits, uniquement rapportés dans ce but comme nos trois premières observations, n'était pas inutile.

OBSERVATION I. — *Kyste synovial du poignet gauche. Origine traumatique. Essai de l'écrasement et de la compression sans succès. Guérison par le procédé de Duplay. Examen du résultat vingt-deux mois après.* — P... (Thomas). 13e hussards. Jeune soldat arrivé au corps, en novembre 1895. Entré à l'hôpital de Dinan, le 12 février 1896 pour kyste du poignet gauche.

Antécédents. — Profession antérieure : cultivateur. Dans le courant de juillet 1895, il reçut sur le dos de la main gauche le choc violent d'un des brancards d'une lourde charrette, chargée de foin, dont le support avait cédé. D'après ce qu'il nous raconte, la conséquence de cet accident fut, pour lui, de ne pouvoir sur-le-champ redresser sa main qui resta fléchie jusqu'à ce qu'un rebouteur l'eût remise en place le lendemain, au moyen de tractions. Après une immobilisation de dix jours, il recommença à s'en servir, mais le poignet resta encore gonflé quelque temps, et il persista sur sa face dorsale une petite bosse dure de la grosseur d'un demi-grain de raisin, mais complètement indolente. Ce fut seulement sous l'influence des divers exercices auxquels il fut soumis au régiment, particulièrement de ceux exigeant des mouvements forcés de l'articulation du poignet, qu'elle augmenta très notablement de volume et arriva à lui causer une certaine gêne qui devint douloureuse, trois semaines environ après son incorporation.

Admis à l'infirmerie, un massage quotidien de la région fut d'abord pratiqué pendant vingt-cinq jours; la tumeur ne diminua pas, mais perdit seulement un peu de sa dureté. On essaya ensuite à deux ou trois reprises de l'écrasement avec une pièce de monnaie, suivi de la compression forcée, mais sans grand résultat. Car, le malade ayant repris son service, il lui devint bientôt impossible de supporter aucun poids avec la main gauche et on dut l'envoyer à l'hôpital où nous l'avons examiné.

Etat actuel. — A la vue, existence à la face dorsale du poignet gauche d'une saillie ovoïde assez notable. Peau : ne présente aucune modification, mobile sur les plans sous-jacents. Au-dessous, on trouve une grosseur sphérique, à surface extérieure lisse, régulière, très tendue, d'une dureté presque osseuse ayant le volume d'une bille de 2 centimètres de diamètre et logée dans la dépression du carpe correspondant à la partie de sa face postérieure comprise entre le bord inférieur du scaphoïde, la tête grand os et le bord supérieur du trapézoïde. On peut, en outre, sentir, à une palpation profonde immédiatement en avant et au-dessous de l'extrémité antérieure de la tumeur, les deux apophyses styloïdes des deuxième et troisième métacarpiens. Elle jouit latéralement d'une certaine mobilité, qu'on peut lui imprimer d'une manière très limitée, mais celle-ci ne présente aucune connexion avec les tendons extenseurs des doigts, entre autres ceux de l'index qui lui sont adjacents.

Le diagnostic de kyste synovial s'impose.

14 février 1896. Opération. Après antisepsie de la région, injection dans l'intérieur du kyste de VII à VIII gouttes de teinture d'iode en se conformant strictement à la technique du procédé de Duplay.

15 février. Dès le lendemain, le malade raconte qu'il éprouve sous son pansement la sensation que la tumeur s'est ramollie.

17 février. Diminution très notable et dépressibilité plus grande du kyste.

6 mars. Il n'y a plus, extérieurement, qu'un peu de gonflement.

9 mars. La main gauche étant complètement étendue sur un plan horizontal, on constate que la face dorsale du poignet est bombée suivant un axe passant par le troisième métacarpien, dans une étendue de 3 centimètres. Cette tuméfaction s'écrase sous le doigt. Empâtement superficiel. Profondément, immédiatement sur le plan osseux, on perçoit encore une petite tumeur sphérique, de la grosseur d'un petit pois, dure, immobile et occupant la dépression carpienne indiquée plus haut. Dans la flexion forcée de la main, elle produit un léger soulèvement de la peau, mais elle n'apporte aucune gêne au libre jeu des tendons extenseurs. Tout cet examen a lieu sans provoquer aucune douleur, même à la palpation profonde.

11 mars. Le malade quitte l'hôpital.

15 octobre 1896. Il est revu à l'hôpital où il se trouve en

traitement pour cystite. Depuis sa sortie précédente, il a pu faire tout son service, soulever des fardeaux, porter de lourdes civières, sans avoir jamais éprouvé de douleur dans la main gauche, ni vu apparaître sur le poignet, le moindre gonflement. L'examen local ne révèle rien qui puisse indiquer la présence antérieure d'un kyste.

3 janvier 1898. Le malade rentre de nouveau à l'hôpital pour laryngite chronique.

Au poignet gauche, guérison parfaitement maintenue, sans aucune trace de lésion quelconque.

Obs. II. — *Kystes synoviaux multiples du poignet droit. Origine professionnelle. Emploi sans succès de la révulsion et de la compression. Guérison immédiate par le procédé de Duplay. Résultats éloignés cinquante-trois mois après.* — Mme Michaux, vingt-deux ans. Nous consulte en mars 1896, pour trois grosseurs en forme de petites boules qu'elle porte à la face dorsale du poignet droit.

Histoire de l'affection. — A noter comme antécédents que la malade aide son mari, maître-tailleur, particulièrement en donnant le coup de fer aux vêtements. Elle nous raconte que ces trois tumeurs ont commencé par un petit gonflement qui augmenta progressivement pendant plusieurs mois jusqu'à acquérir le volume actuel. Depuis plus d'un an, elles étaient stationnaires. Il en était résulté, pour l'usage de sa main droite, une gêne notable, non au point de l'empêcher de s'en servir, mais suffisante pour lui causer une douleur comparable à celle d'une foulure, quand elle avait besoin de s'appuyer sur la paume, pour repasser par exemple.

Elle fut d'abord traitée pendant trois semaines par des applications extérieures de teinture d'iode suivies de la compression forcée, mais sans qu'aucune modification se produise dans l'état de la lésion.

Un second médecin, consulté ensuite, lui avait conseillé l'abstention.

Examen. — On constate à la région postéro-externe du poignet droit l'existence de trois bosses arrondies faisant une saillie analogue à celle d'une bille, et situées : la première, en arrière du premier espace interosseux du pouce et en dedans du tendon du long extenseur; la seconde, qui n'en est séparée que par un sillon de 2 à 3 millimètres, un peu plus haut et en dedans, au niveau de l'interligne radio-carpien, en dehors du faisceau des extenseurs des doigts ; enfin, la troisième, à un travers de doigt environ du bord interne du poignet et au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus, au niveau de l'interligne médio-carpien. Au toucher, ces trois petites tumeurs de la grosseur d'une noisette présentent tous les caractères des kystes synoviaux. Elles sont sphériques, à surface extérieure régulière, lisse, d'une consistance presque solide et complètement irréductibles. On peut leur imprimer une mobilisation transversale limitée, mais elles ne suivent pas le déplacement des tendons. Peau intacte. Mouvements articulaires complètement libres.

30 mars 1896. Opération. Après nettoyage antiseptique minutieux de la région, injection à l'intérieur de chaque kyste de IV à V gouttes de teinture d'iode. La malade éprouva, sur le moment, une douleur assez vive « lui portant au cœur », mais qui ne dura pas. Pansement compressif.

6 avril. Le pansement est défait. Disparition de l'aspect extérieur des trois tumeurs. A la place existe un gonflement mal limité.

10 avril. La femme a pu se servir de sa main pour ses occupations ménagères, malgré le dernier bandage qui avait été appliqué très serré. On l'enlève. Diminution très notable du gonflement. Au toucher, les trois kystes sont affaissés, dépressibles et de consistance molle. Même pansement.

14 avril. Le gonflement superficiel n'est plus sensible. Le bandage est refait de manière à permettre les mouvements des doigts et, dans certaines limites, ceux du poignet.

20 avril. Les trois kystes ne sont plus représentés que par trois petits noyaux de la grosseur d'un petit pois à celle d'une tête d'épingle, durs, immobiles, profondément situés sur le plan osseux et n'entravant en rien le libre exercice de la main, qui peut maintenant avoir lieu sans aucune fatigue. Guérison.

18 juillet 1896. La malade nous déclare qu'elle n'a jamais ressenti depuis aucune gêne de la main droite, ni s'être aperçue du moindre gonflement en aucune circonstance. L'examen local ne présente plus rien qui puisse révéler la trace des anciens kystes.

12 septembre 1900. Mme M... nous écrit à cette dernière date : « Votre traitement fut efficace du premier coup; et c'est à vous que je dois d'être débarrassée complètement de mes kystes, car depuis ils n'ont plus reparu. »

Obs. III. — *Double kyste synovial du dos du pied gauche. Étiologie probable. Traitement par le procédé de Duplay. Guérison immédiate. Apparition à la même place, six semaines plus tard, d'un léger gonflement diffus. Application de pointes de feu superficielles. Guérison complète. — Double kyste synovial du dos du pied droit aux points exactement symétriques. Même traitement. Guérison complète. Résultats éloignés suivis pendant trente et un mois dans le premier cas et vingt-sept mois dans le second.* — M..., vingt et un ans, 24e dragons. Jeune soldat arrivé au corps le 15 novembre 1896.

Était en traitement à l'infirmerie pour une affection légère, quand on remarqua qu'il avait sur le dos du pied gauche deux saillies anormales bien accusées, séparées seulement par un sillon cutané assez prononcé et situées : la plus élevée à 4 centimètres en avant de la pointe de la malléole externe et 5 centimètres du bord externe du pied; l'autre, au-dessous, un peu en avant et en dehors, à un travers de doigt du rebord plantaire.

Antécédents. — Interrogé sur leur origine, il ne put nous donner aucun renseignement, si ce n'est qu'il s'était aperçu de leur existence il y a un mois environ et qu'il n'en éprouvait aucune gêne.

Examen. — Les deux bosses en question sont produites par deux petites tumeurs sphériques à surface extérieure régulière, lisse, de consistance rénitente et ayant comme grosseur : la première, celle d'une bille légèrement aplatie de 1 centimètre et demi de diamètre; la deuxième, un volume moitié moindre. Peau sans aucune modification et mobile au-dessus d'elles. En cherchant à déterminer leur siège, d'une manière suffisamment précise, la postérieure répond comme position à la dépression médio-tarsienne constituée par le point de rencontre des quatre interlignes : astragalo-scaphoïdien, astragalo-calcanéen, calcanéo-cuboïdien et scaphoïdo-cuboïdien, étant en outre placée anatomiquement au-dessus du pédieux, en avant du bord antérieur du ligament annulaire dorsal du tarse, et en dehors du tendon du péronier antérieur. On peut lui imprimer un léger déplacement latéral, mais très limité.

L'antérieure, en arrière et au-dessus de l'apophyse styloïde du cinquième métatatarsien, dont elle est séparée par une rainure de 2 millimètres de largeur qu'on sent très bien au palper, se trouve, en outre, au-dessus du tendon du court péronier latéral et en dehors de celui du péronier antérieur. Elle jouit également d'une certaine mobilité sous-cutanée, mais sans suivre les mouvements des tendons avec lesquels elle est en rapport.

Diagnostic. — Nous en avons fait deux kystes synoviaux, ayant écarté au préalable l'hypothèse d'hydropisie de deux bourses séreuses accidentelles, pour cette raison que celles-ci existent généralement aux endroits où la peau est exposée à des pressions et frottements continuels, comme chez notre malade, au niveau du cou-de-pied et du tubercule de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, qui étaient

précisément très saillants et où existait un épaississement très notable du revêtement cutané.

Sans doute, les kystes synoviaux sont « infiniment plus rares au pied qu'à la main » (*Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 745). Mais alors « c'est sur la face dorsale du pied qu'on les rencontre, soit au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, soit à l'union du cuboïde avec les deux derniers métatarsiens ». Notre cas rentre donc dans la règle.

Étiologie. — Quant à leur mode de production, étant donné ce fait que la conformation du pied, chez notre sujet, était celle du pied plat, nous serions assez disposés à admettre qu'il y a lieu de faire entrer en ligne de compte les efforts brusques et répétés qui se sont nécessairement exercés sur la voûte plantaire, au cours de certains exercices, comme la marche, le pas gymnastique, et surtout le choc violent du pied sur le sol, comme temps préliminaire du saut, soit à la voltige, soit pour se hisser à cheval.

Traitement. — 10 février 1897. Opération. Après les précautions antiseptiques obligées, injection à l'intérieur de chaque kyste de quelques gouttes de teinture d'iode et pansement compressif.

13 février. On défait le bandage. A la place de chaque kyste, on trouve une tuméfaction empâtée, où il n'est plus représenté que par une petite bosse.

20 février. Les deux tumeurs ont complètement disparu, la plus grosse étant encore seulement indiquée par un peu d'induration profonde. Le malade reprend son service.

7 avril. Les deux kystes ne se sont pas reformés, mais on constate à l'endroit qu'ils occupaient deux petites tuméfactions, mal circonscrites, sans limites nettes, ayant une consistance : la supérieure, molle, l'inférieure, plus dure; on peut néanmoins explorer très aisément, au toucher, les tubérosités des os du tarse. Application de pointes de feu superficielles.

23 avril. Les deux gonflements ci-dessus ont complètement disparu. Il n'y a plus que la trace des pointes de feu.

13 juin. M... rentre de nouveau à l'infirmerie pour deux kystes synoviaux siégeant sur le dos du pied droit aux points exactement symétriques où étaient sur le dos du pied gauche ceux pour lesquels il avait été traité antérieurement, mais de dimensions un peu moindres. L'un est de la grosseur d'une petite noisette avec une coque extrêmement dure; l'autre, de celle d'un gros grain de plomb de chasse.

17 juin. Injection dans chacun d'eux de quelques gouttes de teinture d'iode.

23 juin. Guérison. Sort de l'infirmerie.

30 janvier 1898. Le malade est revu. La guérison s'est maintenue des deux côtés. C'est à peine si la palpation profonde permet de sentir sur le dos du pied droit deux petites bosselures indurées et profondément situées.

Au pied gauche, elle ne révèle aucun vestige de kystes.

20 septembre 1899. M..., libéré, quitte le régiment, après avoir fait tout son service, sans qu'aucune grosseur ne soit réapparue sur le dos de ses deux pieds, depuis sa dernière sortie de l'infirmerie, il y a vingt-sept mois.

2. Critique des faits et des résultats. — *De la récidivité des kystes synoviaux après les différentes méthodes de traitement. La guérison obtenue par le procédé de Duplay est-elle définitive? Conclusions.* — Dans la note qu'il a publiée dans les *Arch. gén. de méd.* (déc. 1894, t. II, p. 703), pour indiquer son « nouveau procédé de traitement des kystes synoviaux (ganglions), M. le professeur Duplay faisait cette réflexion : « Celle-ci (la guérison) est-elle définitive? Et le procédé de traitement que je préconise met-il à l'abri des récidives? L'avenir seul permettra de le dire. » C'est qu'en effet, quelle que soit la méthode thérapeutique employée jusqu'à ce jour contre cette affection, les récidives étaient toujours à craindre. Fréquentes à la suite de l'écrasement, la discision sous-cutanée suivie d'écrasement, la ponction simple ou suivie d'injections irritantes, l'extirpation au bistouri même n'en est pas exempte, ainsi que M. le professeur Duplay l'a observé un certain nombre de fois.

Aussi la question de récidivité est-elle l'une des premières à envisager dans l'appréciation de tout mode de traitement proposé pour cette affection. Examinons donc maintenant si les faits que nous apportons peuvent fournir, sur ce point, quelque contribution utile en ce qui concerne le procédé de Duplay. On doit noter, au préalable, que l'auteur a soigné de la sorte « 15 ganglions du volume variant d'une noisette jusqu'à celui d'un gros œuf de pigeon ou d'une grosse noix et que chez tous la guérison fut complète. « La plupart de mes malades, dit-il, ont été opérés, il y a plusieurs mois et aucun n'est revenu me trouver. » Il ajoute encore qu'un kyste synovial du cou-de-pied ayant été traité de la même manière que par son chef de clinique M. Demoulin, « la tumeur avait presque complètement disparu six jours après », et, « le malade n'étant pas revenu, on doit supposer la guérison complète ».

Dans nos trois observations comprenant un total de 8 kystes, les résultats ont pu être suivis pendant une période variant de vingt-deux à cinquante-trois mois. Mais on ne saurait admettre, pour rechercher s'ils sont définitifs, qu'un temps quelconque soit la seule condition suffisante. D'autres considérations, selon nous, doivent entrer en ligne de compte. Et d'abord l'état de la guérison.

Un premier fait acquis est qu'elle a été dans tous les cas complète, parfaite, c'est-à-dire ayant réalisé entièrement la *restitutio ad integrum*, anatomiquement et physiologiquement, sans qu'il subsiste aucune trace ni de l'ancienne affection, ni même du traitement employé.

En second lieu, est-elle durable? On peut affirmer sur ce point qu'elle est restée stable, intacte, au moins dans les limites d'examen des résultats. Nous ne regardons pas, à ce propos, même comme un commencement de récidive, les deux petites tuméfactions diffuses qui sont survenues dans notre Obs. III, six semaines après l'intervention, à l'endroit qu'occupaient les premiers kystes et qui disparurent rapidement sous l'influence de quelques pointes de feu superficielles.

Mais enfin, ces résultats se maintiendront-ils indéfiniment?

Sans doute, les particularités même de leur constatation et les époques auxquelles ils ont été consignés, permettent de le supposer. Mais il y a encore, à notre sens, une autre preuve de probabilité aussi importante qui ressort du fonctionnement ultérieur de la partie atteinte. C'est la persistance du résultat et sa fixité invariable malgré la répétition incessante et la continuité prolongée des conditions mêmes qui avaient occasionné ou déterminé antérieurement l'affection. Toutes circonstances qui ont précisément eu lieu chez nos trois malades. Il y a là, dans cette remarque, quelque chose de comparable aux essais qui sont pour les travaux de construction la garantie nécessaire et indispensable et de leur solidité et de leur résistance inébranlable.

Par toutes ces raisons, nous sommes donc maintenant en droit d'avancer, pour les cas qui nous occupent, que si la guérison n'est pas définitive, elle a du moins les plus grandes chances de l'être.

D'où nous concluons :

1° Le procédé de Duplay, étant pour les kystes synoviaux

articulaires du poignet et du cou-de-pied, d'une part un mode de traitement innocent, simple et facile ; d'autre part, un moyen commode, rapide, sûr et efficace de guérison radicale de cette affection, doit être considéré comme la méthode de choix.

2° Nous ajouterons même, si rien ne vient à l'encontre de nos prévisions, qu'il ne devrait pas seulement être préconisé comme un procédé de choix, mais bien constituer le traitement idéal, « classique », c'est-à-dire d'après nous un de ceux que la thérapeutique ne consacrerait tels qu'autant qu'ils répondent le mieux à ces deux formules :

Le minimum de risques avec le maximun de bénéfices ;
Le minimum de dommages avec le maximum de résultats.

(*A suivre.*)

DES ALGIES HYSTÉRIQUES DE LA MASTOIDE

D'après MM. G. Liaras et A. Bouyer (1).

Par leur aspect clinique, qui simule absolument la mastoïdite, et par les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent, les algies hystériques de la mastoïde méritent de prendre une place spéciale parmi les algies hystériques. Elles doivent être étudiées : 1° chez des sujets ne présentant aucun accident du côté de l'oreille ; 2° chez des sujets porteurs d'une lésion auriculaire ancienne, récente ou en cours d'évolution, et méritent d'être d'autant mieux connues que l'on n'a encore consacré aucun travail d'ensemble à l'étude des manifestations douloureuses hystériques de l'apophyse mastoïde.

Les documents qui se rattachent à la question sont tous en effet — ou presque — des faits isolés et épars dans la littérature médicale. En 1895, Gradenigo consacre un article concis à l'association de l'hystérie et des lésions organiques de l'oreille et insiste sur le soin qu'il faut souvent apporter à l'examen des malades pour faire la part de la lésion organique et de l'élément nerveux. La même année, Gradenigo fait paraître un travail considérable, fondé sur un grand nombre d'observations, sur les manifestations auriculaires de l'hystérie, mais sans donner un grand développement à l'étude des algies mastoïdiennes.

En 1896, une présentation de M. Lichtemberg à la Société des otologistes et laryngologistes hongrois (il s'agissait d'une malade atteinte de névralgie de l'apophyse sans lésion matérielle et guérie par l'intervention chirurgicale) est l'occasion d'une discussion intéressante sur les indications thérapeutiques que soulèvent des cas analogues. A ce sujet Tomba et Urbantchisch rapportent des cas d'algies mastoïdiennes guéries par diverses méthodes ; Krepuska cite une observation où il s'agissait peut-être d'algie hystérique de la mastoïde. A la même époque, Sheppard relate très succinctement trois cas de mastoïdite hystérique ; Furet publie une observation de symptômes hystériques survenus au cours d'une otite suppurée double. A part ces quelques faits, les traités d'otologie ou les monographies consacrées à l'hystérie ne parlent guère des pseudo-mastoïdites hystériques. Schwartz, Urbantschisch, Ménière, Gannault, Collet sont absolument muets sur les déterminations mastoïdiennes de la grande névrose.

De l'étude soignée des observations déjà parues et de leurs cas personnels, MM. Liaras et Bouyer croient pouvoir attribuer les caractères suivants aux algies mastoïdiennes de nature hystérique.

(1) *Travaux de la Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.* Bordeaux, 1901.

Au point de vue *étiologique*, le sexe féminin semble beaucoup plus prédisposé que le sexe masculin ; l'âge ne constitue pas une particularité notable : cependant la plupart des sujets observés étaient des sujets jeunes. Les algies mastoïdiennes peuvent constituer une manifestation simplement épisodique, se substituer pour ainsi dire à d'autres accidents hystériques, à des crises convulsives par exemple, comme ils peuvent surgir en accidents isolés, monosympathiques de la grande névrose ; mais, même alors, le terrain est toujours névropathique, on retrouve la trace d'une hérédité nerveuse, quelques stigmates plus ou moins latents et, en particulier, le rétrécissement du champ visuel.

Ces douleurs naissent soit à titre de manifestations périauriculaires isolées, soit à titre de manifestations concomitantes d'une affection de l'oreille moyenne. Les premières, que l'on peut appeler *mastoïdynies*, sont de véritables zones d'hyperesthésie : elles surviennent soit à la suite d'un traumatisme, soit après une attaque convulsive, ou encore après toute cause pouvant jouer le rôle de suggestion. Elles peuvent s'accompagner de toute la symptomatologie fonctionnelle d'une pseudo-méningite. Les secondes ont une pathogénie plus complexe : ou bien elles sont l'expression d'une réaction hystérique exagérée, disproportionnée avec le substratum organique ; ou bien elles succèdent de près à l'affection auriculaire, la lésion organique ayant alors joué le rôle de traumatisme ; ou elles surviennent longtemps après l'affection auriculaire : l'hystérie reproduit en l'exagérant et en la déformant une symptomatologie fonctionnelle ancienne ; enfin dans quelques cas, au cours d'une otite suppurée, surviennent des douleurs mastoïdiennes et des phénomènes de méningisme, l'infection semble avoir réveillé ces diverses manifestations hystériques.

Quelle que soit l'étiologie de ces algies, il n'en existe pas moins une *unité symptomatologique* caractéristique. La douleur apparaît brusquement, soudain. Sa localisation est diffuse : elle consiste en une plaque douloureuse répartie sur la mastoïde, sans points électifs au niveau de l'antre ou de la pointe. Elle est mobile, erratique. Elle présente une intensité excessive. Aucune modification locale ou générale. Pas de fièvre, pas de troubles gastriques ou autres. La terminaison peut être subite ; parfois aussi l'algie se déplace et vient occuper symétriquement la mastoïde opposée.

Le *diagnostic* doit être fait pour chacune des modalités suivantes.

A. *Le malade n'a pas de lésions auriculaires actuelles, récentes ou anciennes.* — L'algie se présente seule, avec ses caractères habituels. Les commémoratifs, l'examen fonctionnel, le spéculum nous ont montré l'intégrité de l'organe. Il convient d'éliminer une névralgie simple, une ostéo-périostite primitive ou une mastoïdite également primitive.

Bien que la *névralgie* de cette région ne soit pas très fréquente, il est permis d'y songer. Dans ce territoire, elle ne pourrait siéger que sur le trajet du plexus cervico-occipital et aurait alors des points électifs spéciaux, en particulier au niveau de la conque et en arrière du pavillon, entre les muscles sterno-mastoïdiens, entre l'apophyse et la colonne cervicale. De plus, elle se montrerait avec des périodes d'intermittence qui lui donneraient l'aspect de véritables crises, analogues par leur intensité à celles du tic douloureux de la face. L'*ostéo-périostite primitive* est tout aussi rare que la névralgie. On lui assigne des caractères objectifs nets, et en particulier la tuméfaction précoce de la mastoïde, symptôme qui n'existe jamais dans l'algie névropathique.

Pour ce qui est de la *mastoïdite* en apparence primitive, il faut d'abord remarquer qu'elle est, en réalité, secondaire à des accidents auriculaires passés inaperçus. Le processus infectieux, très violent, ne se concentre sur la mastoïde qu'après avoir effleuré la caisse. Il s'agit alors d'une véritable ostéomyélite avec phénomènes généraux bruyants, fièvre, abattement; le malade a souvent des vomissements, de la photophobie, de la céphalée. L'apophyse est soulevée en masse, le pavillon projeté en avant; les téguments peuvent aussi, dans certains cas, changer de coloration et s'infiltrer. Autant de signes qui manquent dans l'algie hystérique, et qui imposent ainsi le diagnostic.

Ne trouvant aucune raison organique aux phénomènes en cause, on est tout naturellement amené à songer à l'hystérie, à rechercher les antécédents nerveux héréditaires et personnels, les stigmates, en particulier le rétrécissement du champ visuel, et à établir ainsi le diagnostic.

B. *L'algie se produit chez un sujet porteur d'une affection aiguë de l'oreille moyenne.* — Deux alternatives : l'algie survient pendant le cours de l'otite; elle apparaît lorsque cette dernière est en voie de résolution.

Dans le premier cas, on se trouve en présence de phénomènes bruyants, qui éveillent immédiatement l'idée d'une complication grave : le problème d'une mastoïdite vraie se pose d'emblée et doit être immédiatement résolu.

Dans la *mastoïdite suraiguë*, la douleur spontanée survient assez brusquement, mais elle n'atteint que progressivement une grande intensité; son acuité peut être extrême. Parfois elle se propage à la nuque, au cou, dans l'épaule, jusque dans le bras. Quoique continue, elle présente des rémissions coïncidant avec une décharge purulente de la caisse, et des paroxysmes extrêmement pénibles, survenant surtout la nuit. La douleur provoquée se montre sur toute l'apophyse, mais en particulier au niveau de l'antre et de la pointe. Les téguments ne présentent nulle part d'hyperesthésie véritable. Ces manifestations douloureuses sont d'ailleurs en corrélation étroite avec les phénomènes locaux. La chute de la paroi postérieure du conduit auditif, la rougeur et la tuméfaction des téguments au niveau de la mastoïde, leur infiltration, l'œdème et l'écartement du pavillon constituent, quand ils existent, autant de signes objectifs de certitude. Ils ne se retrouvent que très rarement au complet, mais la présence d'un seul d'entre eux doit suffire à éclairer le diagnostic, car on ne doit en rencontrer aucun dans la pseudo-mastoïdite hystérique. Le pus est fétide, quelquefois abondant et s'écoulant par décharges. Il peut sourdre à l'occasion de la pression exercée sur l'apophyse. L'état général est toujours altéré, la fièvre, les frissons, le teint terreux du visage et des téguments, la prostration générale ne manquent pour ainsi dire jamais.

Dans la *pseudo-mastoïdite hystérique*, au contraire, l'apparition de la douleur n'est pas justifiée par la marche des phénomènes locaux et ne cadre pas avec l'évolution de la suppuration. Elle se produit alors que le drainage de la caisse est aisé et facile; le pus ne présente aucun des caractères précédents. L'algie est continue, sans paroxysmes, sans irradiations précises, elle est diffuse sur la mastoïde; elle s'accompagne d'hyperesthésie cutanée, elle peut être mobile. Pas de fièvre, pas de frissons, pas de prostration. Les commémoratifs, les stigmates hystériques viennent enfin constituer autant d'éléments de probabilité en faveur de la nature névropathique de l'affection.

Dans le deuxième cas, l'algie se déclare lorsque l'otite est en voie de résolution complète. Il faut d'abord éliminer l'hypothèse d'une *mastoïdite ordinaire*, coïncidant avec un réveil de l'inflammation. On doit encore songer à l'existence d'une *mastoïdite congestive*, surtout si l'otite s'est montrée avec des symptômes atténués et insidieux. Dans cette affection, qui survient à la suite d'une infection bénigne de l'oreille moyenne, l'épanchement de la cavité se résorbe, l'écoulement séro-purulent cesse, et brusquement apparaît la douleur mastoïdienne, douleur très vive, continue, lancinante, provoquant de l'insomnie et un état d'agitation violente. L'état général est, le plus souvent, peu atteint. Mais il existe quelques symptômes locaux : un léger gonflement des parties molles qui recouvrent la face externe et la paroi antérieure de l'apophyse; il existe un peu de rougeur de la peau. Ces symptômes ne se rencontrent jamais dans les algies purement hystériques, et, inversement, l'hyperesthésie des téguments, constante dans les pseudo-mastoïdites hystériques, manque souvent dans les mastoïdites purement congestives.

Enfin, il peut se produire des cas extrêmement embarrassants. Ce sont ceux où une suppuration aiguë de l'oreille s'accompagne brusquement de douleurs mastoïdiennes, de phénomènes méningitiques, de troubles généraux graves. Les antécédents hystériques ont été cherchés et trouvés. Quelle part faire à l'hystérie dans la genèse des accidents? La solution de ce problème nécessite toute la science et toute l'attention du praticien : elle repose surtout sur l'examen serré du malade et sur les résultats des méthodes diagnostiques nouvelles (ponction lombaire, recherche du signe de Kernig, etc.).

C. *Algie mastoïdienne se produisant sur un sujet dont la lésion ancienne est complètement réparée.* — Dans ce cas, il importe de reconstituer, de par les commémoratifs et l'examen physique, le passé pathologique de l'oreille malade. Si ce diagnostic rétrospectif démontre que l'affection passée n'a pas récidivé, l'on est déjà prévenu que l'algie n'a aucune raison organique, et l'on retrouve alors les conditions étudiées dans le groupe A.

L'*ostéite condensante* présente quelques caractères communs avec l'algie hystérique. Les douleurs, dans les deux cas, sont intenses, persistantes, ne s'accompagnant pas de symptômes objectifs. Pas de fièvre, pas de trouble de l'état général. Mais, dans l'ostéite condensante, la douleur, tout en étant continue, a presque toujours des paroxysmes nets; elle a de plus des irradiations de voisinage; enfin, et surtout, elle ne s'accompagne pas d'hyperesthésie. Dans les cas types, le diagnostic est donc facile. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le peu de symptômes qui caractérisent l'ostéite condensante explique pourquoi, en présence de phénomènes douloureux; l'on est souvent en peine de décider si ces phénomènes relèvent d'une lésion organique ou bien de l'hystérie.

C'est ce qu'expriment nettement les auteurs dans les formules suivantes qui terminent leur étude diagnostique :

1° En présence de sujets porteurs d'une algie mastoïdienne à caractères mal définis et indéterminés, qui présentent une hystérie manifeste et une lésion de l'oreille pouvant justifier l'hypothèse d'ostéite condensante, le clinicien ne peut poser un diagnostic ferme;

2° En présence de sujets porteurs d'une algie mastoïdienne à caractères mal définis et indéterminés, chez lesquels l'ostéite condensante n'a qu'une raison hypothétique d'exister, le clinicien, avant de l'attribuer à cette lésion im-

possible à reconnaître objectivement, et dont les caractères sont d'ailleurs discutables macroscopiquement, devra songer, même si l'hystérie est discrète, à la possibilité d'une manifestation larvée et monosymptomatique de cette névrose.

La marche des algies hystériques est variable comme celle de toutes les manifestations de la grande névrose. Lorsqu'elles ne sont pas liées à une lésion inflammatoire aiguë de l'oreille, elles doivent partager le sort des différentes manifestations hystériques, qui souvent cèdent tout d'un coup à une influence suggestive quelconque. Peut-être aussi ces zones d'hyperesthésie se transforment-elles plus tard en zones hypoesthésiques ou spasmogènes, ou frénatrices. Néanmoins, il faut faire quelques réserves pronostiques. Les hyperalgies hystériques ont parfois une désespérante fixité et persistent des mois et des années. Les arthrodynies ou mastodynies, avec lesquelles les algies mastoïdiennes présentent tant d'analogie, revêtent dans quelques cas des caractères d'intensité et de chronicité telles que certains chirurgiens ont fini par procéder à des amputations du sein ou à des désarticulations du genou. On est dès lors autorisé à laisser entrevoir la possibilité d'un pareil avenir pour les douleurs névropathiques mastoïdiennes. Elles exigent donc une action thérapeutique immédiate et spéciale. Existe-t-il une lésion inflammatoire de la cuisse concomitante? on traitera en même temps cette affection organique. Mais, quel que soit le cas, c'est au traitement ordinaire des manifestations hystériques qu'on devra avoir recours dans les algies névropathiques mastoïdiennes. On pourra essayer les applications métalliques sur l'apophyse, et aussi les moyens suggestifs habituels : les pilules de bleu de méthylène, les pointes de feu avec promesse de guérison rapide, et surtout la suggestion à l'état d'hypnose quand elle sera possible. En cas d'insuccès, il resterait enfin la ressource d'une intervention simulée avec tous les préparatifs d'une grande opération qui, dans ces cas, font les frais d'une véritable mise en scène. Quel que soit le moyen thérapeutique employé, la malade, une fois guérie, devra être traitée pour son hystérie. On instituera un traitement général et une hygiène physique et morale sévère.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des entérites par la levure de bière.

Le traitement des entérites par la levure de bière a déjà fait l'objet d'un travail de M. Thiercelin (1). Reprenant les idées de celui-ci, le docteur Blaucher a recherché la valeur de cette thérapeutique dans les diverses formes d'inflammation intestinale.

Administrée par la bouche et la voie rectale, la levure de bière semble très efficace dans le traitement des gastro-entérites infantiles (choléra infantile, entéro-colite aiguë et chronique); elle donne également d'heureux résultats dans les entérites dysentériformes ou muco-membraneuses chroniques de l'adulte et peut être employée avec succès dans les troubles gastro-intestinaux de la fièvre typhoïde.

Si son mode d'action nous est encore inconnu, sa valeur antiseptique ne fait plus aucun doute.

Chez l'adulte, on l'administre en lavement à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée étant délayée dans 150 grammes d'eau bouillie; en même temps, le malade prendra trois cuillerées à café par jour de levure sèche, délayée dans un peu d'eau.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 29.

Chez l'enfant, après un grand lavage de l'estomac, on administre un lavement contenant une cuillerée à café de levure pour 60 grammes d'eau bouillie tiède. Ce lavement peut être renouvelé deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Si la diarrhée persiste, on prescrit *per os* une à deux cuillerées à café de levure.

Les observations de Blaucher ont démontré que, administrée par la bouche, la levure de bière était plus efficace que donnée en lavements.

Sous l'influence de ce traitement, les diarrhées s'arrêtent, la fièvre tombe, le malade augmente en poids et son état général s'améliore.

Seule, l'entérite tuberculeuse serait rebelle à cette thérapeutique (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Le lundi 4 novembre 1901, à huit heures du matin, il sera ouvert, entre tous les internes en exercice dans les hôpitaux de cette ville, un concours public pour le prix de fin d'année, consistant en une médaille d'or, délivrée par l'Administration hospitalière.

Ce concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, devant un jury présidé par l'un des membres de la commission administrative des hospices.

— *Toulouse.* — M. le docteur Audebert, agrégé, est nommé accoucheur des hôpitaux.

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 16 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1901 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (2); 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, premier bureau, personnel et mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves); 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

(1) *Journ. méd. de Bruxelles.*

(2) Instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3096 fr. par an; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Guerre. — MM. les médecins-majors de première classe des troupes coloniales Marchoux, détaché au ministère des colonies, et Simond ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies, pour faire partie d'une mission scientifique chargée, sous la direction de l'Institut Pasteur, de l'étude de la fièvre jaune au Brésil.

Marine. — Les jurys des concours des emplois de professeur dans les Écoles de médecine navale seront composés ainsi qu'il suit :

1° Pour le concours de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de Toulon, qui doit s'ouvrir dans ce port le 1er octobre 1901 : M. Rouvier, directeur du service de santé à Toulon, président; M. Bousquet, médecin de première classe à Toulon, membre; M. Gastinel, médecin de première classe à Toulon, membre.

2° Pour les concours de professeur de physiologie et d'histologie à l'École annexe de Toulon et de professeur de bactériologie à l'École d'application, qui doivent s'ouvrir à Toulon le 21 octobre 1901 : M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; M. Fontan, médecin en chef de première classe à Toulon, membre; M. Le Dantec, médecin principal à Bordeaux, membre.

— M. Aunac, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour servir au Tonkin.

— M. le docteur Friocourt, nommé directeur du service de santé, servira à Brest, en remplacement de M. le docteur Auffret, promu inspecteur général.

— M. le médecin principal Mathé, du cadre de Brest, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte à Lorient, en remplacement de M. Frison, promu au grade supérieur.

— Par décret en date du 13 septembre 1901, M. le médecin de deuxième classe Thoulon a été promu médecin de première classe dans le corps de santé de la marine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 36e semaine, 833 décès, au lieu de 844 pendant la semaine précédente et de la moyenne 793.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, chiffre inférieur à la moyenne (14). La variole a causé 7 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente. Les médecins ont signalé 23 cas nouveaux. La rougeole, 4 décès, chiffre identique à la moyenne. La coqueluche a causé 16 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (la moyenne est 4). La diphtérie 12 décès (moyenne 2) 61 cas nouveaux ont été signalés par les médecins.

La diarrhée infantile a causé 62 décès de 0 à 1 an, au lieu de 84 pendant la semaine précédente (la moyenne est 70. On a en outre constaté le décès, par diarrhée, de 9 enfants de 1 à 2 ans et de 7 adultes; 2 décès ont été attribués au choléra nostras.

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 95 décès (au lieu de 84 pendant la semaine précédente, et au lieu de 86, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 14 (au lieu de la moyenne 20); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (au lieu de la moyenne 45), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 177 décès; la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 38 décès; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 66 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 15; enfin, 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

Consultations de gynécologie, à l'usage des praticiens, par le docteur G. de Rouville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface par le docteur J. Lucas-Championnière. Un vol. in-8°, 247 p. avec fig. noires et col. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 108. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 19 SEPTEMBRE 1901. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours. DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'ozène, son traitement, d'après M. Bouroullec. — Contribution au traitement des kystes synoviaux et des kystes séreux en général (*fin*), par M. Henri Léon, médecin-major de deuxième classe au 3e zouaves. — Sur l'apparition simultanée des moustiques du genre anopheles et des premiers cas de paludisme dans la région de Constantine, par M. A. Billet. — Revue de la Presse. *Médecine :* Tuberculose du péricarde; — Développement rapide de la névrite périphérique; — *Chirurgie :* Du genu recurvatum; — Terminaison rare de l'appendicite; — *Chirurgie dentaire :* Contribution à l'étude de l'arrêt de la carie dentaire; — *Thérapeutique :* Résorption des hémorragies rétiniennes sous l'influence des rayons bleus; — Traitement des furoncles et de l'acné par l'ichthyol. — Thèses de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

L'OZÈNE, SON TRAITEMENT

D'après M. Bouroullec (1).

Le terme *ozène* a d'abord servi à désigner un symptôme commun à diverses affections des fosses nasales. Ce symptôme, c'est la mauvaise odeur qu'exhalent par le nez certains individus. Aussi, dans cette conception, y avait-il des ozènes de causes diverses. Un corps étranger, une sinusite, la syphilis, la tuberculose, les tumeurs des fosses nasales pouvaient se révéler par l'ozène. Actuellement, le terme ozène a une signification singulièrement plus restrictive et plus précise : c'est une affection caractérisée cliniquement par la fétidité de l'expiration nasale, fétidité tenace, durant des mois et années, et, anatomiquement, par l'atrophie des cornets, atrophie qui ne s'accompagne ni d'ulcérations muqueuses, ni de nécroses osseuses.

L'ozène était connu des plus anciens auteurs. Pline indique son traitement, Galien en distingue deux variétés. Paul d'Égine le définit une ulcération putride produite par saturation d'humeurs âcres. Ambroise Paré vante fort, pour guérir l'ozène, certain remède dont l'urine d'âne paraît avoir été le principal ingrédient; Fabrice d'Acquapendente rattache l'affection à la syphilis, Vieussens à la fermentation putride que subissent les sécrétions muqueuses trop longtemps renfermées dans l'intérieur des fosses nasales. A une époque plus rapprochée, Trousseau donne une remarquable description clinique de de l'ozène; enfin, les travaux de Schrötter, Zäufal, Fränkel, Störk, etc., les études bactériologiques de Löwenberg, la thèse que M. Hugues (2) consacre au traitement des lésions, contribuent à nous donner de l'ozène une idée définitive.

(1) Th. de Paris, 1901.
(2) Th. de Lyon, 1897.

Au point de vue *étiologique*, on peut dire tout d'abord que l'ozène est surtout une maladie de l'adolescence. Rarement il débute dans l'enfance ou dans l'âge mûr. Tous les auteurs admettent sa plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme. L'hérédité paraît exercer une certaine influence, car on voit parfois, dans une même famille, plusieurs personnes atteintes : Rosenfeld a cité le cas d'une mère et de ses neuf enfants; cependant, d'après Mackenzie, l'ozène n'est nullement contagieux.

La syphilis ne peut créer l'ozène que s'il existe préalablement des lésions nasales spécifiques. Les lésions spécifiques secondaires, tertiaires ou héréditaires des fosses nasales, quoique bien distinctes de l'ozène vrai, prédisposent les fosses nasales à contracter la maladie. Il en est de même de la rhinite purulente et de la rhinite atrophique, ou encore de certaines dispositions anatomiques, telles que la grandeur démesurée des orifices du nez, leur béance, etc., etc.

D'après certains auteurs, l'ozène serait intimement liée à une sinusite ethmoïdale; pour d'autres, l'affection se développe lorsque le cornet moyen, en s'appliquant contre la cloison, empêche les sécrétions des régions supérieures des fosses nasales de s'écouler librement. Ces théories, et bien d'autres encore, ne mettent en relief que les conditions prédisposantes de l'ozène : ils ne nous en indiquent pas la cause.

Les *recherches bactériologiques* de Löwenberg ont montré que l'ozène est une maladie spécifique, qu'il est dû, dans tous les cas, à un agent microbien spécial. Ce microbe se présente sous la forme d'un coccus peu allongé, ayant, dans son plus grand diamètre, de 1 μ à 1 μ 5, souvent associé en diplocoque, quelquefois en chaînes. Il est encapsulé. Les couleurs d'aniline le colorent parfaitement, mais il ne prend pas le Gram.

Dans le bouillon peptonisé, ce bacille forme lentement au fond un petit dépôt composé souvent de grumeaux et de filaments au-dessus duquel le liquide paraît clair. Sur plaque de gélatine il forme, à la surface, des colonies arrondies d'un blanc plus ou moins pur, et, dans la profondeur, de petites colonies rondes, jaunâtres. Sur gélose ou sur sérum, le microbe forme une couche unie d'un blanc sale tirant sur le gris. Les cultures sur viande exhalent une mauvaise odeur, se rapprochant de celle de l'ozène. Les inoculations aux animaux n'ont pas donné de résultats positifs.

Belfanti et Della Vedova ont signalé dans les sécrétions des ozéneux la présence du bacille pseudo-diphtérique. Ce bacille se rencontre tantôt isolé, tantôt accompagné du bacille de Löwenberg.

Le développement de l'ozène exige encore des conditions spéciales du côté de la muqueuse nasale. La principale est l'atrophie de la muqueuse nasale, et, dans les cas plus avancés, du squelette osseux et des cornets. Les lésions histologiques sont les suivantes : transformation de l'épithélium vibratile en épithélium plat à une seule couche; infiltration de la couche sous-épithéliale par des cellules rondes, raréfaction des glandes avec dégénérescence graisseuse de leur épithélium. On a signalé parfois des altérations des capillaires et de filets nerveux se rendant à la muqueuse.

La *symptomatologie* de l'ozène est des plus simples : elle consiste surtout dans la fétidité de l'haleine et dans les modifications des sécrétions nasales. L'haleine a une odeur douceâtre et nauséeuse se rapprochant de celle de la punaise écrasée (d'où le nom de punaisie). L'intensité de ce symptôme est proportionnelle à la quantité de croûtes accumulées dans les fosses nasales. L'odeur varie chez ces mêmes sujets suivant certaines circonstances : elle est plus forte le matin que dans la journée; elle s'accentue, chez les femmes, au moment des règles. Au début, des malades sentent eux-mêmes la mauvaise odeur qu'ils répandent, mais peu à peu l'anosmie survient et ils ne perçoivent plus cette odeur.

Les sécrétions nasales sont visqueuses, puis muco-purulentes, mais elles ne sont pas abondantes en général. Dans les cas avancés, le malade expulse avec peine tous les deux ou trois jours des croûtes sèches, jaunâtres ou verdâtres reproduisant plus ou moins la forme des cavités où elles se sont formées et présentant une odeur infecte. L'aspect extérieur du nez est variable chez les ozéneux : certains n'ont aucune déformation apparente, d'autres ont le nez camard, en selle, en trompette, etc. La rhinoscopie antérieure montre les fosses nasales pleines de mucosités, encombrées de croûtes sèches, d'un jaune verdâtre, masquant les cornets qu'elles tapissent. Les cornets sont habituellement diminués de volume, surtout le cornet inférieur : l'atrophie, bilatérale, est proportionnelle au degré d'ancienneté des lésions : elle permet facilement l'examen des fosses nasales et la recherche des repères habituels : saillie des trompes, orifices des sinus, paroi postérieure du pharynx. La muqueuse présente une coloration pâle : elle est saignante dans les points qui étaient recouverts de croûtes. Nulle part il n'existe d'ulcérations ni de perte de substance. La rhinoscopie postérieure montre que les croûtes peuvent envahir le rhino-pharynx. Sur la paroi postérieure du pharynx buccal, la muqueuse est lisse, luisante, souvent tapissée de croûtes.

L'ozène est une affection chronique dont l'évolution se fait sans fièvre, sans altération de l'état général : toutefois, par le dégoût qu'elle inspire, cette affection plonge les malades dans une hypochondrie profonde : elle mérite donc d'être traitée avec énergie et persévérance.

Bien que l'ozène puisse, en effet, guérir spontanément, son *traitement*, long et compliqué, s'impose dans la plupart des cas. La première indication thérapeutique consiste à faire disparaître la fétidité en procédant à l'expulsion des croûtes. On obtient ce résultat par les soins méthodiques suivants.

Le médecin devra d'abord faire un nettoyage complet du nez, et, avec la pince et le stylet, débarrasser la muqueuse des croûtes qui la recouvrent. Les nettoyages ultérieurs seront faits par le malade lui-même, qui fera passer à l'aide du siphon de Weber ou de la seringue anglaise, 1 à 2 litres de liquide chaud. Ces lavages répétés détachent mécaniquement les croûtes et désinfectent temporairement la cavité nasale. On se sert généralement d'une des solutions suivantes :

1° Naphtol	trente centigrammes.
Eau distillée	1 litre.
2° Acide phénique	5 grammes.
Eau distillée	1 litre.
3° Résorcine	5 grammes.
Eau distillée	1 litre.
4° Bicarbonate de soude. } ââ	3 grammes.
Biborate de soude }	
Chlorate de soude	4 —
Eau distillée	1 litre.

Après chaque lavage, qui sera répété deux ou trois fois par jour, le malade insufflera dans son nez un peu d'acide borique ou d'aristol. Morell Mackenzie a recours au procédé suivant :

Première irrigation faite avec de l'eau tiède sulfureuse ou l'une des solutions précédentes. Seconde injection avec un demi-litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique	20 grammes.
Glycérine pure	100 —
Alcool à 90 degrés	50 —
Eau	350 —

Comme pulvérisation, Mackenzie préconise l'acide borique, la résorcine, etc. Tous ces soins doivent être faits régulièrement au moins deux fois par jour.

Le massage vibratoire de la pituitaire est une excellente méthode thérapeutique; on le pratique avec un petit tampon monté au bout d'un stylet et susceptible de pénétrer dans toutes les anfractuosités des fosses nasales.

La séance doit durer une minute par fosse nasale. On commencera par imbiber le tampon de baume de Pérou et on finira par l'imbiber de lanoline mentholée au 1/20°. Pour Bunger, cette méthode, continuée suffisamment, peut donner des guérisons complètes.

Belfanti et Della Vedova ont proposé contre l'ozène des injections de sérum antidiphtérique. Ces injections ont certainement une action favorable, et Aulan va même jusqu'à dire qu'elles possèdent une valeur spécifique. Ferreri, qui a essayé cette méthode thérapeutique, lui préfère cependant de beaucoup les applications de créosote. Il se sert des deux solutions suivantes :

Solution forte.

Créosote }	parties égales.
Glycérine }	

Solution faible.

Créosote	5 grammes.
Alcool à 70 degrés	10 —
Glycérine	40 —

Suivant l'intensité de la maladie, il fait des applications de l'une ou de l'autre de ces solutions tous les jours ou tous les deux jours, et complète parfois ce traitement par des cautérisations au galvano-cautère.

Les injections intra-musculaires d'iode constituent un excellent reconstituant général, mais n'ont aucune action spécifique. Il n'en va pas de même de l'électrolyse qui a donné jusqu'à ce jour les meilleurs résultats. Cette méthode, introduite en rhinologie par Cheval (de Bruxelles), doit être soigneusement surveillée, car on lui a attribué un certain

nombre d'accidents, assez peu graves d'ailleurs. L'intensité du courant à employer varie de 8 à 20 milliampères, suivant les auteurs : pour M. Bouroullec, elle ne devrait jamais dépasser 12 à 14 milliampères. Il est inutile de prolonger plus d'un quart d'heure le passage du courant. Les fosses nasales seront cocaïnisées avec soin, ce qui n'empêche pas la douleur d'être assez vive, surtout au début. Les résultats ne sont appréciables que de trois à cinq jours après l'électrolyse. Quant à la durée du bénéfice acquis, elle est variable, suivant les cas. Cependant on peut dire, d'une manière générale, qu'il est très rare d'avoir à faire subir au malade plus de six à sept applications. Et quel que soit le mécanisme de la guérison, il semble actuellement démontré que l'électrolyse est le traitement de choix de l'ozène.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES KYSTES SYNOVIAUX

ET DES KYSTES SÉREUX EN GÉNÉRAL (1)

Par M. Henri Léon,

Médecin-major de deuxième classe au 3e zouaves.

II

Du traitement des hygromas chroniques par le procédé de Duplay pour les kystes synoviaux. — 1. La considération des succès que nous avait donnés le procédé de Duplay pour le traitement des kystes synoviaux nous a conduits à l'employer depuis, de notre propre inspiration et sans qu'aucune tentative de ce genre n'ait encore été faite à notre connaissance, dans deux cas d'hygroma, de volume et d'ancienneté de siège différents. Voici leur histoire :

Observation I. — *Hydropisie d'une bourse séreuse accidentelle de la région lombaire. Injection dans la poche de quelques gouttes de teinture d'iode, conformément au procédé de Duplay pour les kystes synoviaux. Guérison immédiate et complète. Constatation du résultat vingt et un mois après.* — M..., jeune soldat, 24e dragons, 1er escadron. Numéro matricule 3148.

Entre à l'infirmerie, le 3 février 1899, pour une tumeur du volume d'une moitié d'orange qu'il porte à la région lombaire du côté droit près de la ligne médiane, juste au niveau de la ceinture. La peau qui la recouvre est assez épaisse comme normalement, à cet endroit, mais sans aucune altération.

On trouve au-dessous une collection enkystée, semi-fluctuante, remplissant une poche bien limitée à contour circulaire.

La tumeur prise en masse est mobile sur le plan aponévrotique sous-jacent.

Nous étions en présence, évidemment, d'une collection liquide épanchée à l'intérieur d'une bourse séreuse accidentelle du tissu cellulaire, déterminée en ce point, par des frottements prolongés et répétés ayant pu être causés, par exemple, soit par l'extrémité postérieure (palette ou troussequin) de la selle, pendant les classes à cheval, soit par le port d'un ceinturon.

Sous l'influence d'une semblable irritation, il s'était produit une hydropisie de la cavité. Il n'y avait, en outre, aucun signe d'inflammation, pouvant faire supposer un abcès. Comme, d'autre part, la résorption du contenu de ces tumeurs est extrêmement lente à se produire, nous eûmes alors l'idée d'essayer, dans le but de l'activer, l'application du procédé de Duplay, pour les kystes synoviaux.

6 février. Opération. Après désinfection soigneuse de la région, injection à l'intérieur du kyste de IV à V gouttes de teinture d'iode. Pansement compressif.

7 février. La grosseur extérieure régulière et hémisphérique a fait place à une tuméfaction diffuse ne donnant plus au toucher que la sensation d'empâtement.

9 février. Résolution complète de la tumeur, trois jours après l'injection.

12 février. Guérison. Le malade sort. Résultats éloignés. A la date du 8 novembre 1900, c'est-à-dire vingt et un mois après l'opération, M. le médecin-major Peltier qui a examiné le malade nous écrit qu'il « est si parfaitement guéri qu'il est impossible de retrouver aucune trace de cette affection ».

Obs. II. — *Hygroma volumineux du genou droit. Echec de la compression, la révulsion et les résolutifs. Application du procédé de Duplay, pour les kystes synoviaux. Guérison. Résultats s'étant maintenus malgré un traumatisme ultérieur de cette même région.* — Le G..., jeune soldat, 24e dragons, 1er escadron. Entre à l'infirmerie le 14 février 1900 pour un volumineux hygroma du genou droit.

La tumeur de forme globuleuse, à surface extérieure régulière, occupe toute la face antérieure de la rotule et a la grosseur du poing.

Peau saine, normale.

Fluctuation très nette.

Comme traitement, le repos au lit aidé de la compression ouatée fut d'abord prescrit et continué plusieurs jours, mais sans aucun résultat.

On essaya ensuite de la révulsion en recouvrant toute la région atteinte d'un vésicatoire qui fut laissé en place vingt-quatre heures, et, suivi, après son enlèvement de l'application comme résolutif d'une bonne couche d'onguent mercuriel double, avec un pansement compressif par-dessus. Celui-ci fut renouvelé plusieurs fois dans les mêmes conditions jusqu'à ce que la surface épidermique fût complètement sèche, mais sans qu'aucune amélioration se produisît dans l'état local ; au contraire, la peau, à cet endroit, rosée, lisse, présentant quelques vésicules d'acné, paraissait même maintenant amincie et distendue par le liquide.

8 mars. C'est alors que nous eûmes l'idée d'avoir recours au procédé de Duplay. Dans ce but, après les précautions antiseptiques d'usage, nous fîmes avec la seringue de Pravaz une ponction exploratrice pour nous assurer si le contenu n'était pas purulent. Nous nous contentâmes de retirer une très petite quantité de liquide séro-sanguin, très clair et ayant, comme couleur, celle d'une solution étendue de perchlorure de fer, que nous remplaçâmes aussitôt, l'aiguille ayant été laissée en place, par une égale quantité (X à XII gouttes) de teinture d'iode.

Pansement compressif.

Quatre jours plus tard, on pouvait constater une diminution notable de la tumeur.

La résorption continua par la suite à s'opérer graduellement, en même temps que la peau reprenait son aspect normal.

18 mars. On ne perçoit plus de trace de liquide appréciable. Le tissu cellulaire entre la peau et la rotule est épaissi.

Guérison. Le malade sort.

30 juillet 1900. Il se présente de nouveau à la visite pour un gonflement du même genou, situé au niveau du bord externe de la rotule. Mais celui-ci est dû à un furoncle siégeant à la face profonde du derme et entouré à sa base d'une zone d'induration assez étendue. Cette lésion évolua simplement, et il était aisé de constater ensuite que la guérison de l'hygroma s'était maintenue.

8 novembre 1900. Nous n'avons pas revu le malade depuis ; mais M. le médecin-major Peltier, à qui nous avons demandé des renseignements à son sujet, nous écrit à la date du 8 novembre 1900 ce qui suit : « L... est rentré à l'infirmerie depuis votre départ, le 24 septembre, et y est resté jusqu'au 9 octobre, pour une contusion du même genou qui avait déterminé surtout de l'hydarthrose. Actuellement, le genou est encore plus volumineux que celui du côté sain ; la peau et les

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 107, p. 1025.

tissus sous-jacents sont fortement épaissis au-devant de la rotule; on sent à la palpation des loges et des cloisons de la bourse séreuse, et L... dit qu'il ne peut se mettre à genou. » Pour nous, au seul point de vue qui nous occupe, notons seulement qu'aucun épanchement ne s'est reproduit dans la bourse pré-rotulienne, et c'est ce qu'il nous importait de savoir.

2. Réflexions. — *Guérison complète dans les deux cas. De la résorption d'un épanchement séreux sous l'influence de quelques gouttes de teinture d'iode. Application de ce résultat au traitement des différents kystes séreux.* — Ainsi donc, chez le premier de ces deux malades, la guérison obtenue par le procédé employé a été simple, rapide, parfaite, et, de plus, autant que les résultats éloignés permettent de l'affirmer, définitive. Chez l'autre, on ne saurait non plus contester la valeur du résultat, puisqu'elle s'est maintenue malgré l'existence ultérieure au même siège et d'une lésion inflammatoire de la peau et d'un traumatisme accidentel. On peut donc dire que, dans ces deux cas, les seuls qu'il nous ait été donné de traiter ainsi, le succès a été complet, en remarquant en outre, pour le dernier, que le repos, la compression et la révulsion avaient été pratiqués auparavant sans aucun effet.

De ces deux faits, cependant, nous ne voulons tirer aucune déduction thérapeutique en dehors de cette seule constatation de la résorption intégrale possible d'une collection séreuse sous l'influence de l'injection au sein de la masse de quelques gouttes de teinture d'iode.

Par contre, par quel mécanisme ce phénomène se produit-il? Les quelques gouttes de teinture d'iode injectées agissent-elles en modifiant le liquide épanché ou les conditions d'osmose et de sécrétion de la membrane limitante? Il nous semble difficile de le savoir; mais il n'en est pas moins vrai que la guérison peut s'opérer ainsi et sans réaction inflammatoire appréciable. Les faits observés sur ce point ont la valeur d'une preuve expérimentale. Et c'est ce qui nous amène à nous demander si un semblable mode de traitement ne pourrait pas être appliqué, parfois avec avantage, à la cure des différents kystes séreux et en particulier de ceux pour lesquels l'injection iodée pure après ponction, et même l'incision ou l'extirpation, ne sont pas sans danger.

Sans doute, cette proposition n'est encore qu'une hypothèse, mais qui ne nécessite, pour être vérifiée, que des essais absolument innocents. Et puis, en admettant, comme les faits ci-dessus portent à le croire, que le procédé de Duplay devienne par la suite une méthode thérapeutique plus générale avec ses indications nettement déterminées et formulées, ne peut-on pas encore supposer que même son résultat négatif puisse avoir, en certains cas, une véritable valeur diagnostique? Autant de questions dont l'intérêt nous a paru suffisant pour justifier la rédaction de cette note.

SUR L'APPARITION SIMULTANÉE DES MOUSTIQUES DU GENRE ANOPHELES

ET DES PREMIERS CAS DE PALUDISME DANS LA RÉGION DE CONSTANTINE

(Note de M. A. Billet, présentée par M. A. Laveran à l'Académie des sciences.)

M. Laveran a depuis longtemps (1) observé qu'en Algérie, et dans la région de Constantine en particulier, les cas de paludisme de première invasion surviennent dans les derniers jours du mois de juin. Il était intéressant de vérifier si cette date coïncidait avec l'apparition des moustiques du genre anopheles, considérés comme les principaux agents de propagation des hématozoaires du paludisme.

J'ai pu m'assurer dernièrement que le fait était rigoureusement exact pour la région de Constantine. Sur les indications de M. Laveran, j'ai surveillé attentivement l'éclosion des premiers moustiques dans un certain nombre de localités notoirement palustres, voisines de cette ville.

Dès le 28 mai 1901, à la suite des premières fortes chaleurs (au-dessus de 35 degrés centigrades) et d'orages assez violents, plusieurs espèces de moustiques du genre culex (principalement culex pipiens et culex spathipalpis) faisaient leur apparition; mais il m'était impossible de découvrir un seul anopheles, même à l'état larvaire.

Ce n'est qu'à dater du 15 juin que j'ai commencé à recueillir ou à recevoir des échantillons de ces derniers. Voici les dates de ces captures ou de ces envois :

1° Le 16 juin, du lac du Bourzel, situé entre Sétif et Batna, dans un lot de quarante moustiques environ, dont les trois quarts appartenaient à différentes espèces de culex, je note neuf anopheles claviger. Tous étaient des individus femelles, gorgés de sang humain (réconnaissable à la forme de quelques globules non encore altérés).

2° Le 18 juin, cinq exemplaires appartenant à la seule et même espèce (anopheles claviger), récoltés au poste de la caserne du Bardo), situés sur les bords du Rummel. C'est là qu'est logé le 5e escadron du train qui fournit les quatre cinquièmes des cas de paludisme de la garnison de Constantine.

3° Le 21 juin, du pénitencier d'Aïn-el-Bey, localité éminemment fébrigène, située à 20 kilomètres environ au sud-est de Constantine, au milieu d'une vingtaine de mouches et moucherons de tout genre, dix moustiques se rapportant tous à la même espèce : anopheles claviger. Détail intéressant : chez deux de ces anopheles, j'ai reconnu très aisément, sur la paroi stomacale, la présence de nombreux kystes renfermant en abondance les sporozoïtes caractéristiques de l'hématozoaire du paludisme.

Ces anopheles avaient été capturés dans les chambres du pénitencier où couchent les soldats préposés à la garde des détenus.

4° Enfin, le 24 juin, dans un lot d'insectes divers recueillis au hasard dans les baraquements du polygone, à 7 kilomètres de Constantine, sur la route de Sétif et non loin du Rummel, je trouve encore trois exemplaires du même anopheles claviger.

Or, par une coïncidence frappante, à dater du 26 juin jusqu'au 10 juillet, entraient successivement à l'hôpital militaire de Constantine, atteints de paludisme :

1° Deux cavaliers du train des équipages, casernés au Bardo;

2° Un soldat indigène du 3e tirailleurs, qui était resté en mission au pénitencier d'Aïn-el-Bey, du 15 au 20 juin. Cet homme n'avait pas ressenti de manifestations paludéennes depuis plusieurs années. On peut donc le considérer comme un récidiviste, autrement dit comme un cas de nouvelle infection;

3° Trois soldats du 3e zouaves, casernés au camp des Oliviers, non loin de la route de Sétif et, par conséquent, du Rummel; l'un d'entre eux a même présenté des symptômes pernicieux à allures typhoïdes très graves;

4° Un soldat du 13e d'artillerie, qui avait été envoyé au polygone pendant les mois de mai et de juin.

Ces différents cas étaient, sans exception, des cas de paludisme de première invasion, c'est-à-dire survenus chez de jeunes soldats venant de France, incorporés au mois de novembre 1900, et non encore impaludés. Du reste, chez tous,

(1) *Traité du paludisme*, 1898, p. 23.

l'examen du sang a révélé la présence des formes d'hématozoaires spéciales aux cas de première invasion, c'est-à-dire la forme annulaire et petite et les corps en croissant.

Voilà donc un nouvel exemple, des plus probants, de la coexistence presque simultanée des premiers anopheles de l'année et des premières atteintes du paludisme à Constantine.

La constatation, dans un cas, de la présence des sporozoïtes malariques dans la paroi stomacale des anopheles, présente un intérêt tout particulier, au point de vue de la relation de cause à effet, entre l'apparition des anopheles, d'une part, et l'éclosion de ces premiers cas de paludisme, d'autre part.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Tuberculose du péricarde. — L'observation rapportée par M. RIESMAN (de Philadelphie) est des plus intéressantes, car il s'agit d'une tuberculose primitive du péricarde, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Un homme de trente-deux ans, sans antécédents morbides, mais intempérant, se présente à l'examen le 22 mai 1900 : il se plaint depuis huit jours de douleurs dans les épaules, le dos, la poitrine; il tousse et a de la céphalalgie. Le malade n'est pas amaigri; il est très irritable. Son pouls est faible et dépressible; la pointe du cœur n'est pas perceptible. La matité cardiaque est augmentée vers la gauche et l'on entend, au niveau de la région précordiale, un gros bruit de frottement. Pas de souffles endocardiques ni de dépression systolique au niveau de la pointe du cœur, ni de pouls paradoxal. Dans la plèvre gauche, un peu d'épanchement. La température présente des irrégularités. Le 11 juillet, on extrait de la plèvre gauche un peu de liquide sanguinolent. Une ascite s'étant développée, le malade meurt d'une syncope le 11 octobre.

A l'autopsie, les viscères abdominaux étaient congestionnés. La plèvre gauche contenait un peu d'épanchement. Le péricarde était adhérent. Ses deux feuillets accolés mesuraient par places 1 centimètre et demi d'épaisseur. Ils étaient infiltrés, enflammés, et le microscope révéla dans leur tissu la présence de cellules géantes. Au niveau du ventricule gauche existaient des foyers de nécrose caséeuse. La plèvre ne présentait pas de lésions tuberculeuses macroscopiques. Un cobaye, injecté avec le liquide de la cavité pleurale gauche, mourut de tuberculose généralisée.

M. Riesman considère la tuberculose primitive du péricarde comme très rare. La porte d'entrée du bacille peut être l'amygdale, les gencives, la muqueuse bronchique; les ganglions médiastinaux peuvent servir d'intermédiaire. Cette affection frappe principalement les hommes; les signes sont ceux de la symphyse péricardique; ils peuvent également simuler la présence d'un épanchement. La marche est habituellement chronique. (*Amer. Journ. of Med. Sc.*, juillet 1901.)

A. H.

Développement rapide de la névrite diphtérique. — M. G. WLADIMIROV a examiné microscopiquement les nerfs d'enfants ayant succombé à la diphtérie du troisième au trentième jour de la maladie. Il a constaté que la névrite parenchymateuse des troncs périphériques peut s'observer dès le début de la diphtérie; dans les cas mortels, elle apparaît dès le cinquième ou le septième jour et même (dans un cas) au troisième jour de l'infection; mais quelques-unes des lésions ne sont appréciables qu'avec l'emploi du système d'immersion. Dans ces cas, on a pu, en examinant les petits malades très minutieusement, constater dès les premiers jours des signes cliniques de névrite, la sensibilité était affaiblie de même que les réflexes rotuliens, le trajet des troncs nerveux était sensible. Ce fait est donc très important au point de vue clinique, et il démontre qu'il faut toujours avoir soin d'explorer chez les diphtériques l'état des nerfs périphériques, car il est possible qu'en même temps que ces derniers commence aussi la lésion du pneumogastrique ou du phrénique.

En ce qui concerne les cellules ganglionnaires de la moelle et du bulbe, elles étaient intactes dans les cas où la mort est survenue très peu de temps après le début de l'affection. (Soc. de pédiat. de Moscou, 21 mars 1901.)

S. B.

CHIRURGIE

Du genu recurvatum. — Sous ce titre, M. VOROBIEV, après avoir rapporté dix cas personnels, étudie les causes de cette déformation acquise et son mode de production.

Parmi ces causes, la plus fréquente est la paralysie infantile; la déformation est provoquée soit par la paralysie de tous les muscles qui entourent le genou, soit lorsqu'il y a paralysie complète des fléchisseurs du genou et relâchement des ligaments péri-articulaires. La parésie du quadriceps peut également en être cause, et l'auteur rapporte un cas semblable où le malade pouvait, malgré la dislocation presque complète, faire à pied trois à quatre kilomètres sans se reposer.

Il faut encore signaler, parmi les causes d'origine centrale, le tabes et la paralysie générale. Certains traumatismes médullaires peuvent provoquer le genu recurvatum, notamment lorsque la lésion siège au niveau de la région lombaire et provoque la paralysie des deux sciatiques. Si l'on a rarement occasion d'observer des cas semblables, c'est que le traumatisme qui en est cause est généralement mortel.

Parmi tous ces cas d'origine centrale, il y en a auxquels est plus applicable la théorie mécanique de la pathogénie des déformations des membres, tandis que dans d'autres interviennent plutôt les antagonistes des muscles paralysés.

Dans certains cas, la fracture des os de la jambe ou du fémur avec subluxation donne lieu à du pseudo-genu recurvatum.

D'autre part, les lésions qui provoquent l'incurvation du fémur et des os de la jambe peuvent, à leur tour, provoquer un genu recurvatum, et l'auteur en rapporte quatre cas dus à l'ostéomyélite. La déformation est due, d'une part, à ce que l'os qui continue à s'accroître en arrière ne peut plus le faire en avant, où le cartilage d'accroissement est le plus souvent détruit, d'où déformation angulaire; d'autre part, il faut aussi incriminer l'insuffisance du repos au lit des opérés, qui se lèvent avant que la cicatrisation osseuse soit complète. En raison de ce fait, l'auteur conseille vivement de ménager le plus possible, dans les opérations, le cartilage d'accroissement et de ne pas permettre aux opérés de se lever trop tôt.

Les arthrites peuvent donner lieu à des déformations du genou qui ressemblent beaucoup au genu recurvatum. Il faut également incriminer la tuberculose, le rachitisme, peut-être aussi la syphilis.

Parmi les causes d'ordre statique, le pied équin varus joue un rôle important; ceci est très important, car dans le séjour prolongé au lit la contracture du tendon d'Achille provoque facilement le pied équin.

La connaissance de ces divers facteurs du genu recurvatum acquis est importante, car elle pourra permettre d'éviter dans certains cas la production de cette déformation. (*Wratch*, 1901, n° 19.)

S. B.

Terminaison rare de l'appendicite. — M. WEINGROV a observé un cas de péri-appendicite suppurée terminée par l'ouverture spontanée de la collection dans le rectum, sui-

vie de l'élimination, par cette voie, de l'appendice, en totalité, complètement nécrosé. La guérison n'a pas tardé.

L'appendice contenait un calcul stercoral et était perforé dans deux endroits. (*Wratch*, 1901, n° 19.) S. B.

CHIRURGIE DENTAIRE

Contribution à l'étude de l'arrêt de la carie dentaire, par J. Choquet (de Paris). — Jusqu'ici les diverses tentatives faites pour obtenir la stérilisation de la dentine, et conséquemment l'arrêt de la carie, n'ont donné que des résultats négatifs; cela tient à ce que les diverses méthodes employées ne l'étaient que d'une façon empirique.

Voici la marche que conseille M. Choquet : 1° nettoyage mécanique de la cavité à obturer, au moyen de la fraise; 2° déshydratation, non pas au moyen de l'air très chaud, mais de l'air tiède, auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool à des titres successifs et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu; 3° séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydronaphtol. Des dents traitées de cette façon, en prenant la précaution de laisser pendant vingt-quatre heures dans la cavité un pansement recouvert de gutta, destiné à empêcher la pénétration de la salive, n'ont donné aucun résultat comme développement microbien. Au contraire, des dents n'ayant pas subi de déshydratation par l'alcool à des degrés successifs et obturés pendant le même laps de temps que les précédentes avec le même pansement, ont toujours donné naissance à une culture polymicrobienne après ensemencement dans les différents milieux nutritifs employés en bactériologie. Dans le premier cas, si l'on veut s'assurer de la pénétration de l'hydronaphtol dans la couche de dentine qui recouvre la pulpe, on n'a qu'à déposer sur celle-ci une goutte de nitrate acide de mercure qui la colorera en jaune foncé, tandis que dans le second cas, alors qu'il n'y aura pas eu pénétration par suite d'une déshydratation défectueuse, le nitrate acide de mercure colorera la dentine en rose pâle.

Ces résultats ont été présentés cette année, à la Société de biologie, par M. Malassez. (Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Congr. d'Ajaccio, septembre 1901.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Résorption des hémorragies rétiniennes sous l'influence des rayons bleus. — A la suite d'une communication faite à ce sujet antérieurement par M. Tikhomirov, M. Vigodsky a recouru à ce mode de traitement. Il s'agissait d'une malade opérée pour un glaucome simple et chez laquelle était survenue, trois mois plus tard, une hémorragie rétinienne péripapillaire. Le traitement ordinairement en usage, suivi pendant quatre mois, n'a pas donné la moindre amélioration. L'auteur soumit alors la malade à l'action des rayons bleus (lampe électrique ordinaire avec plaque bleue); les séances, de dix à quinze minutes de durée, se répétaient tous les deux jours. Dès la quatrième séance l'épanchement diminua; au bout de 16 séances, il fut complètement résorbé. (Société ophtalm. de Saint-Pétersbourg, 19 avril 1901.)

S. B.

Traitement des furoncles et de l'acné par l'ichthyol. — M. Glikmann a obtenu de très bons résultats dans la furonculose en recourant, selon le conseil d'Ulmann, aux badigeonnages avec une solution éthéro-alcoolique d'ichthyol. Les badigeonnages étaient pratiqués matin et soir; après quatre ou cinq badigeonnages, on enlevait la couche d'ichthyol avec de l'éther avant de pratiquer une nouvelle application du médicament. Les résultats ont été très satisfaisants, même dans les cas de furoncles volumineux et suppurés. Appliqué dès le début, l'ichthyol a une action abortive sur la marche du furoncle. La durée moyenne dans les cas anciens varie de cinq à douze jours; dans les cas plus récents, trois ou quatre badigeonnages suffisent. Dans les furoncles ouverts et étendus, on obtient une très petite cicatrice, à peine appréciable. Dans l'acné de la face, les badigeonnages étaient pratiqués seulement le soir; le matin, on enlevait l'ichthyol à l'aide de l'éther. Les résultats étaient également très encourageants. (*Ejenedelnik*, 1901, n° 19.) S. B.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

354. M. Lombard. Contribution à l'étude physiologique du leucocyte. — 355. M. Polaillon. Contribution à l'histoire médicale des moustiques. — 356. M. Hivet. Traitement des rétro-déviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). — 357. M. Chiron du Brossay. Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite. — 358. M. Le Maitre. De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. — 359. M. Depoutre. L'oreille sénile. — 360. M. Adeline. Contribution à l'étude clinique des polynévrites blennorragiques. — 361. M. Lambert. Du traitement des cancers. — 362. M. Lacroix. Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. — 363. M. Mazaraky. Le rôle des rats dans la propagation de la peste. — 364. M. Rialland. Contribution à l'étude du traitement médical de l'épilepsie. — 365. M. Naulet. Contribution à l'étude du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la gymnastique raisonnée. — 366. M. Benoist. Contribution à l'étude de l'hystérectomie pour traiter l'infection puerpérale avec lésion intérieure prédominante. — 367. M. Olivarès. Adénome malin de l'utérus. — 368. M. Junqua. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — 369. M. Leculier. Considérations à propos des syphilis d'emblée. — 370. M. Page. De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endo-métrites chroniques. — 371. M. Huchon. Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse. — 372. M. Ricoulleau. Luxation congénitale de la rotule. — 373. Mme Taranjkoff. Du traitement de la scoliose chez les adultes. — 374. M. Chancellay. Contribution à l'étude de la psychose polynévritique. — 375. M. Petit. Glycosurie dyspeptique et troubles digestifs dans le diabète. — 376. M. Cotte. Quelques recherches cliniques sur le pouls et la tension artérielle dans la variole. — 377. M. Debret. La sélection naturelle dans l'espèce humaine. (Contribution à l'étude de l'hérédité convergente.) — 378. M. Thiollier. Quelques considérations sur la marche normale chez l'enfant et les causes du retard de la marche. — 379. M. Guillaumont. Contribution à l'étude des principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles. — 380. M. Bocquet. La tuberculose à Reims. — 381. M. Bluysen. Contribution à l'étude clinique des streptococcies généralisées chez l'homme. — 382. M. Jousseaume. Sur quelques parasites producteurs des maladies introduites dans l'organisme par l'eau. — 383. M. Proust. Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde. — 384. M. Mieulet. L'hygiène à la Maison de Nanterre. Morbidité, mortalité. Statistique de 1890 à 1900. — 385. M. Dugué. Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure. — 386. M. Sabrannat. Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule consécutivement à la suture. — 387. M. Prudhomme. Les stigmates de la blennorragie chez la femme. — 388. M. Braoude. Contribution à l'étude de l'obésité chez les enfants. — 389. Mme Gourari. Contribution à l'alimentation intense des syphilitiques (étude clinique). — 390. M. Loustau. Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole. — 391. M. Fotiades. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — 392. M. Dartigues. Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. — 393. M. Paugam. La maladie de Barlow en France. — 394. M. Mulon (Paul). Applications médicales de la cryoscopie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le mardi 29 octobre 1901. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves consisteront en une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de physiologie et une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Guerre. — Par décret du 14 septembre 1901, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Tardif, Pozzo di Borgo.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Vincent, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active Roulet, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Morgoulieff, Buy, Polier, Fournier, Constensoux, Luys, Mercier, Leclerc, Cochy, Guéry, Faure, Tournemelle, Michaux, Laporte, Keim, Salignat, Lévy, Mauger, Louis, Froment, Daudé, Miot, Jacomet, Guillot, Chérut, Boirivant, Balmelle, Lévy, Pouech, Broussais, Lacommé, Curie, Ranson, Blum, Courgeon, Welcker, Dide, Jartel, Jahan, Rozoy, Barrois, Champion, Roullin, Gauzy, Dumont, Baque, Berry, de Brye, Thiellement, Loin, Philippet, Mathey, Brunet, Vital, Polhiez, Carré, Fabre-Pitoiset, Gaillardon, Osty, Rerolle, Azaïs, Chavanne, Haret, du Clot, Bournoville, Delord, Le Coniat, Boda, Gigon, Feuillade, Collinot, Fleurot, Rochette, Lafen, Arnal, Pothet, Capelle, Bènes, Perrier, Colin, Petit, Bonsirven, Laffitte, Dauzats, Latron, de Bazelaire de Ruppierre, Galimant, Bornay, Segonds, Fraisse, Mulle, Lhoste, Caire, Roquetanière, Pannetier, Trombert, Pariset, Souchon, Ducot, Henriot, Escoffier, Lecat, Crotet, Gales, Rembauville, Paravicini, Defrain, Duliège, Laroche, Brément, Roustan, Dravet, Courchet, Boelle, Audy, Huriez, Morel, Artaud.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Soule, Aubry, Gianetti, Delamarc.

Marine. — MM. les médecins de première classe Le Méhaut e Gorron, qui occupent actuellement des emplois de professeur, le premier à l'École principale du service de santé à Bordeaux, le second à l'École annexe de Rochefort, seront maintenus pendant une nouvelle année dans leurs fonctions, aucun candidat n'ayant été reconnu admissible à ces emplois à la suite des concours ouverts à Rochefort le 2 de ce mois.

XIII[e] Congrès international de médecine. — Le secrétariat général a l'honneur de prévenir MM. les membres du XIII[e] Congrès international de médecine que l'impression et l'envoi du *volume général* et des *17 volumes de comptes-rendus des sections* sont actuellement terminés.

Tout membre du Congrès ou souscripteur qui, par erreur, n'aurait pas reçu les volumes auxquels il a droit, est prié de vouloir bien adresser sa réclamation à l'éditeur du Congrès, M. Masson et C[ie], 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

A partir du 31 décembre 1901, aucune réclamation ne sera plus admise.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour.* — A dater du 20 septembre 1901, la durée de validité des billets d'aller et retour émis sur le réseau P.L.M. est notablement augmentée.

Cette durée de validité est de 2 jours pour la première zone jusqu'à 50 kilomètres : de 3 jours pour la deuxième zone de 51 à 100 kilomètres ; elle est ensuite augmentée de 1 jour par 100 kilomètres jusqu'à la treizième zone de 1101 à 1200 kilomètres, pour laquelle cette durée est de 14 jours.

En outre, lorsque le délai de validité d'un billet d'aller et retour expire un dimanche ou un jour de fête légale, ce délai est augmenté de 24 heures ; il est augmenté de 48 heures lorsque le jour où il expire est un dimanche suivi d'un jour de fête légale, ou un jour de fête légale suivi d'un dimanche.

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 109. — SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1901. — N° 109.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours.
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les troubles nerveux périphériques de la tuberculose pulmonaire, par M. G. CARRIÈRE, agrégé des Facultés de médecine, chargé du cours de clinique médicale infantile à l'Université de Lille. — REVUE DES THÈSES. Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein (M. Ed. JAMAUX); — Acné professionnelle due au goudron de houille (M. LENOURICHEL); — De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant (M. L. RENAUD). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les troubles nerveux périphériques de la tuberculose pulmonaire.

Par M. G. CARRIÈRE,

Agrégé des Facultés de médecine, chargé du cours de clinique médicale infantile à l'Université de Lille.

I

Historique. — L'existence des troubles nerveux périphériques chez les phtisiques peut remonter à la plus haute antiquité; on les trouve signalés dans les livres hippocratiques et Arétée décrivait la douleur au cou et à la nuque si fréquente chez les tuberculeux. Malgré tout il faut arriver presque jusqu'à nos jours pour trouver une étude minutieuse de ces phénomènes. Et encore il ne s'agit guère, dans la majorité des cas, que d'études cliniques manquant de l'appoint énorme fourni par les constatations histologiques.

C'est ainsi que Bourdon, Bassereau, Valleix, Walsh, Guéneau de Mussy, Peter, après Rosilius Lentillius, Riegel, Baumès et Gunzburg décrivent très soigneusement les névralgies et les troubles sensitifs qu'on observe chez les phtisiques, que Leudet, Altemaire et Hahn signalent les troubles trophiques que présentent ces malades, qu'enfin Friedley, Ollivier et Hayem étudient les altérations de la fibre musculaire chez les phtisiques cachectiques.

Guéneau de Mussy est le premier auteur qui recherche la pathogénie de ces troubles : il les considère comme de nature réflexe.

Jusqu'en 1870, les paralysies avec amyotrophies, déjà signalées depuis bien des années au cours de la plupart des maladies infectieuses comme au cours de la phtisie pulmonaire (Peter), étaient rapportées à des lésions médullaires malgré les dénégations de Duménil qui, le premier, tenta d'établir une distinction entre la névrite périphérique et la paralysie spinale antérieure subaiguë de Duchenne, malgré l'observation d'un cas typique de polynévrite publié par Lancereaux et dans laquelle la moelle était saine et le nerf profondément dégénéré. En 1872 Perroud et Hahn observent des parésies et de véritables paralysies chez des tuberculeux et les considèrent comme des phénomènes réflexes; ces auteurs se rattachent de ce fait à la théorie de Guéneau de Mussy.

En 1874 Lebert cite un cas de paralysie avec troubles sphinctériens qu'il attribue à une méningo-myélite diffuse.

Hahn rapporte à des lésions cérébro-médullaires une quadriplégie qu'il observe chez un tuberculeux.

En 1877 Eichorst affirme que, dans la tuberculose, il peut y avoir des lésions nerveuses périphériques sans aucune participation de la moelle; il n'obtint pas plus de crédit que n'en obtinrent les observations de Desnos, Pierret, Joffroy et d'Eisenlohr.

Joffroy, cependant, en 1879, publiait une observation des plus démonstratives, bien plus démonstrative même que celle d'Eisenlohr et de Vierordt, puisque les sujets de ces deux derniers auteurs étaient en même temps que tuberculeux alcooliques invétérés.

Friot la même année étudie la sciatique des phtisiques. Cette étude est reprise en 1882 par Landouzy.

Toujours en 1883 Strümpell, C. Müller publient de nouveaux cas de névrites, mais leurs sujets étaient également alcooliques, ce qui ôte une grande valeur à leurs faits.

Oppenheim observe également un cas dans lequel il y avait névrite et un foyer de ramollissement dans les cornes antérieures de la moelle.

Dreyfous en 1884 passe en revue, sans nullement les modifier, les hypothèses de ses prédécesseurs.

L'année 1886 voit éclore le premier travail d'ensemble qui ait été fait sur cette question. Dans un important mémoire basé sur 11 observations, MM. Pitres et Vaillard établissent d'une façon préremptoire l'existence des névrites périphériques des tuberculeux. Ils les classent en névrites latentes, névrites avec amyotrophies, névrites sensitives.

Dans le même numéro de la *Revue de médecine* paraissait un mémoire de M. Raymond sur la leptomyélite tuberculeuse par laquelle l'auteur explique les troubles nerveux des phtisiques.

L'année 1887 est féconde en travaux ayant trait à cette question. Francotte publie une belle observation de polynévrite chez un tuberculeux. Boucher étudie l'anesthésie pharyngienne, signe prémonitoire de tuberculose. M. Dubreuilh publie une observation de névrite périphérique généralisée chez un tuberculeux alcoolique; Suckling en signale un autre cas, mais sans atrophie

Barié, enfin, étudie le zona périnéo-génital des tuberculeux sans joindre à l'appui de sa thèse la moindre constatation histologique.

En 1888 Jappa reprend cette question des relations de lésions nerveuses périphériques avec la phtisie ; Moreau en publie une observation sans autopsie ; Bompard signale enfin l'atrophie des muscles thoraciques chez les tuberculeux.

Verne et et Cornelius, dans leurs thèses soutenues devant l'Université de Berlin, font une étude d'ensemble de la question.

Le professeur Raymond, en 1889, réveille la controverse, expose les hypothèses en présence et conclut à la prédominance des lésions des centres cérébraux et médullaires sur celles des nerfs périphériques.

Jappa, la même année, rapporte un cas de phtisie pulmonaire compliquée de paralysie des extrémités ; Benoit étudie les amyotrophies des tuberculeux, étude reprise quelques mois plus tard par Klippel dans une thèse remarquable. Il arrive à conclure que les lésions des muscles et des nerfs sont la conséquence de l'action des toxines bacillaires.

En 1890 Korsakow étudie les psychoses polynévritiques et en rapporte des cas chez des tuberculeux.

Babinsky résume l'état des connaissances sur ce sujet en une leçon clinique dans laquelle il fait le procès des névrites en faveur de la poliomyélite.

Blocq et Marinesco rattachent également les troubles nerveux périphériques des phtisiques aux lésions cellulaires du cerveau et de la moelle.

Dejerine y répond par une observation typique avec preuves anatomiques à l'appui où les nerfs étaient profondément lésés alors que les cellules médullaires étaient saines.

On continue cependant à relater les observations de ce genre.

Mader et Heyse en publient bien quelques cas. Wolfenstein reprend les études de Boucher sur les paresthésies du pharynx et du larynx des tuberculeux.

Bietkowsky insiste sur les troubles trophiques des ongles, qu'il rattache aux névrites.

Bonnet enfin dans une fort bonne thèse étudie la pathogénie des névrites infectieuses, mais se borne à passer en revue les hypothèses de ses prédécesseurs.

Frenckel, en 1891, publie une nouvelle observation.

En 1893 M. Weil, se basant sur la coexistence de certains stigmates hystériques qu'il trouve chez les tuberculeux atteints de troubles nerveux périphériques, regarde ces troubles nerveux comme des symptômes purement fonctionnels.

Giese et Pagentascher, Sydney Martin relatent encore deux nouvelles observations. En 1894 j'ai fait dans ma thèse une étude complète de cette question. En 1895, Gastou rapporte un cas de troubles trophiques des extrémités avec troubles de la sensibilité syringomyélique chez un tuberculeux. Plicque revient sur les amyotrophies précoces des phtisiques.

Raymond dans ses leçons, en 1896, étudie un cas de névrite périphérique chez un tuberculeux alcoolique. Leclainché, Auclair rapportent des faits expérimentaux. Carrière rapporte deux observations nouvelles suivies d'examen histologique et d'expériences destinées à expliquer la pathogénie de ces phénomènes.

En 1897, Gérard étudie les amyotrophies précoces des tuberculeux.

Kuwer publie une nouvelle observation.

En 1898 paraissent l'observation de Ballet, les thèses de Margoulis et d'Astié, bonnes études d'ensemble de cette question. En 1899 enfin, nous trouvons les revues générales de Schmidt, de Rossi, de Carrière, celle de la *Riforma medica*, la thèse de Desbonnes portant encore sur les amyotrophies précoces des tuberculeux.

Enfin en 1900 nous relatons l'observation de Dufour et Anglade, les mémoires de Boix et Hurio de Carcassonne et de Lesage. Ce dernier auteur n'apporte que deux faits nouveaux suivis d'autopsie et fait une revue générale assez complète de cette question. Il discute les théories émises jusqu'à cette heure, mais sans apporter aucun élément nouveau, de sorte que son travail n'a guère fait progresser la question. Son argumentation est du reste incomplète.

L'histoire de cette question est donc assez riche, mais nous avons tenu à rapporter ici tout ce qui a été publié sur ce sujet.

C'est en nous basant sur ces travaux que nous allons édifier l'étude des troubles nerveux périphériques que l'on observe chez le tuberculeux pulmonaire.

II

Étude étiologique. — Ces troubles sont fréquents, plus fréquents qu'on ne le croit, mais ils demandent à être recherchés.

De ma statistique personnelle continuée depuis 1894, date de ma thèse, il résulte que ces accidents s'observent dans 37 p. 100 des cas.

Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme ; 68 p. 100 d'hommes, 32 p. 100 de femmes.

C'est de trente à quarante ans qu'on les rencontre le plus souvent, puis de vingt à trente ans, de quarante à cinquante ans, au-dessus de cinquante ans. Ils sont très rares au-dessous de vingt ans, je n'en ai trouvé qu'un seul cas au-dessous de dix ans.

Les professions qui exposent au surmenage, soit physique soit intellectuel, au froid, à l'alcoolisme, sont celles qui prédisposent les tuberculeux à présenter ces manifestations.

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle dans leur genèse. L'étude des antécédents personnels ne nous apprend non plus rien de particulier.

Nous n'avons guère rencontré ces troubles que dans les cas de tuberculose pulmonaire. Pour mon compte personnel, je ne les ai jamais trouvés dans les localisations extra-pulmonaires du bacille de Koch, mais quelques auteurs les ont signalés dans des tuberculoses pleurales, péritonéales, intestinales ou viscérales diverses.

Envisageons maintenant la période de la tuberculose pulmonaire à laquelle ces accidents se produisent. Dans 56 p. 100 des cas, il s'agit de tuberculeux cachectiques à la troisième période ; dans 26 p. 100 des cas, de tuberculeux à la deuxième période ; dans 18 p. 100, de tuberculeux à la première période.

En général on les rencontre dans les formes de tuberculose à évolution chronique et lente, exceptionnellement dans les formes aiguës.

Si nous essayons maintenant d'établir combien de temps après le début de la maladie apparaissent ces troubles, on voit qu'il est difficile d'établir une règle fixe.

Quelques-uns d'entre eux sont précoces, telles les amyotrophies récemment étudiées dans la thèse de Carcassonne.

La plupart sont tardifs et surviennent longtemps après le début des accidents.

Il est certain que beaucoup des malades qui présentent ces accidents nerveux ont été ou sont encore des alcooliques,

mais d'autre part il convient de n'accepter dans le cadre de cette étude que les sujets non alcooliques. Comment établir en effet que le trouble observé est dépendant de la phtisie et non de l'alcoolisme? C'est pour cette absence de rigueur scientifique qu'un bon nombre des observations de névrites périphériques chez des tuberculeux ne sont pas absolument démonstratives et doivent être rejetées.

III

Étude clinique. — Pour mieux saisir la phénoménalité clinique des accidents nerveux observés chez les tuberculeux, il convient de les classer en troubles moteurs, sensitifs trophiques et vaso-moteurs.

a. Troubles du système locomoteur. — Le plus commun de tous, c'est l'*amaigrissement musculaire.* Cet amaigrissement n'est pas l'amyotrophie. La séparation de ces deux états est parfois très difficile et il est aléatoire de se baser sur ce seul signe pour établir l'existence d'une névrite périphérique. Cependant, lorsque le muscle, considérablement diminué de volume, présentera les réactions de débilité musculaire et les perturbations qualitatives et quantitatives des réactions électriques, force sera bien d'admettre l'*amyotrophie.*

Ces amyotrophies sont fréquentes. Elles sont parfois très précoces et précéderaient même l'explosion de la tuberculose jusqu'alors latente. Je les ai notées chez 63 p. 100 des tuberculeux observés. Carcassonne les a bien étudiés.

Leur siège est variable. Elles sont essentiellement diffuses. Parfois généralisées, elles frappent le plus souvent certains groupes musculaires.

Elles frappent de préférence les membres inférieurs et dans ma statistique je trouve :

Les pectoraux	160 fois.
Les deltoïdes	160 —
Les muscles sus et sous-scapulaires	156 —
Les muscles du mollet	150 —
Les muscles antérieurs de la jambe	145 —
Les muscles postérieurs de la cuisse	140 —
Les scalènes, les muscles de la nuque	140 —
Les muscles antérieurs de la cuisse	139 —
Le biceps brachial	134 —
Les muscles thénar et hypothénar	127 —
Le triceps brachial	119 —
Les interosseux des mains	117 —
Les muscles des avant-bras	116 —
Le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien	65 —
Le carré des lombes	51 —
Les épitrochléens	32 —
Les fessiers	10 —

Ces amyotrophies sont tantôt symétriques, tantôt unilatérales. Elles ont des allures capricieuses et bizarres, frappant de-ci de-là une masse musculaire et cela lentement, insidieusement.

Dans deux cas j'ai vu l'amyotrophie évoluer d'une manière systématique. Elle débuta par les muscles de l'éminence thénar et envahit successivement les muscles de la main, de l'avant-bras, puis ceux des épaules, simulant ainsi très exactement l'amyotrophie d'Aran-Duchenne. Les autopsies furent faites et on ne trouva absolument aucune lésion médullaire.

L'amyotrophie une fois installée ne rétrocède guère, elle progresse lentement, mais sûrement.

S'il est un fait d'observation banale chez les phtisiques c'est la perte des forces. Cette perte des forces augmente au fur et à mesure que s'étendent les lésions bacillaires. On peut la mesurer exactement et il n'est pas rare de trouver des tuberculeux qui ne donnent pas plus de 4 ou 5 au dynamomètre : l'*asthénie* peut donc atteindre un degré extrême, aboutir à la paralysie ou à la parésie.

Les *paralysies complètes* sont rares. Contrairement à ce qu'affirme M. Lesage, j'en ai rapporté deux exemples. L'une était due à une névrite du cubital, l'autre à une névrite du sciatique. Il existe dans la littérature médicale 30 observations de paralysie complète ; celles de parésie sont bien plus nombreuses puisqu'en 1894, dans ma thèse, j'en rapportai 13 observations. Depuis ce moment j'en ai observé 11 cas, ce qui fait un total de 24.

Ces paralysies ou ces parésies précèdent parfois mais le plus souvent suivent l'amyotrophie, elles sont ordinairement localisées dans le territoire amyotrophié.

En général les paralysies sont parcellaires; elles portent souvent sur les membres inférieurs (paraplégie), ou sur les 4 membres (quadriplégie), plus rarement sur un membre seulement (monoplégie); exceptionnellement elles affectent le type hémiplégie.

On trouve tous les degrés depuis la parésie légère jusqu'à la paralysie la plus complète. On n'a jamais signalé de contracture.

Le *tremblement* est fréquent chez les tuberculeux. On le rencontre chez 75 p. 100 des malades. Il s'observe surtout aux mains, mais on l'a noté à la langue, aux membres inférieurs, aux paupières. Il est petit, rapide, assez régulier. Il est horizontal et vertical.

Cinq fois j'ai observé un tremblement paroxystique, par poussées, par décharges successives.

Le tremblement disparaît au repos. Il s'exagère sous l'influence de la moindre émotion. Il est parfois exagéré par les efforts et quelquefois par les mouvements intentionnels; le fait est rare. En ce cas le tremblement ressemble à celui de la sclérose en plaques.

Enfin on note souvent, non du tremblement, mais une *instabilité* plus ou moins marquée des doigts.

Si l'on percute un des muscles atrophiés, même lorsque cette atrophie est encore peu accusée, avec un corps dur (cuiller, rebord d'un stéthoscope), on constate au niveau du point percuté un mouvement fibrillaire, une véritable contraction parcellaire de la partie du muscle qui a été percutée. L'onde se propage à partir du point percuté. Normalement cette contraction est peu accusée, chez le tuberculeux elle est extrêmement marquée dans les muscles atteints d'atrophie ou de parésie : c'est l'*hyperexcitabilité mécanique des muscles.* Lawson Tait considère ce phénomène comme un signe précoce de tuberculose.

J'ai noté ce phénomène chez plus de 75 p. 100 des tuberculeux observés. Il s'observe rarement avec la même intensité dans tous les muscles du corps. Il affectionne plus particulièrement les pectoraux, les mollets, le biceps, les deltoïdes, les triceps, les muscles scapulaires et ceux de la face antérieure de la jambe.

En saisissant un muscle entre le pouce et l'index et en le soulevant à la manière d'une corde de violon qu'on veut faire vibrer, on observe un relief plus ou moins volumineux, perceptible à l'œil et au toucher, qui ne dure guère que cinq à dix secondes. Chez les tuberculeux, l'onde de contraction, le *myoœdème*, dure bien plus longtemps : de une à plusieurs minutes. Ce signe de dégénérescence musculaire s'observe

surtout dans certaines masses : les biceps, les triceps, les pectoraux, les muscles de l'avant-bras et ceux du mollet. On note ce phénomène chez 70 p. 100 des tuberculeux.

L'*examen des muscles malades sur les graphiques* recueillis pendant l'excitation électrique est très instructif. La contraction a perdu son amptitude normale. La période d'excitation latente est plus longue que celle d'énergie croissante. La période d'énergie décroissante est au contraire plus brusque ; quant à la période dite des oscillations élastiques, elle est ordinairement absente. (Recherches personnelles inédites.)

Dans quelques observations j'ai rencontré la réaction dite myasthénique, c'est-à-dire l'épuisement rapide du muscle à la suite d'excitations répétées.

L'*excitabilité galvanique et faradique* des muscles atteints et des nerfs dont ils dépendent est toujours diminuée. La réaction de dégénérescence est presque constante, contrairement à ce qu'écrit M. Lesage. Sur les 32 observations qu'il relate dans sa thèse, on signale la réaction de dégénérescence dans 28 cas. Dans deux cas seulement elle manquait et encore dans l'observation du professeur Raymond il s'agissait surtout d'un alcoolique. Dans aucune des autres observations on n'en parle : l'y avait-on recherchée ?

Pour mon compte personnel, je l'ai constamment trouvée dans les cas où il y avait névrite vérifiée à l'autopsie.

Les *réflexes* sont généralement modifiés chez les tuberculeux. En ne considérant que le seul réflexe patellaire, je l'ai trouvé normal dans 25 p. 100 des cas, aboli dans 36 p. 100 des cas, affaibi dans 30 p. 100 des cas, exagéré dans 9 p. 100 des cas. Cette exagération des réflexes je ne l'ai guère trouvée que chez les tuberculeux au début, éréthiques. Je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas où l'autopsie nous révélait la névrite périphérique et on doit considérer comme suspectes les prétendues observations d'exagération de réflexes due à la névrite quand il n'y a pas preuve histologique.

Généralement les réflexes s'affaiblissent au fur et à mesure que l'état général s'aggrave, que la maladie fait des progrès.

Il n'y a pas de rapport entre l'état des réflexes et le genre de vie (malade levé ou alité).

Le pouvoir réflexe chez les tuberculeux s'épuise facilement Si on percute le réflexe patellaire toutes les cinq secondes, on constate qu'au bout de 6 à 10 percussions le réflexe s'affaiblit ou ne se produit pas.

Les modifications des réflexes sont symétriques.

Les réflexes cutanés sont modifiés comme les réflexes tendineux mais leurs modifications ne sont pas corrélatives et l'on peut dire que les réflexes cutanés sont exagérés dans 39 p. 100 des cas, normaux dans 24 p. 100 des cas, affaiblis dans 25 p. 100 et abolis dans 12 p. 100 des cas.

Les sphincters fonctionnent bien : Eisenlohr, Francotte, les ont trouvé insuffisants dans deux cas.

b. Troubles de la sensibilité. — Ils sont bien plus fréquents que les troubles moteurs, on les trouve de préférence chez les femmes et les jeunes sujets. On les note dans 90 p. 100 des cas.

Leur siège est extrêmement variable. Le plus souvent diffus, ils peuvent en certains cas se localiser. Cette localisation se fait de préférence aux membres inférieurs, soit unilatérale, soit bilatérale. En certains cas ils frappent une moitié du corps. Souvent aussi ils se localisent à un territoire nerveux ou métamérique.

Les *névralgies* sont très fréquentes, on les observe chez 75 p. 100 des phtisiques. De courte durée, elles sont ordinairement paroxystiques. Diffuses et mal limitées en général, elles peuvent présenter les formes caractéristiques des névralgies classiques. La plus fréquente de toutes est la névralgie intercostale, puis la sciatique, la névralgie du trijumeau, celle du sous-orbitaire, celle du crural, du plexus brachial, les névralgies lombo-abdominales et lombo-sacrées. J'ai observé 2 cas de névralgie paresthésique et 2 cas de fausse angine de poitrine.

Ces névralgies sont fort tenaces et résistent à la thérapeutique.

A côté de ces névralgies à caractères parfaitement déterminés, on trouve, avec une fréquence au moins égale, des douleurs diffuses spontanées, à localisation sans correspondance avec un territoire nerveux. Ces *algies* sont variables.

Tantôt ce sont des douleurs sourdes contusives : elles siègent, de préférence, aux mollets, aux jambes, dans les avant-bras, les bras, les pieds, l'abdomen. Tantôt ce sont des élancements douloureux, des fourmillements, des picotements occupant de préférence les extrémités. On trouve aussi le lombago, le torticolis, les crampes nocturnes dans les mollets, le cou, la nuque, la main.

Ces douleurs peuvent affecter le type fulgurant ou constrictif, caractères qui n'appartiennent nullement en propre à la névrite alcoolique comme le veulent quelques auteurs.

Enfin le malade éprouve des sensations de froid ou de brûlure dans les pieds ou les mains : ces *acroparesthésies* ne sont pas rares (Schmidt).

J'ai enfin relevé quelquefois des douleurs articulaires simulant celles du rhumatisme aigu et constituant de véritables *arthralgies*.

La sensibilité objective est elle-même troublée.

L'*hyperesthésie musculaire* est fréquente et on ne peut saisir le muscle entre les doigts sans arracher des cris de douleur au patient. La seule pression est souvent doulourense. Cette hyperesthésie se localise de préférence aux mollets, aux biceps, aux triceps, aux pectoraux, moins fréquemment aux sterno-cléido-mastoïdiens, aux muscles de la cuisse, à ceux de la jambe, aux scapulaires; plus rarement aux fessiers, aux scalènes, aux muscles de l'abdomen.

Cette hyperesthésie est irrégulièrement distribuée et non systématiquement localisée, comme le pense M. Weill.

La *sensibilité osseuse* est exagérée et la moindre percussion est douloureuse; on note surtout ce phénomène aux tibias, aux condyles fémoraux, à la clavicule, puis, mais avec une fréquence moindre, à l'olécrâne, au trochanter.

La *sensibilité articulaire* est aussi modifiée. Elle est le plus souvent exagérée aux genoux, puis aux épaules, aux poignets, aux coudes, aux chevilles. Exceptionnellement (3 fois) j'ai noté l'analgésie articulaire.

La sensibilité cutanée est fréquemment altérée. Je n'ai jamais noté de dissociation. C'est l'*hyperesthésie* qui est surtout fréquente. Elle affecte la forme de plaques irrégulières occupant, par ordre de fréquence, les mollets, le cuir chevelu, le thorax et l'abdomen.

Parfois la *dermalgie* est extrême : j'ai noté 4 fois ce phénomène et M. le professeur Vergely m'en a fourni une observation. Les malades, dans ce cas, ne pouvaient même pas supporter le poids des couvertures.

L'*anesthésie* est moins fréquente. Elle se dispose sous forme de plaques irrégulières ou sous forme de territoire nerveux. Je l'ai vu siéger à la plante du pied : le malade en ce cas croyait marcher sur de l'ouate. Enfin on rencontre l'hypo-

esthésie en rapport le plus souvent avec le territoire frappé de névrite.

Les troubles de la sensibilité sont instables et fugaces.

c. Troubles trophiques. — Ils sont assez fréquents chez les tuberculeux. Tous les cas de névrite vérifiée à l'autopsie que j'ai observés s'accompagnaient de quelque trouble trophique.

La peau des membres est souvent sèche, écailleuse, amincie, luisante et fendillée, l'épiderme s'effrite : c'est le *glossy skin*.

Les *dystrophies unguéales* sont connues depuis longtemps; les ongles se recourbent, s'épaississent, se dessèchent, s'effritent, s'écaillent et se cassent aisément. Je les ai quelquefois vus tomber sans douleur.

Parfois la peau présente des éruptions variées. Le zona est la plus fréquente d'entre elles. C'est le zona intercostal qui a été le plus souvent signalé; Barié a montré que le zona périnéo-génital n'était pas rare.

L'*ostéo-arthropathie hypertrophiante* est moins fréquente qu'on ne le croit. Sans doute on observe bien souvent le doigt en baguette de tambour, mais je n'ai trouvé que 6 fois l'articulation phalangienne atteinte.

Les *poils* tombent souvent chez les phtisiques et surtout au niveau des extrémités. Parfois c'est le contraire qui se produit et l'hypertrophie des poils est énorme. Les escares sont rares (Joffroy un cas, Dubreuilh un cas).

Ces troubles trophiques sont variés, diffus, mais persistent et ne régressent jamais.

d. Troubles vaso-moteurs. — Ce sont les moins fréquents. Je signale seulement la facilité avec laquelle on peut chez les tuberculeux produire la *raie méningitique*. J'ai parfois aussi constaté l'existence d'*œdèmes* sans albuminurie. Ces œdèmes siègent de préférence aux membres inférieurs. Ils sont durs, gardent difficilement le godet.

Signalons en outre l'urticaire, les sueurs locales et surtout l'hyperhydrose plantaire. Enfin j'ai rencontré le doigt mort, le prurit cutané intense et l'asphyxie locale.

Enfin, je signale pour mémoire que ces différents troubles nerveux, surtout ceux d'origine névritiques, s'accompagnent parfois de troubles mentaux qui rappellent les psychoses polynévritiques de Korsakow. Joffroy, Strumpell, Muller, Giese, Astié, Lesage en ont rapporté des exemples, mais toujours il s'agissait de tuberculeux alcooliques, c'est dire que ces troubles ne sont pas sous la dépendance absolue de la tuberculose.

Tous les troubles que nous venons de décrire sont en général diversement associés chez le même malade. C'est ce qui permet de dire, en ce qui concerne les troubles névritiques, qu'il s'agit ordinairement de névrites mixtes. C'est être trop schématique que de décrire avec Astié une névrite amyotrophique. Sans doute l'amyotrophie est fréquente, mais elle n'est pas tout, et dans 85 p. 100 elle coexiste avec d'autres troubles nerveux.

IV

Anatomie pathologique. — A l'étude anatomo-pathologique du système nerveux des tuberculeux qui ont présenté pendant leur vie des troubles nerveux périphériques, on peut se trouver en présence des éventualités suivantes :

a. On ne trouve aucune lésion appréciable. C'est ce qui s'est passé dans les cas de Lindel, Perroudd, Hahn, Weill et ce qui m'est arrivé dans 50 p. 100 des cas.

b. On trouve des lésions centrales, des altérations des cellules médullaires, des nerfs périphériques, des muscles dans 50 p. 100 des cas.

Les lésions cérébrales ou méningées sont exceptionnelles. C. Muller note l'atrophie sénile de l'encéphale de son malade; Eisenlohr, la tuberculose méningée; Joffroy, des adhérences méningées au niveau des circonvolutions antérieures à la base. Il signale la congestion de la substance grise.

Vierordt insiste sur des hémorragies qu'il a rencontrées dans les ganglions centraux. Je ne les ai jamais observées.

Les grosses lésions médullaires sont signalées par Krewer, Oppenheim, Dubreuilh, Lesage qui note l'œdème de la pie-mère spinale; Phillipe et Cestan. Je n'ai jamais noté d'altérations de ce genre.

Les lésions fines des cellules des cornes antérieures de la moelle sont rares. Eisenlohr insiste sur la dégénérescence vasculaire. Klippel les a souvent observées, Giese et Pagenstacher aussi; mais ils les considèrent comme artificielles.

Raymond et Astié les ont signalées dans leur observation; Astié, dans un cas.

Tantôt la cellule est grêle, elle tend à devenir sphéroïdale, tantôt elle subit la tuméfaction trouble, la dégénérescence pigmentaire. Ses prolongements s'atrophient et peuvent disparaître. Les contours du noyau sont irréguliers, il se colore mal.

Le protoplasma est parfois fissuré.

Enfin, il y a dissolution de grains chromatophiles.

Les nerfs sont plus fréquemment atteints (40 p. 100). On ne rencontre pas de périnévrite, mais j'ai deux fois trouvé la névrite insterstitielle à point de départ vasculaire. Rosencheim a noté des hémorragies dans les nerfs; Giese et Pagenstacher, la névrite segmentaire périaxile de Gombaut.

Presque toujours c'est la névrite parenchymateuse classique frappant la gaine de myéline et le cylindraxe.

Les lésions ont leur maximum à la périphérie; elles manquent au niveau des racines.

Quant aux muscles, ils présentent la dégénérescence granulo-graisseuse avec hyperplasie des noyaux du sarcolemme. On rencontre parfois la sclérose interfasciculaire : le fait est rare.

L'atrophie simple s'observe quelquefois.

V

Pathogénie. — Tous les symptômes que nous venons de décrire ressortissent de trois ordres de causes :

a. Certains sont de nature hystérique, ne correspondent à aucune lésion.

b. D'autres sont dus à des altérations des neurones centraux.

c. D'autres sont dus à des névrites périphériques.

Il y a loin, on le voit, de la conception pathogénique que je me fais de ces troubles nerveux à ce que me fait dire M. Lesage, qui me considère comme un partisan convaincu, voire intransigeant, de la nature névritique et purement « névritique » de ces troubles. Il aurait suffi à cet auteur de lire attentivement ma thèse et mes mémoires successifs pour voir que j'écrivais en 1894 et 1896 et 1899 ce que j'écris encore aujourd'hui.

Etudions maintenant chacune de ces catégories de faits.

1° *Il est certains de ces troubles nerveux que présentent les tuberculeux qui sont d'origine hystérique.* — C'est M. Weill qui le premier a fixé l'attention sur ce point, mais il a été un peu trop exclusif en affirmant que tous ces troubles sont

de nature fonctionnelle. Quelques-uns seulement d'entre eux ressortissent de cette cause.

Debove, Achard, Dreyfus ont démontré que les agents toxiques sont capables de créer une hystérie particulière, distincte de l'hystérie vulgaire, disent-ils. Charcot a établi qu'il ne s'agit là que d'une modalité de l'hystérie vulgaire. L'intoxication la fait éclore chez des sujets prédisposés, or la tuberculose s'accompagne de toxhémie. Comment s'étonner dès lors qu'à la manière des intoxications elle ne fasse éclater une hystérie jusqu'alors en puissance, latente ou larvée? Grasset a fort bien démontré ce fait dans son travail sur les rapports de l'hystérie et des diathèses. Ce sont là des manifestations « hystériformes », suivant l'expression de mon maître le professeur Pitres, surajoutées à la tuberculose. Prouvons-le.

1. J'ai pratiqué mainte autopsie de tuberculeux présentant des troubles sensitifs très marqués qui ne correspondaient à aucune lésion matérielle du système nerveux. L'étude histologique minutieuse des nerfs, de la moelle, de l'encéphale, est restée négative. Ces troubles sensitifs étaient donc purement fonctionnels.

2. Les accidents observés peuvent, dans certains cas, disparaître subitement, après suggestion soit à l'état de veille, soit à l'état hypnotique ; ou encore après action d'æsthésiogène.

3. Ils coexistent parfois avec les stigmates de la névrose.

4. Ils surviennent sans ordre préalable, n'ont pas d'évolution régulière.

5. Ce sont là les caractères pathognomoniques que doit présenter tout accident hystérique, suivant mon maître le professeur Pitres. Nous pouvons donc conclure que quelques-uns des troubles nerveux présentés par les tuberculeux sont de nature hystérique.

2° *Certains de ces troubles sont peut-être dus à des altérations des centres nerveux.* — On peut en effet, par la méthode de Nissl, constater l'existence des figures de chromatolyse dans les cellules de la moelle ou du cerveau. C'est une constatation qui est rarement faite isolément. Nous y reviendrons dans un instant à propos des rapports des névrites périphériques avec les lésions du neurone médullaire.

3° *La plupart de ces troubles sont dus aux névrites périphériques.* — Il ne faut pas néanmoins tout rattacher à la névrite comme certains auteurs veulent le faire : on porte ce diagnostic souvent à la légère. Or j'estime qu'il est très difficile, chez les tuberculeux en particulier, d'affirmer l'existence d'une névrite. Il faut, pour y parvenir, s'entourer de tous les renseignements nécessaires, localiser exactement tous les troubles observés et surtout insister sur un examen électrique minutieux. Toute observation qui ne souscrit pas à ces conditions est suspecte.

C'est à Joffroy, à Pitres et Vaillard que nous devons cette notion de la névrite cause des accidents observés. La névrite peut expliquer tous les troubles que nous avons étudiés. On trouve à l'autopsie les nerfs correspondant aux régions atteintes profondément lésés.

L'existence des névrites périphériques chez les tuberculeux est aujourd'hui hors de doute et la littérature médicale nous fournit suffisamment d'exemples accompagnés de la preuve histologique.

Reste à savoir maintenant quelle est la cause de ces névrites.

Elles ne sont pas dues à des lésions de l'encéphale comme le veulent Blocq et Marinesco. Les troubles nerveux observés ne cadrent nullement avec l'hypothèse d'une lésion de l'encéphale. Chez les malades que j'ai autopsiés, le cerveau minutieusement étudié était sain. Chez les cobayes qui ont eu des névrites consécutives à l'injection de tuberculine, le cerveau coupé en séries était sain.

Lebert, Arthaud prétendaient que ces névrites sont consécutives à une méningite spinale plus ou moins intense qui donnerait lieu à la névrite radiculaire. Eisenlohr, Lesage ont apporté des observations de lésions méningées.

Elles sont donc très rares, puisqu'on ne les trouve mentionnées que dans ces deux observations.

Jamais, pour mon compte personnel, je n'ai trouvé cette lésion. Jamais, pas plus que Pitres et Vaillard, Klippel, je n'ai rencontré la prétendue névrite radiculaire. Les lésions du nerf vont diminuant de la périphérie au centre.

La névrite est sous la dépendance d'une lésion du neurone médullaire, voilà ce que soutiennent bien des auteurs. Erb est le premier qui, en 1879, exprima l'idée que les lésions névritiques étaient sous la dépendance des lésions médullaires. Son hypothèse compte de chauds défenseurs qui se basent sur les observations de Krever, Phillipe et Cestan, Eisenlohr, Oppenheim, Dubreuilh, Klippel, Giese, Raymond, Astié, Lesage. Ce sont surtout les lésions de chromatolyse constatées sur les coupes colorées par la méthode de Nissl, qui font la base de leur argumentation.

D'un autre côté, quelques auteurs se demandent si les lésions névritiques ne sont pas consécutives à une méningo-myélite tuberculeuse, à la leptomyélite du professeur Raymond. Sans doute nous savons que ce diagnostic peut être méconnu, que pour le faire, l'examen histologique est indispensable (Philippe et Cestan), que l'inoculation est même nécessaire.

Mais ces méningo-myélites sont exceptionnelles. Dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai minutieusement étudié la moelle, je l'ai inoculée sans pouvoir y trouver la moindre trace de tuberculose.

Il n'est pas possible d'établir à l'heure actuelle que la névrite dépend d'une lésion médullaire.

Ces lésions sont très souvent absentes. Je ne suis pas le seul, comme le prétend M. Lesage, qui n'ait jamais trouvé de lésions cellulaires, je dirais mieux : c'est qu'en faisant le décompte des observations publiées, on constate que les lésions cellulaires manquent bien plus souvent qu'elles n'existent. Sur les deux uniques observations rapportées par M. Lesage dans sa thèse, il n'y en a qu'une dans laquelle on constata la chromatolyse. Astié ne la signale qu'une fois dans deux cas. Cette constatation n'est donc point « journalière », comme le veut M. Lesage.

Et puis même dans les cas où la méthode de Nissl révèle la chromatolyse, peut-on affirmer : 1° que ce soit là une lésion ; 2° que cette lésion soit la cause de la névrite ? Absolument non, à mon avis.

Voinot a trouvé la chromotolyse à l'autopsie de tuberculeux morts sans avoir présenté de troubles nerveux pendant la vie, fait à rapprocher de celui de Claude. Hamur a fait la même constatation. Dejerine l'a notée chez des pneumoniques. Moi-même je l'ai rencontrée chez des sujets n'ayant présenté aucune manifestation nerveuse et morts de pneumonie, de tuberculose, de cancer, ou de traumatismes violents ayant amené la mort subite.

Ces résultats contradictoires nous permettent de nous demander avec Courmont, Doyon et Paviot si réellement la méthode de Nissl a la valeur révélatrice qu'on s'accorde à lui

attribuer. Ils nous permettent de conclure que le neurone peut être lésé en apparence sans qu'il y ait névrite, et qu'il y a des névrites sans lésion du neurone; que parfois il y a association.

Quand il y a lésion des neurones et névrites, on est frappé de ce fait que ces lésions ne sont pas localisées à la région de la moelle correspondante aux nerfs lésés observés. Elles occupent toute la hauteur de la moelle, et cependant il n'y a pas d'autres nerfs atteints de névrites.

Pourquoi, si c'est la lésion du neurone qui est la cause de la névrite, pourquoi, dis-je, tous les nerfs ne sont-ils pas lésés?

Et puis enfin, comme l'affirme le professeur Renaut, le cylindre-axe est bien un prolongement du neurone, mais un prolongement différencié, un membre susceptible de réagir pour son propre compte.

Et même en cas de simultanéité des lésions, pourquoi rejeter l'hypothèse de Marinesco, qui fait des lésions du neurone une conséquence des névrites? Pourquoi ne pas admettre que c'est le neurone périphérique qui est lésé?

Le professeur Raymond est plus éclectique et admet la contemporanéité des lésions. Une même cause produirait la lésion névritique et celle du neurone.

On ne saurait à l'heure actuelle se prononcer avec certitude. Ce qu'on peut dire, c'est que la théorie médullaire des névrites n'est nullement démontrée et que nous sommes convaincus comme en 1894 que le cylindre-axe périphérique peut être lésé primitivement, indépendamment de toute lésion du neurone central.

Quant à la primitivité de la lésion musculaire soutenue par Klippel, elle ne repose sur aucune constatation ni anatomique, ni expérimentale.

Quelle est la cause de ces névrites? Elles ne sont pas, je l'ai établi dans ma thèse, la conséquence de l'immobilité ni de l'inanition. Elles ne s'observent point en effet chez tous les malades immobilisés, chez les inanitiés; on ne peut les reproduire expérimentalement chez les animaux soumis au jeûne.

Ces névrites ne sont pas dues à l'action directe, locale, du bacille de Koch sur les nerfs. J'ai coupé en série des nerfs dégénérés de 10 malades, je les ai inoculés au cobaye; jamais je n'ai eu de résultats positifs, jamais je n'y ai rencontré de bacille de Koch. Mon collègue et ami le professeur agrégé Auché a échoué comme moi dans 3 cas.

Malgré tout, M. Lesage contrôle nos résultats et prétend que tous « ces faits ne prouvent pas l'impossibilité de la nature bacillaire des névrites, tout au contraire ». Je ne comprends pas pourquoi ce « tout au contraire ».

M. Lesage objecte à nos expériences que Klippel a trouvé les bacilles dans des muscles, que Gratis et Limaux ont trouvé les muscles 2 fois virulents, que Steinheil sur 37 inoculations en a eu 5 de positives. Je n'insiste pas sur les expériences de Steinheil qui n'a pas recueilli lui-même ses muscles; je rappelle seulement que Nocard, Perroncito, Kastner, Galtier ont affirmé que les muscles des animaux tuberculeux sont exceptionnellement virulents et j'insiste sur ce fait que jamais on n'a trouvé de bacille dans les nerfs jusqu'à ce jour.

Les névrites périphériques sont-elles dues à l'action sur les nerfs des toxines bacillaires? Telle est mon opinion. Elle est basée sur les faits expérimentaux de Grancher et Ledoux-Lebard, qui ont obtenu des paralysies par injections de toxines de bacilles de la tuberculose aviaire. J'ai pu 3 fois obtenir la névrite périphérique chez des cobayes à qui j'injectais des toxines provenant de cultures de bacilles de Koch.

Auclair a eu aussi chez une poule une paralysie des membres postérieurs sans lésion cérébro-médullaire après injection de culture filtrée de tuberculose humaine.

Ces faits trop peu nombreux attendent confirmation, mais ils prouvent qu'*à l'aide de toxines tuberculeuses on peut reproduire des névrites périphériques.*

Quelques auteurs pensent que l'auto-intoxication peut jouer un rôle dans la genèse de ces troubles nerveux; il pouvait y avoir névrite auto-toxique.

J'ai cherché à le vérifier, mais je n'ai rien trouvé qui me permette de conclure que les tuberculeux à névrites ou à troubles nerveux ont des émonctoires qui éliminent plus défectueusement que ceux des tuberculeux sans ces troubles.

On a pensé encore que ces troubles nerveux et ces névrites se produisent de préférence chez certains sujets présentant des associations microbiennes spéciales. Jusqu'à ce jour mes recherches sur ce point sont restées négatives et je ne puis souscrire à cette hypothèse.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de ces troubles nerveux est facile. Ce qu'il y a de plus malaisé en certains cas, c'est de reconnaître la tuberculose et surtout de rattacher ces troubles à leur véritable cause. S'agit-il d'un trouble hystériforme, médullaire, radiculaire ou névritique?

Ce n'est qu'après un examen détaillé, dans lequel les investigations électro-diagnostiques tiendront une large part que l'on pourra se prononcer. Souvent on ne le pourra pas et l'autopsie, l'examen histologique seuls permettront de résoudre le problème.

Les manifestations hystériformes présentent quelques caractères spécifiques qui permettront de faire le diagnostic et de les différencier de celles des névrites périphériques.

VII

Pronostic. — Le pronostic de ces troubles est ordinairement sans importance. Ce ne sont pas eux, hélas! qui assombrissent l'avenir et l'ennemi à combattre est bien plus redoutable, bien plus inaccessible.

Parfois cependant ils prennent un tel caractère d'acuité qu'ils troublent le repos des malades. Comme ce repos est sacré, il convient alors d'intervenir.

Les phénomènes douloureux ont été si intenses dans un cas qu'ils ont conduit le malade au suicide.

VIII

Traitement. — Ce qui donne les meilleurs résultats contre les perturbations motrices, c'est l'électrothérapie, le massage, les frictions alcoolisées et les injections de glycérophosphates associés au sulfate de strychnine.

Contre les troubles sensitifs, on obtiendrait de bons résultats de la morphine, l'antipyrine, l'acétanilide, la quinine (valérianate ou bromhydrate) et surtout de l'aconitine.

Comme il faut, suivant le conseil de Peter, « entourer de soins précieux l'estomac des phtisiques », je crois qu'il est préférable de recourir aux pratiques externes, salicylate de méthyle ou mélangé à parties égales de salicylate de méthyle et de gaïacol. Le chlorure de méthyle en pulvérisation ou en stypage, l'éther méthylacétique donnent aussi de bons résultats. J'en dirai autant de la classique formule :

Chloroforme............	} *āā*	4 grammes.
Laudanum de Sydenham..	}	
Baume tranquille...........		40 —

Bibliographie. — ALTEMAIRE. Th. de Paris, 1879. — ABUNDO (D'). *Riforma med.*, 1887; — *La Psychiatria*, VIII, 3 et 4. — ASTIÉ. Th. de Paris, 1898. — AUCHÉ. *Revue de méd.*, 1890. — AUCLAIR. Th. de Paris, 1897. — ARTHAUD. *Arch. de neurol.*, 1889. — BABINSKY. Cong. de neurol., Clermont-Ferrand 1894. — BARIÉ. Soc. méd. des hôpit., 1887. — BASSEREAU. Th. de Paris, 1840. — BEAU. *Journ. des connaiss. méd.*, 1856. — BENOIT. Th. de Paris, 1889. — BLOCQ et MARINESCO. Soc. de biol., 5 juillet 1890. — BONNET. Th. de Lyon, 1893. — BOUCHET. Soc. de biol., 1887. — CARRIÈRE. Th. de Bordeaux, 1894; — *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896; — *Nord méd.*, 1899. — CARCASSONNE. Th. de Paris, 1900. — CHARCOT. *Revue neurol.*, 1893. — CORNELIUS. Th. de Berlin, 1888. — DÉJERINE. *Arch. de physiol.*, 1890. — DESBONNES. Th. de Paris, 1899. — DUBREUILH. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1887. — DUFOUR et ANGLADE. Soc. de neurol., 1900. — DREYFOUS. *France méd.*, 1884. — EISENLOHR. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1879. — FRANCOTTE. *Revue de méd.*, 1886. — FRENKEL. *Deuts. med. Wochens.*, 1891. — FRIOT. Th. de Paris, 1879. — GASTOU. Soc. de dermatol., 1895. — GIRARD. Th. de Paris, 1897. — GIESE et PAGENSTACHER. *Arch. f. Psychiat.*, 1893. — GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, t. I. — GUNSBURG. *Klin. d. Kreislaus*, 1856. — HAHN. Th. de Paris, 1874. — HAMMER. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. XII. — HEYSE. *Berl. klin. Wochens.*, 1892. — JAPPA. *Relations of periph. nerves to phtisis*, Saint-Pétersbourg 1888; — *Vratch*, 1889. — JOFFROY. *Arch. de physiol.*, 1879. — KLIPPEL. Th. de Paris, 1889. — KREWER. *Zeits. f. klin. Med.*, 1897. — KORSAKOW. *Arch. f. Psychiat.*, 1890. — LABBÉ. Th. Paris, 1881. — LESAGE. Th. de Paris, 1900. — LANDOUZY. *Gaz. des hôpit.*, 1883. — LEUDET. *Arch. gén. de méd.*, 1861. — MADER. *Multipl. peripherie neuritis tubercul. pulm.*, Strifturg in Wien, 1889. — MARCUS. Th. de Paris, 1898. — MARGOULIS. Th. de Paris, 1898. — MULLER. *Arch. f. Psychiat.*, 1882. — OPPENHEIM. *Gesells. f. Psychiat.*, 1891. — PERROUDD. *Lyon méd.*, 1872. — PETER. *Leçons de clinique médicale*, t. II. — PITRES et VAILLARD. *Revue de méd.*, 1886. — RAYMOND. *Revue de méd.*, 1886; — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1897. — RENAUT. Cong. des neurol., Clermont-Ferrand 1894; — *Riforma med.*, 1899. — ROSENHEIM. *Arch. f. Psychiat.*, 1887. — STRUMPELL. *Arch. f. Psychiat.*, 1883. — SUKLING. *Brit. med. Journ.*, 1887. — VALEIX. *Traité des névralgies*, 1841. — VERNE. Th. de Berlin, 1889. — VIERORDT. *Arch. f. Psychiat.*, 1885. — WEILL. *Revue de méd.*, 1893. — WOLFENSTEIN. *Med. News*, 1893.

REVUE DES THÈSES

Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein, par M. le docteur Ed. JAMAUX. (Th. de Paris, 1901.)

M. le docteur Ed. Jamaux adopte les conclusions suivantes comme pouvant résumer les idées que l'on se fait actuellement des affections chroniques du mamelon et de l'aréole et des rapports qui existent entre ces affections et les cancers du sein :

« Depuis que Paget a attiré l'attention sur cette question, on a décrit sous le nom de maladie de Paget un certain nombre de faits pathologiques dissemblables qu'il importe de distinguer les uns des autres.

Dans un certain nombre de cas, il s'est agi d'eczémas chroniques du mamelon et de l'aréole qui se sont accompagnés, au bout d'un temps variable, d'un cancer du sein à distance d'origine glandulaire, ou d'une dégénérescence néoplasique, d'origine cutanée, sur place, sans qu'il y ait lieu d'invoquer de liens étiologiques particuliers entre les deux affections.

A côté de ces cas, on a décrit sous le nom de maladie de Paget une affection cutanée rare, très exceptionnellement observée, avec une très grande prédominance au niveau du mamelon et de l'aréole, mais que ses caractères permettraient de retrouver en d'autres endroits du corps.

Cette dermatose peut évoluer isolément pendant un temps indéfini, constituant à elle seule une affection qui peut être distinguée des eczémas chroniques, dont elle se rapproche beaucoup par quelques caractères cliniques peu importants, et par des lésions spéciales reconnaissables à l'examen histologique, bien décrites par Darier et Wickham; ces lésions consistent essentiellement dans la constatation de formes cellulaires anormales, siégeant dans les diverses couches de l'épiderme.

L'interprétation donnée à ces cellules par les auteurs qui les ont découvertes n'a pas prévalu. On est d'accord aujourd'hui pour les considérer, non pas comme des cellules extérieures à l'organisme, comme des parasites du groupe des coccidies, mais comme des cellules du corps de Malpighi ayant subi des modifications pathologiques de structure et de développement.

Outre ces caractères biologiques spéciaux, cette dermatose aurait encore pour caractère l'apparition, quand elle occupe son siège de prédilection, d'un cancer du sein du même côté.

Ce développement d'un cancer n'est pas constant. Le cancer, quand il se produit, apparaît au bout d'un temps extrêmement variable. C'est presque toujours un cancer superficiel ayant pour point de de départ les couches malades de l'épiderme, les cellules épithéliales des glandes pilosébacées et sudoripares et celles des canaux galactophores. Il s'agit, dans ces cas, d'un cancer pavimenteux lobulé ou tubulé, envoyant dans la glande des infiltrations profondes d'origine cutanée.

Les cas où on a pu observer la dermatose de Paget avec les lésions histologiques caractéristiques (corps de Darier) avec développement d'un cancer glandulaire, complètement indépendant de la lésion cutanée et sans aucune connexion avec elle, sont absolument exceptionnels, et il n'y a peut-être pas lieu d'en faire une forme de la maladie.

Les rapports qui existent entre cette affection cutanée spéciale et le cancer, qui peut venir aggraver son évolution, sont interprétés différemment, suivant l'interprétation qu'on donne aux lésions que présente la première.

Pour les uns, ces lésions en font une affection spécifique, sans rapport étroit avec le cancer, pas plus qu'avec l'eczéma, à laquelle on peut donner le nom de maladie de Paget, mais chez laquelle le cancer n'est qu'une complication qui n'a pas de raison particulière de se produire; pour les autres, il s'agit de lésions qui peuvent être considérées comme rentrant dans le groupe des lésions eczémateuses, et la maladie de Paget n'aurait pas d'existence propre en tant qu'affection cutanée, elle ne serait qu'une variété d'eczéma.

Qu'on adopte la première ou la deuxième de ces théories, le cancer n'a pas plus de raison de se développer que sur n'importe quelle affection chronique de la peau, et au point de vue de son apparition possible; toutes les affections chroniques et rebelles du mamelon et de l'aréole doivent être considérées comme équivalentes.

Suivant d'autres auteurs, au contraire, les cellules de Darier doivent être considérées comme des cellules de nature déjà cancéreuse, et l'affection de la peau dans laquelle on les rencontre doit être envisagée comme une affection précancéreuse, pouvant dégénérer en véritable cancer, si elle ne constitue pas un épithélioma vrai au début.

La conduite à tenir variera suivant la doctrine acceptée; si on admet que l'affection cutanée porte en elle-même, par sa nature, des raisons très grandes de dégénérescence cancéreuse, on sera conduit à la traiter comme un cancer et à pratiquer l'ablation du sein aussitôt que l'examen histologique l'aura fait reconnaître.

Si, au contraire, on ne considère l'apparition du cancer que comme une complication possible, mais n'ayant pas

plus de raison d'apparaître que sur quelque lésion banale de la peau, on pourra se contenter d'un traitement local tant qu'on n'aura pas constaté des signes de transformation maligne.

En tout cas, au point de vue pratique, il sera indiqué toutes les fois qu'on constatera une affection ancienne et rebelle de la peau au niveau du mamelon, de quelque nature qu'elle soit, d'explorer avec le plus grand soin la glande mammaire et l'aisselle pour voir s'il ne s'y est pas développé de tumeur. »

Acné professionnelle due au goudron de houille, par M. le docteur Lenourichel. (Th. de Bordeaux, 1900-1901.)

M. Lenourichel a eu l'occasion d'étudier chez les ouvriers d'une usine de distillation de goudron de houille une éruption acnéiforme disséminée dans toutes les parties exposées au contact de certains produits de distillation. Elle occupe principalement les avant-bras, en second lieu, la face, surtout au voisinage des paupières, et parfois les membres inférieurs. Le scrotum est toujours indemne. Dans les régions atteintes, et particulièrement aux avant-bras, où les follicules pileux plus espacés permettent de mieux observer les lésions, on remarque que les orifices folliculaires sont presque tous marqués d'un point noir, de quelque dixième de millimètre tout au plus. C'est au niveau des follicules pileux que débute la lésion sous forme d'une petite papule grosse comme une tête d'épingle, rouge et dure. A un stade plus avancé, cette papule atteint le volume d'un grain de chènevis. Elle est rouge, dure, mais toujours indolente et surmontée par un point noir au niveau de l'émergence du poil. A un troisième stade, qui est moins fréquent, on a affaire à une véritable tumeur du volume d'un pois et au delà, saillante, dure, arrondie, enchâssée dans la peau. Son sommet est creusé d'une sorte de petit cratère irrégulier dont le fond et les bords sont hérissés de petites saillies qui lui donnent un aspect papillomateux. Ce cratère est souvent comblée par une croûtelle sèche, épidermique, adhérente, sous laquelle on retrouve l'aspect papillomateux. Le dernier stade de l'évolution paraît être quelquefois un véritable épithélioma papillaire, mais l'auteur n'a pas pu l'observer directement. En revanche, ce qui paraît plus fréquent, c'est que les lésions aboutissent à une tumeur anthracoïde, à évolution lente, peu ou pas douloureuse, et qui guérit en laissant une cicatrice blanche déprimée. M. Lenourichel a vu de ces cicatrices atteignant les dimensions d'une pièce d'un franc chez bon nombre d'ouvriers.

Sur la face, l'aspect des lésions est un petit peu différent. Elles paraissent plus inflammatoires, ressemblant de tous points à des boutons d'acné. Il semble que l'évolution épithéliomateuse soit ici plus fréquente.

Il est à noter que l'évolution de ces lésions est, depuis le commencement jusqu'à la fin, remarquablement indolente. Tous les malades ont eux-mêmes signalé l'absence totale de douleur et de prurit.

Cette éruption est assez fréquente chez les ouvriers distillateurs de goudron; cependant, tous n'en sont pas également atteints. Il semble résulter de l'enquête de M. Lenourichel que l'affection apparaît de préférence chez les ouvriers travaillant dans certains ateliers.

Sans entrer dans tous les détails de la distillation des goudrons de houille que M. Lenourichel passe en revue complètement en étudiant l'étiologie de la maladie, rappelons que l'ouvrier ne manipule pas le goudron lui-même, mais seulement les produits de sa distillation; et parmi ceux-ci, c'est l'anthracène qui par son contact direct et prolongé cause les éruptions.

Ces accidents sont identiques à ceux produits par la suie chez les ramoneurs anglais (Butlin).

L'habituelle bénignité des éruptions des distillateurs de goudron de houille est à remarquer. Chez les ouvriers d'une usine fonctionnant depuis douze ans, il n'a été constaté d'une manière certaine qu'un seul cas de cancroïde.

L. G.

De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant, par M. le docteur Lucien Renaud. (Th. de Paris, 1901.)

Les observations publiées jusqu'à ce jour sous le nom de torticolis musculaire rhumatismal ne permettent pas d'attribuer, d'une façon certaine, à une lésion des muscles du cou les symptômes décrits par la clinique. Un très grand nombre d'observations plus complètes démontrent, au contraire, que dans les affections de ce genre, certaines articulations des vertèbres entre elles sont le siège d'arthrites sans doute rhumatismales. Il convient donc, au moins jusqu'à plus ample informé, de substituer à la description du torticolis musculaire rhumatismal celle de l'arthrite cervicale rhumatismale. Cette opinion, soutenue par M. le professeur Lannelongue en 1894, a reçu depuis l'appui de MM. Robin, Marfan, Grancher et Broca.

Cette affection débute toujours par une phase aiguë (arthrite aiguë rhumatismale), qui laisse après elle des déformations osseuses, des attitudes vicieuses, et se complique même quelquefois de réactions musculaires tendineuses.

Passée à la période de chronicité, elle présente dès lors un complexus symptomatique, dont l'attitude vicieuse et les rétractions des muscles sont les lésions les plus apparentes, ce qui explique la théorie musculaire en faveur.

Dans la phase aiguë, le diagnostic est en général facile.

Dans la phase chronique, les commémoratifs devront être minutieusement recherchés, afin de reconnaître l'existence de la première période aiguë de l'affection. Il conviendra également d'établir un diagnostic souvent délicat entre cette arthrite rhumatismale, les autres sortes de torticolis et le mal de Pott.

Le pronostic de l'arthrite cervicale rhumatismale étant assombri par les déformations et les attitudes vicieuses ultérieures, il conviendra, toutes les fois que les symptômes seront suffisamment accentués, de lui opposer d'abord un traitement immobilisateur en bonne position. La médication interne, identique à celle des autres affections rhumatismales, complétera utilement le traitement.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens (1), par le docteur G. de Rouville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface par le docteur J. Lucas-Championnière.

« M. le docteur de Rouville, ayant l'expérience d'un livre élémentaire de *Consultations chirurgicales* qu'il a déjà publié, a eu la bonne pensée de faire pour les *Consultations gynécologiques* un manuel du même ordre.

C'est avec plaisir que je le présente au public médical. Le succès du premier livre répond du succès prochain du second.

Un traité de thérapeutique gynécologique est maintenant d'un caractère tout particulier. A notre époque la gynécologie est devenue toute chirurgicale et presque toute opératoire.

Avant nous, certaines opérations se faisaient très superficiel es et non sans accidents. Avec la chirurgie antiseptique une ère nouvelle a commencé; le vagin, l'utérus, les ovaires sont devenus les champs des opérations les plus fréquentes, les plus fécondes et les plus inoffensives.

(1) In-8º, 247 p., avec fig. noires et col. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Cette chirurgie nouvelle s'est même montrée si heureuse que l'intervention opératoire y a été jusqu'à l'abus.

Aussi un traité de thérapeutique gynécologique, si rapide qu'on veuille le faire, doit-il toucher à une foule de conditions nouvelles.

Celui-ci contient en résumé le plan de nombreuses opérations et l'indication des meilleures conditions de l'intervention.

Il montre les ressources que les interventions les plus récentes apportent au gynécologue.

Il montre aussi, et ce n'est pas là le moindre de ses mérites, quels sont les excès opératoires qu'il faut éviter.

C'est à la fois un guide instruit et sage.

Le livre de M. de Rouville est une œuvre très personnelle et très documentée. Il traite de toutes les questions opératoires avec une compétence parfaite et avec une grande clarté. Citons au hasard quelques-unes des consultations de M. de Rouville : aménorrée, bartholinites, cancer du col de l'utérus, dysménorrée, fibromyomes, fistules vésico-vaginales, hématocèle rétro-utérine, kystes du vagin, métrites blennorragiques, hémorragiques, puerpérales, pelvi-péritonites, polypes fibreux, prolapsus, prurit vulvaire, rétroversions, salpingites, vaginites, végétations, vulvites et vulvo-vaginites.

On peut même en dire qu'il est très supérieur, comme fond et comme valeur scientifique, au titre modeste que son auteur a tenu à lui donner.

Je suis bien convaincu qu'il recevra du public médical l'accueil qu'il mérite et que son succès sera plus considérable encore que celui des *Consultations chirurgicales* du même auteur. J.-L. CHAMPIONNIÈRE. »

Aide-mémoire des maladies de l'intestin (1), par le docteur Paul LEFERT.

M. Lefert s'est efforcé dans son *Aide-mémoire des maladies de l'intestin* de renfermer, de façon la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qn'il est indispensable de connaître.

Un chapitre est tout d'abord consacré à la pathologie générale de l'intestin, sémiologie, accidents et complications. Vient ensuite l'étude des affections inflammatoires (entérites), puis des affections organiques (tuberculose, cancer, syphilis, ulcère), enfin des occlusions intestinales et de l'appendicite.

M. Lefert passe ensuite en revue les maladies du rectum et de l'anus (rectites, suppurations, fissures, hémorroïdes, prolapsus, rétrécissements, malformations, tumeurs).

Le volume se termine par les maladies du péritoine (péritonites aiguës et chroniques et ascite).

Cet aide-mémoire, destiné aux étudiants et aux médecins, a été conçu dans un but essentiellement pratique : on a donné les plus grands développements à la partie clinique et aux questions de pratique journalière, laissant de côté tout ce qui est théorie ou anatomie pathologique et résumant seulement la description des affections rares.

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

395. M. TRENAUNAY. Recherches pathogéniques et cliniques sur le rêve prolongé. (Délire consécutif à un rêve prolongé à l'état de veille.) — 396. M. JALAGUIER. Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. — 397. M. PERREAU. Du traitement de la pneumonie et en particulier de l'action de l'ipéca en lavage dans cette maladie. — 398. M. KAHN. Des opérations conservatrices de la trompe. — 399. M. RAYNAUD. Le sanatorium d'Argelès. — 400. BRETON. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. — 401. M. MALLET. Contribution à l'étude des indications opératoires chez les aliénés. — 402. M. HARDOUIN. De la composition de l'urine dans la dermatite polymorphe douloureuse. — 403. M. DAUZATS. Recherches sur la contagiosité de la pelade. — 404. M. BOUROULLEC. Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement. — 405. M. TILLÉ. Traitement opothérapique dans la maladie de Basedow. — 406. M. COTTE. Notes biologiques sur les subérites domuncula (spongiaires). — 407. M. BOILEAU. Traitement mécanique de la scoliose des adolescents. — 408. M. TARNAUD. Étude sur les calculs de la prostate. — 409. M. VAILLANT. De la hernie inguino-superficielle. — 410. M. FRISON. De la nécrose de l'os intermaxillaire. — 411. M. CROISIER. De l'intervention chirurgicale dans l'ostéosarcome de l'os iliaque. — 412. M. DE FRUMERIE. Massage direct du foie et des voies biliaires. — 413. M. SALIGNAT. Le massage thérapeutique de l'abdomen (sa technique et ses indications). — 414. M. E. DODET. Des hémorragies dans l'urémie. — 415. M. DAGUZAN. Bronchite chronique simple chez les enfants. — 416. M. POTIEZ. Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine. — 417. M. TROUVÉ. Du rôle du terrain dans l'urémie nerveuse. — 418. M. PITON. Traitement local de la glossite tertiaire par le sublimé. — 419. M. ATTIMONT. Considération sur le cancer secondaire de l'ombilic. Cas de néoplasie ombilicale consécutive au cancer du rectum. — 420. M. LUCANTE. Contribution à l'étude de la mensuration du thorax. — 421. M. BERNARD. Du drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie. — 422. M. HARET. Étude critique sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. — 423. M. ARIBAT. Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales de constitution antérieure à la naissance. — 424. M. FORGET. Des fractures par arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus. — 425. M. BARCAT. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire ou leucodermie syphilitique. — 426. M. PERRIN. Traitement des kératites suppuratives. — 427. M. DUCROT. De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus au point de vue médico-légal. — 428. M. DESCHASEAUX. Le fléau alcoolique et l'État. — 429. M. JOÜON. Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie. —. — 430. M. CHASSAING. Contribution à l'étude de la technique myographique. — 431. M. MERKLEN. Recherches sur les fonctions du foie et du rein dans les gastro-entérites et quelques autres maladies infectieuses. — 432. M. BLUM. Contribution à l'étude du rôle des dents dans quelques infections (angine de Ludwig, adénites tuberculeuses cervicales). — 433. M. FOSSARD. Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. — 434. M. GOUDIN. Des luxations anciennes de l'épaule et leur traitement par la méthode sanglante. — 435. M. LAZAROFF. De la section du tendon rotulier pour pratiquer différentes interventions de l'articulation du genou. — 436. M. WORMSER. Du début brusque de la fièvre typhoïde. — 437. M. DELOM. De l'influence de la vaccine sur la variole. — 438. M. JARDIN. Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin total. — 439. Mme CATZ née TCHEBYCHEFF. De la rupture spontanée des enveloppes herniaires. — 440. M. PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE. Opération d'Alquié-Alexander avec croisement des ligaments ronds. — 441. M. PARIS. Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie. — 442. M. COUVELAIRE. Études anatomiques sur les grossesses tubaires. — 123. M. FACKRE. Contribution à l'étude de l'étiologie, de la marche et du traitement de la cirrhose atrophique. — 444. M. WIBAULT. Infections broncho-pulmonaires par apports vasculaires dans les streptococcies cutanées des enfants; érysipèle du premier âge. — 445. M. LADEVÈZE. Comment les familles ouvrières parisiennes disparaissent par tuberculose ? — 446. M. MONTAGNE. Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses. — 447. M. PICHARDIE. Considérations sur l'intoxication saturnine et en particulier la paralysie chez les ouvrières en fleurs artificielles. — 448. M. DELESTRE. Étude sur les infections chez le

(1) In-18. 285 p. cart. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

prématuré. — 449. M. GIGAUT-LAFONT. Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant. — 450. M. PELTHIER. Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse. — 451. M. LEBEL. La désarticulation de la hanche comparée à l'amputation de la cuisse dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants. — 452. M. RIGOLLET-ARDILLAUX. Sur un cas d'hématome consécutif à un fibrome calcifié du quadriceps crural. — 453. M. MACDONALD. La propagation du paludisme par les moustiques. — 454. M. GALETTI. La question des séborrhées. — 455. M. A. DELFAU. De l'exclusion temporaire des voies lacrymales du champ opératoire par la ligature des canalicules lacrymaux. — 456. M. GUELLER. Métrorragies chez les jeunes filles. — 457. M. DELAGE. L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus.. — 458. M. BOIGNIER. Origine et traitement de la fièvre typhoïde. (Étude historique et critique.) — 459. M. PINAULT. Formes frustes de la méningite cérébro-spinale épidémique. (Cysto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien.) — 460. M. TARRADE. Considérations sur l'hygiène dentaire dans les établissements d'enseignement. — 461. M. Lucien de MONTILLE. Le vaccin et l'épidémie actuelle de variole. — 462. M. CARRÉ. Contribution à l'étude des propriétés antithermiques de l'aspirine. — 463. M. TULBENDJIAN. De la maladie d'Addison et de sa forme fruste prolongée à mélanodermie primitive. — 464. M. BENELLI. Contribution à l'étude du bain froid. — 465. M. PIORO. De la spermatorrhée. — 466. M. SULLEROT. Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes. — 467. M. BUVAT. Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales. — 468. M. MATHIEU. Étude sur les infections générales aiguës par le staphylocoque pyogène. — 469. M. DEGRIS. Étude sur Sénac, premier médecin de Louis XV (1693-1770). — 470. M. CHATEAU. Cypridopathies et tuberculose. — 471. M. DIRCKSEN. Étude sur la composition chimique et la concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien. — 472. M. G. ROLLE. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la veine cave inférieure. — 473. M. LHOMME. De l'actinomycose des parois thoraciques et abdominales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — M. le docteur Henri Colin, médecin de l'asile spécial d'aliénés criminels de Gaillon (Eure), a été nommé médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Guerre. — M. le médecin principal de première classe Clavel, en congé de convalescence à Paris, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé des troupes coloniales.

Marine. — M. le médecin en chef Bertrand, du cadre de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé au port de Brest.

M. le médecin en chef Abelin, actuellement détaché à Brest, rejoindra à Cherbourg son port d'attache, après avoir remis son service à M. le docteur Bertrand.

MM. les médecins en chef de deuxième classe Ambiel, à Toulon; Kermorvant et Brémaud, à Brest; Frison, à Lorient, et M. le médecin principal Dufourcq, à Rochefort, qui viennent d'être récemment promus, sont maintenus en service dans leurs ports respectifs.

M. le médecin principal Trabaud passera, sur sa demande, du cadre de Rochefort à celui de Toulon.

M. le médecin principal Kergrohen, en service à Toulon, rejoindra Lorient, son port d'attache, pour y continuer ses services.

M. le médecin de première classe Gombaud, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Surcouf* (escadre du Nord), en remplacement de M. le docteur Aubry, qui terminera le 5 octobre prochain la période réglementaire d'embarquement.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 37e semaine, 762 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (833) et inférieur aussi à celui de la moyenne (793).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès; 51 cas nouveaux ont été signalés par les médecins. La variole, 2 décès; le nombre des cas signalés par les médecins continue à diminuer (16 au lieu de 23, 25, 22). La rougeole a causé 4 décès; la scarlatine, 1; la coqueluche, 11; la diphtérie 12, chiffre identique à celui de la semaine précédente; le nombre des cas nouveaux de diphtérie signalés par les médecins est de 54.

La diarrhée infantile a causé 51 décès de 0 à 1 an, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 70).

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 86 décès chiffre identique à la moyenne, et au lieu de 95 pendant la semaine précédente. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 9 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 20 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 49 (au lieu de la moyenne 45), dont 22 sont dus à la congestion pulmonaire et 17 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 136 décès (au lieu de la moyenne 173); la méningite tuberculeuse, 8 décès; la méningite simple, 9; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 38 décès; les maladies organiques du cœur, 62; le cancer a fait périr 51 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 25; enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 110. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1901. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10 f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — LA MALADIE DE BARLOW EN FRANCE, d'après M. PAUGAM. — LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE SIMULANT L'APPENDICITE, d'après M. Auguste ROUSSEAU. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la lithiase intestinale; — Les petits lavements calmants à base d'antipyrine et de laudanum dans les diverses phases du prostatisme; technique de leur administration; — Extraction des corps étrangers du conduit auditif par aspiration. — VARIÉTÉS. Ong Ah Tchin Po tsaï. Notes sur un médecin chinois, par M. HAGEN. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 23 septembre 1901.

L' « affaire de l'hôpital Beaujon » vient de tourner à la confusion de ceux qui l'avaient lancée.

Une jeune femme, blessée gravement au pied, entre à l'hôpital. Malgré les soins quotidiens et les pansements appropriés, l'infection survient et se généralise ; la fièvre dépasse 40°. Le chef de service tente la désinfection de ce foyer par un nettoyage de la région blessée qu'il insensibilise à la cocaïne. Le lendemain la malade était morte.

Grand et douloureux émoi dans la famille et les relations de la pauvre défunte, où l'on ne peut supposer qu'une femme si bien portante auparavant et « d'une si bonne constitution » ait pu succomber aussi vite. Evidemment le chirurgien était coupable, et si ce n'est lui, ce ne peut être que ses aides, ou à leur défaut la méthode employée.

Ce fut matière à maints articles qui s'épanouirent dans les journaux d'opinions les plus diverses, et n'eût été la venue du tsar en France, l'affaire de l'hôpital Beaujon fût devenue le scandale du jour...

Immédiatement la police descend à l'hôpital, et le commissaire, suivi d'un confrère dont le rôle n'apparaît pas très lumineux en l'affaire, convoque, interroge, fouille et perquisitionne; finalement le corps de la décédée est envoyé à la Morgue.

Qu'une enquête ait été faite, rien n'est plus légitime : il y avait eu plainte; et les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont soumis à la juridiction commune. Mais la manière dont cette enquête a été conduite est digne du vaudeville. On a ramassé tous les potins, tous les racontars qui traînaient dans les couloirs et dans les salles. Mais on a négligé d'interroger les intéressés, transformés d'avance en véritables inculpés.

Il ne faut pas cependant s'étonner de ces agissements policiers : les dossiers les plus importants de la Préfecture de police ne sont édifiés que sur des histoires de concierge et de filles de cuisine.

Le docteur Thoinot eut mission de pratiquer l'autopsie de l'opérée. Son rapport conclut à une mort naturelle. On eût compris que, dès lors, tout bruit se fût évanoui; c'est mal connaître certaine presse. Le rédacteur continue, en effet, à se féliciter « quand même » d'avoir attiré l'attention de la police sur cette affaire qui, « malgré tout, demeure entourée de mystère.

« Il reste, en effet, parfaitement établi par l'enquête à laquelle se sont livrés M. Coston, commissaire de police, et M. le docteur M..., que Mme B..., entrée à l'hôpital le 2 septembre, n'a été opérée que le 6; tandis qu'on pouvait la considérer comme sauvée le 5, elle succombait le 7, après l'opération. »

Et c'est sur de telles constatations qu'on échafaude une accusation!

Le docteur Lyot, chef de service, a cru devoir protester. Son indignation est tout à l'honneur de sa jeunesse. Plus tard, son épiderme sera moins sensible et il n'opposera à certaines attaques qu'un dédaigneux silence.

LA MALADIE DE BARLOW EN FRANCE

D'après M. PAUGAM (1).

Le syndrome qui porte actuellement le nom de « maladie de Barlow » était depuis longtemps étudié ou plutôt entrevu dans certains pays, et particulièrement en Allemagne. Dès 1859, en effet, paraissent, sous la rubrique de *rachitisme aigu*, de nombreuses observations présentant le type clinique des descriptions de Barlow. Möller (de Königsberg), en 1859, puis en 1862, publie au sujet de la maladie de Barlow d'importantes remarques; Böhm et Forster (1868) envisagent cette affection comme une variété particulière de rachitisme aigu; Ingerlev (1871), Jalland (1873), publient de nouveaux cas de maladie de Barlow. Le travail de Cheadle (1878) fonde ses conclusions sur l'étude de trois observations personnelles, auxquelles l'auteur en ajoute bientôt une quatrième, où il note expressément l'existence de gonflements profonds faisant corps avec l'os; il attribue ces gonflements à un décollement périostique consécutif à une hémorragie sous-périostée.

En 1883, Th. Barlow, médecin à l'University College Hospital, s'appuyant sur les données anatomiques fournies par trois autopsies, décrit les lésions anatomo-pathologiques de la maladie nouvelle. A cet auteur revient donc le mérite d'avoir, le premier, scientifiquement raisonné l'étude de

(1) Th. de Paris, 1901.

l'affection qui porte son nom. Depuis cette date, la plupart des travaux parus ont confirmé les conclusions de Barlow. Il faut surtout citer les recherches de Northrup, de de Brun, de Baginski, etc. En France, à part les cas de Marfan, Chalmette, Moizard, etc., la maladie de Barlow est encore une affection rare et encore peu connue.

Ce qui caractérise l'*anatomie pathologique*, c'est l'existence d'hémorragies sous-périostées. Ces hémorragies se montrent surtout au niveau des os longs du membre inférieur. Les tibias et les fémurs sont le plus souvent atteints, tandis que le péroné reste indemne. L'os iliaque, et particulièrement la crête de l'os iliaque, présentent quelquefois des lésions. Le processus morbide naît et se développe au voisinage de cartilages dia-épiphysaires, et l'on peut voir parfois une zone d'extravasation près de chaque extrémité de la diaphyse. Le sang épanché est d'origine périostique. Le périoste est épaissi, vascularisé, congestionné, parfois décollé de l'os sous-jacent, dans une étendue plus ou moins considérable. Il existe aussi des hémorragies intra-médullaires et parfois même de la raréfaction du tissu osseux, de telle sorte que, lorsque la moelle a été enlevée avec le caillot sanguin, il ne reste souvent plus de la diaphyse qu'une écaille osseuse.

Les coupes histologiques montrent la congestion périostique. On trouve des hémorragies étendues dans les parties profondes. Dans le corps de l'os, on note la résorption considérable de la substance trabéculaire, dont les espaces élargis se présentent avec des bords érodés. Les fractures, attribuées par les uns à l'hémorragie sous-périostée (Ausset), constitueraient au contraire pour d'autres auteurs (Brun et Renaut) la cause même de l'hémorragie. Les articulations sont saines. Les couches profondes des muscles péri-articulaires sont, dans les cas graves, le siège d'hémorragies abondantes. Des hémorragies sous-périostiques peuvent se produire sur la surface externe du crâne ou sur sa face interne, et, dans ce dernier cas, réaliser le tableau symptomatique de la compression cérébrale. L'épanchement peut se produire entre le périoste et les os de la cavité orbitaire, d'où rejet du globe oculaire en avant, exophtalmie, teinte ecchymotique de la paupière supérieure.

Le *type clinique* de la maladie est le suivant. Prenons un enfant de cinq à douze mois, nourri au sein maternel. Les parents remarquent d'abord que l'enfant devient pâlot : il pleure dès qu'on veut le prendre dans les bras. Tranquille lorsqu'on ne l'approche pas, il a l'air de redouter le moindre dérangement. Bientôt l'anémie s'accentue, et, de plus, le nourrisson pleure sans discontinuer. Il pleure parce qu'il souffre, parce que ses membres inférieurs sont douloureux et que ces douleurs sont exagérées par les mouvements. Aussi reste-t-il complètement immobile. Seuls, les membres supérieurs, la partie supérieure du thorax et la tête remuent encore. L'enfant ne se laisse plus approcher. Instinctivement, dit M. Netter, il prend une position de défense, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. Les douleurs sont très exagérées par les mouvements, car, si on soulève le nourrisson de son berceau, les cris se changent en véritables hurlements; si l'on recouche le petit malade, il se calme, mais suit avec anxiété tous les mouvements des personnes qui l'entourent, comme s'il redoutait d'être de nouveau dérangé.

L'examen de l'enfant montre qu'il existe, au niveau d'un des membres inférieurs, une légère tuméfaction. Il y a de l'œdème, la peau paraît tendue et luisante, les veines sont un peu gonflées. La température locale est normale, l'état général est satisfaisant.

Deux jours après, l'enflure a augmenté. De la cheville, elle a gagné la jambe, la cuisse. A l'extrémité inférieure du tibia, en un point qui correspond à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse, existe un gonflement local « donnant l'impression d'un épanchement profondément situé et formant fourreau tout autour de l'os » (Barlow). Puis l'autre membre inférieur se prend à son tour et passe successivement par les mêmes phases. Les membres sont toujours sans mouvements, toujours excessivement douloureux à la pression ou à la moindre tentative de mobilisation. Il semble qu'il y ait de la paralysie, mais une exploration attentive fait voir que l'impotence musculaire n'est qu'apparente et relève, en réalité, de la douleur provoquée par les mouvements du membre.

La pâleur de l'enfant augmente : la douleur, d'abord localisée au niveau d'un des membres inférieurs, tend à se généraliser. Bientôt les parents constatent que le thorax se déforme : le sternum plonge en dedans et en arrière, le reste de la cage thoracique proémine en avant. La peau de l'aine se couvre de petites taches purpuriques, les lèvres sont le siège d'un suintement sanguinolent, les troubles digestifs commencent à faire leur apparition. La maladie de Barlow est constituée.

Les hémorragies sont variables d'intensité. Du côté de la peau, on trouve parfois quelques pétéchies. Des hémorragies peuvent se faire par la bouche et par le nez; on constate exceptionnellement la présence de sang dans les selles ou dans les urines. Du côté des gencives, on constate souvent un état fongueux, les gencives saignant au moindre contact. La température peut être élevée, mais il faut bien savoir que, dans un certain nombre de cas, la maladie de Barlow reste apyrétique pendant toute son évolution. L'exophtalmie est inconstante; elle coïncide parfois avec une ecchymose sous-conjonctivale. L'hypertrophie de la rate ne s'observe pas toujours. L'examen du sang décèle les lésions bien connues de l'anémie.

Abandonnée à elle-même, la maladie suit habituellement une marche progressive et fatale. L'anémie s'accentue, les hémorragies se multiplient et l'enfant finit par succomber à une complication pulmonaire ou autre. Cependant, la maladie de Barlow, même assez avancée, est essentiellement curable, et il est étonnant de voir avec quelle rapidité, sous l'influence d'un traitement rationnel, disparaissent tous les symptômes alarmants.

Le *diagnostic* se fonde sur la constatation des symptômes suivants : hyperesthésie excessive des régions atteintes, symétrie des lésions, prédominance des lésions aux membres inférieurs, pas d'élévation de la température locale, anémie et diathèse hémorragique. L'existence de lésions rachitiques antérieures et concomitantes est un facteur important qu'il ne faut pas négliger de rechercher. Malgré tous ces symptômes, le diagnostic peut être hésitant, et des erreurs ont été commises par les pédiatres les plus compétents. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les articulations sont malades; elles sont saines dans la maladie de Barlow. L'évolution des tumeurs, leur multiplicité, la rapidité et l'irrégularité de leur développement ne permettront pas de songer à l'ostéosarcome. La constatation de symptômes généraux, de fièvre, de vomissements, devra faire penser à une ostéomyélite. Les douleurs et les signes locaux ont-ils rapidement cédé sous l'influence d'une bonne alimentation,

on devra songer à une ostéotuberculose. La maladie de Barlow ne sera pas confondue non plus avec un purpura cachectique, l'existence de lésions osseuses étant nécessaire pour faire le diagnostic de maladie de Barlow.

Reste à faire le diagnostic entre la maladie de Barlow et une syphilis osseuse. Ce diagnostic repose sur l'anamnèse, sur le fait que les douleurs sont beaucoup moins vives dans la pseudo-paralysie que dans la maladie de Barlow, sur l'apparition des accidents précoces dans la syphilis, relativement tardive dans la maladie de Barlow, sur les résultats thérapeutiques.

Nombreuses sont les *discussions pathogéniques* qu'a soulevées la maladie de Barlow : scorbut infantile, scorbut des rachitiques, rachitisme aigu, rachitisme hémorragique, ont tour à tour servi et servent encore de sous-étiquette à la maladie de Barlow. En fait, deux théories restent en présence. Pour Th. Barlow, Cavel et Rehn, Northrup, Netter, etc., l'affection qui nous occupe ne serait qu'un scorbut infantile; pour Hirchsprung, Schödell et Nauwerk, Ausset, la maladie de Barlow n'affecte que des relations lointaines avec le scorbut des adultes et constitue une variété particulière, une forme hémorragique du rachitisme. D'après cette théorie, l'hyperémie physiologique de croissance localisée au périoste et à la zone dia-épiphysaire peut aller jusqu'à la production d'hématomes. Dans le rachitisme, il n'existe pas seulement une proportion très faible de matériaux inorganiques, mais une vascularisation, une congestion anormale de l'os et du périoste : si les vaisseaux de néoformation, qui sont d'une extrême fragilité, se rompent, la tumeur sous-périostée se trouve constituée.

Cette façon de voir soulève, pour M. Netter, de nombreuses objections : 1° si la maladie de Barlow consiste tout simplement en une forme hémorragique du rachitisme, comment expliquer qu'elle est si rare dans certains pays où le rachitisme est fort commun et inversement? 2° le rachitisme est surtout fréquent chez les pauvres, le scorbut infantile se voit surtout dans les classes moyennes et riches; 3° dans les dernières autopsies de maladie de Barlow, on n'a pas retrouvé les lésions histologiques du rachitisme; 4° le scorbut infantile survient souvent chez des enfants qui ne présentent pas trace de rachitisme.

N'empêche que, dans la plupart des cas, il est facile de déceler, chez les enfants atteints de maladie de Barlow, les stigmates d'un rachitisme ancien; dans les cas les plus typiques, il s'agit d'enfants présentant depuis longtemps des troubles gastro-intestinaux et offrant les traces indéniables d'un rachitisme d'ailleurs variable. De plus, la maladie de Barlow débute le plus souvent à l'âge même où se manifeste le rachitisme. Enfin, les lésions observées se rapprochent beaucoup, dans certains cas, des lésions banales du rachitisme. Aussi peut-on conclure, avec M. Renaut, que la maladie de Barlow est un rachitisme aigu développé au cours d'un rachitisme chronique.

Au point de vue *étiologique*, il faut dire d'abord que la maladie de Barlow affectionne certains pays, tels que les États-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne. Elle atteint indifféremment les filles ou les garçons, mais ne frappe que les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. L'apparition du syndrome est indépendante du milieu social dans lequel naît et vit l'enfant; les accidents se manifestent chez l'enfant riche comme chez l'enfant pauvre.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'origine des accidents qui caractérisent la maladie de Barlow doit être attribuée à une alimentation défectueuse, mais l'alimentation peut être défectueuse de différentes façons : 1° les matériaux alimentaires sont excellents, mais employés sans méthode ni mesure : il y a suralimentation, donc alimentation défectueuse; 2° les matériaux sont défectueux dans leur essence même. On a incriminé : *a.* les spécialités alimentaires; *b.* les laits modifiés; *c.* le lait stérilisé. Le plus souvent ces diverses causes continuent leur action : l'enfant prend à la fois du lait maternel, du lait stérilisé, des farines lactées, des soupes, etc. Certains auteurs ont incriminé tout spécialement le lait stérilisé.

Encore que la lumière ne soit pas définitivement faite sur cette question, il semble bien que la maladie de Barlow procède dans tous les cas d'un trouble alimentaire. Le traitement consiste donc à surveiller rigoureusement l'alimentation, à donner aux enfants du lait pur, et à compléter, si l'on veut, le traitement diététique par l'administration de quelques dépuratifs.

L. B.

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE SIMULANT L'APPENDICITE

D'après M. Auguste ROUSSEAU (1).

A côté des formes classiques de la péritonite tuberculeuse aiguë (granulie péritonéale et tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë), il faut admettre une forme clinique qui, par son mode de début, son évolution et sa localisation anatomique, simule l'appendicite franche. Cette forme mérite le nom de type *pseudo-appendiculaire*.

Au point de vue clinique, la tuberculose péritonéale aiguë pseudo-appendiculaire peut survenir chez des gens jouissant d'une excellente santé apparente, ainsi que M. Rousseau a pu le relever dans deux des observations de sa thèse. Néanmoins, il est rare qu'un interrogatoire attentif, en remontant dans le passé, n'arrive pas à retrouver quelque trouble dans le fonctionnement de tel ou tel organe de l'économie. Chez les uns, c'est un embarras gastrique persistant; chez tel autre, des bronchites fréquentes avec des antécédents suspects; chez un troisième, tout un passé de coliques et de troubles intestinaux. Une fillette atteinte de la forme de péritonite tuberculeuse, dont il est question, ne présentait aucune maladie antérieure nette, mais elle était « délicate et nerveuse ». Enfin, dans deux cas, et ceci est des plus intéressants, on notait des symptômes broncho-pulmonaires : une fois une pleurésie antérieure de quinze mois et dans l'autre une congestion pulmonaire qui s'était déclarée trois semaines auparavant et qui, au moment de la crise péritonéale, n'offrait déjà plus aucun signe d'auscultation.

Quoi qu'il en soit, que l'affection surprenne l'individu en pleine santé ou un sujet déjà atteint de tares pathologiques, son début est toujours brusque, brutal même.

Des douleurs vives ouvrent la scène. Tantôt ce sont des douleurs généralisées à tout l'abdomen qui se limitent peu à peu et finissent par se cantonner de façon un peu vague dans la région hépatique ou dans la fosse iliaque droite : tantôt, dès le début, elles se fixent d'une manière précise au point de Mac Burney.

En même temps vomissements, état intestinal se traduisant soit par de la diarrhée, soit par de la constipation. On observe en général peu de fièvre, autant que l'on en peut

(1) Th. de Paris, 1901.

juger par les observations qu'a pu réunir l'auteur (37°4, 38 degrés, 38°5) ; le pouls est rapide, aux environs de 120 ; il existe donc une sorte de dissociation entre la température et la fréquence du pouls qui est, en outre, petit, dépressible et parfois intermittent. Le facies peut rester bon, la langue est sèche, blanchâtre, avec un liseré rouge sur les bords. La palpation dénote de la défense de la paroi et, profondément, un léger empâtement.

Au point de vue de son évolution, la maladie peut alors revêtir deux aspects : tantôt celui de l'appendicite avec péritonite localisée, tantôt celui de l'appendicite suraiguë avec péritonite diffuse septique par perforation.

Ces deux formes sont caractérisées par une éruption récente de tubercules localisés au niveau du péritoine iléo-cæcal sans participation du cæcum ni de l'appendice.

L'infection tuberculeuse paraît atteindre la séreuse surtout par la voie sanguine : la voie lymphatique et la voie intestinale sont moins fréquentes.

Au point de vue du diagnostic, on doit tenir compte : *a.* du passé pathologique du malade et en particulier des poussées congestives pulmonaires ou pleurales ; un examen attentif permettra parfois d'en retrouver des traces ; *b.* de l'existence de phénomènes d'occlusion, et en particulier de vomissements fécaloïdes plus marqués que dans les péritonites aiguës non tuberculeuses.

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse pseudo-appendiculaire n'est pas le même dans les deux variétés. Dans la forme qui revêt le type de la péritonite par perforation, il est presque toujours fatal ; dans la variété qui simule la péritonite localisée, il est relativement bon, surtout si on a recours à une intervention opératoire.

En somme, le pronostic est à peu près le même que dans celui des deux formes d'appendicite correspondante.

Au point de vue du traitement, il semble que l'opportunité de la laparotomie dans le cas de péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite soit désormais définitivement admise. En effet, comme le dit M. Lejars, « les interventions de ce genre sont devenues fréquentes et des faits nombreux sont venus démontrer ce que nous pouvions attendre de la laparotomie, ces résultats inespérés et durables qu'elle amène en certains cas,... interventions qui, tout en restant limitées à la simple ouverture du ventre et à l'évacuation d'un peu de liquide, n'en sont pas moins suivies en général d'une sédation rapide des accidents. » L. S.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la lithiase intestinale.

Le docteur Louis Vibert, reprenant l'étude de la lithiase intestinale dans une très intéressante monographie (1), divise le traitement de cette affection en deux parties bien distinctes : traitement curatif et traitement préventif.

« 1° *Traitement curatif.* — La première chose à faire, dit M. Vibert, lorsqu'on se trouve en présence d'une malade atteinte de coliques intestinales lithiasiques, est de tenter de calmer la douleur aiguë, souvent même paroxystique comme dans la colique hépatique ou néphrétique. Pour arriver à ce but, il convient d'appliquer la médication palliative de la douleur : on appliquera sur l'abdomen des compresses d'eau chaude, des cataplasmes laudanisés, ou au contraire des serviettes trempées dans l'eau froide et renouvelées fréquemment. A l'intérieur, on emploiera les opiacés, les pilules d'opium, le sirop thébaïque, l'extrait de belladone. Si l'accès est paroxystique, on fera une demi ou même une piqûre de morphine.

Il ne suffit pas de s'attaquer au symptôme douleur, il faut encore combattre la stagnation du sable dans l'intestin tant pour empêcher son agglomération que pour lutter contre l'inflammation de la muqueuse irritée par le frottement de ce sable. Pour cela il faut avoir recours à l'entéroclyse que l'on pratique ainsi que nous allons le décrire.

La malade étant couchée sur le côté droit pour empêcher le reflux du liquide, on fait pénétrer le plus profondément possible dans le rectum une sonde en gomme dite sonde rectale de 20 centimètres ou la sonde molle œsophagienne, en particulier le tube de Frémont qui a une certaine consistance et tend moins à se replier dans l'intestin. Cette sonde est ajustée à un long tube de caoutchouc, de 2 mètres si l'on veut, qui communique avec la douche d'Esmarch, dite bock, d'une contenance de 2 litres et que l'on suspend à une distance du malade de 50 centimètres au plus sous peine de perforer l'intestin. On remplit le bock avec de l'eau ayant bouilli préalablement et employée tiède, car froide elle provoquerait des contractions intestinales et un spasme s'opposerait à l'écoulement du liquide ou provoquerait de la douleur.

On fait couler le liquide avec une extrême lenteur et l'entéroclyse pour être parfaite doit durer au moins une heure.

Il est bon d'ajouter, pour la rendre un peu antiseptique, la valeur d'une cuillerée à bouche d'acide borique dans l'eau tiède pour une irrigation.

2° *Traitement préventif.* — La crise est passée et la malade n'a plus de sable, que faut-il faire? Tâcher de prévenir le retour des nouvelles crises qui ne manqueront pas de se produire si les malades sont abandonnés à eux-mêmes ; on y parviendra par un régime alimentaire approprié.

Les substances végétales sont celles qui ont le plus de chances de séjourner dans l'intestin à cause de la cellulose qu'elles renferment, on les supprimera donc le plus possible en donnant la préférence aux aliments carnés qui contiennent une grande proportion d'azote.

On évitera avec le plus grand soin la constipation ; on comprend en effet combien est importante chez les lithiasiques la liberté de l'intestin alors que le plus léger obstacle donnant lieu à la stase peut provoquer la formation du sable. On administrera des purgatifs légers au moment opportun, on emploiera les mets rafraîchissants. Si la constipation persiste, on devra avoir recours à l'entéroclyse, mais il faut en user modérément et de loin en loin pour ne pas fatiguer les malades.

Oddo (de Marseille) vante l'antisepsie intestinale par le benzonaphtol qui lui a donné les meilleurs résultats. Il est bon, suivant les conseils de Grasset, de l'employer à la dose de 1 gramme par jour associé à une faible quantité de magnésie.

A coté de ce traitement purement médicamenteux, et conjointement avec lui, le médecin trouve dans les eaux minérales un adjuvant des plus précieux, mais ici il faut faire une sélection. Nous avons vu que la lithiase intestinale était toujours accompagnée de colite membraneuse ; la constipation est en outre un des facteurs les plus importants pour entretenir cette sablose, les eaux laxatives dans ce cas sont donc très nettement indiquées. Châtel-Guyon doit être placé au premier rang de ce groupe : l'action du chlorure de magnésium contenu en assez forte proportion dans ces eaux est trop connue depuis les expériences de Laborde, pour que j'insiste sur ce sujet ; son efficacité est indéniable dans le traitement de l'entéro-colite et l'entérite muco-membraneuse. Le malade trouvera dans cette station une installation complète pour pratiquer l'entéroclyse qui rend l'intestin antiseptique et stimule ses contractions.

(1) *Étude de la lithiase intestinale*, Soc. d'édit. scientif., Paris 1901.

Plombières est utile pour calmer les malades atteints d'éréthisme nerveux.

Nous devons mentionner encore Vichy, qui combat la diathèse goutteuse, Vittel et Capvern. »

Les petits lavements calmants à base d'antipyrine et de laudanum dans les diverses phases du prostatisme; technique de leur administration.

M. F.-P. Guiard a été le premier ou l'un des premiers, il y a environ douze ans, à prescrire l'antipyrine associée au laudanum, sous forme de très petits lavements, dans les affections inflammatoires douloureuses de l'appareil urinaire. M. le professeur Guyon partage d'ailleurs la confiance de M. Guiard dans cet agent thérapeutique et, il en a étendu avec le plus grand bonheur les indications cliniques. C'est ainsi qu'il en conseille l'usage une demi-heure avant de pratiquer les instillations nitratées urétro-vésicales; la réaction douloureuse consécutive est alors considérablement amoindrie. Il s'en sert également très volontiers avant la lithotritie : lorsque la vessie est irritable et menace de se révolter au contact des instruments, l'antipyrine vient puissamment en aide au chloroforme pour assurer la soumission de la tunique musculaire et faciliter les manœuvres du broiement et de l'évacuation; si, au contraire, la vessie est parfaitement saine et le calcul de petit volume, l'action de ce médicament peut aller jusqu'à dispenser de l'emploi du chloroforme et permettre, à elle seule, au chirurgien d'exécuter tous les temps de l'opération sans provoquer ni contractions vésicales trop gênantes pour lui, ni sensations trop pénibles pour le malade.

« Chez les prostatiques, dit M. Guiard (1), l'antipyrine peut être mise à profit dans les circonstances les plus différentes. Pendant la première période aseptique, elle exerce une influence manifeste sur les phénomènes congestifs nocturnes contre lesquels nous avons si peu de prise. Sans doute, elle ne les fait pas entièrement disparaître, mais elle les atténue presque toujours d'une façon très sensible et les rend plus facilement supportables. Il suffit alors de lui adjoindre VI à VIII gouttes de laudanum, qui ont pour but de rendre tolérante la muqueuse rectale bien plus que de produire directement des effets sédatifs.

Lorsque le prostatisme se complique de cystite avec manifestations douloureuses plus ou moins vives, ce remède rend des services plus évidents encore. Même dans les cas où la formation de calculs phosphatiques secondaires exalte à son plus haut degré la sensibilité pathologique de la vessie, on en obtient un soulagement des plus remarquables; son action est même incontestablement beaucoup plus rapide et plus prononcée que celle des suppositoires à base de morphine, d'opium et de belladone ou de cocaïne. Il convient seulement, dans ces conditions, d'élever à XII, XV et XVIII le nombre des gouttes de laudanum que l'on y incorpore. D'ailleurs, son usage, fût-il abusif et très longtemps prolongé, ne semble comporter aucun inconvénient. Un de mes malades a pu consommer ainsi, pendant plus de trois ans, jusqu'à 6 grammes d'antipyrine par jour, sans jamais en éprouver le moindre malaise, bien qu'il fût porteur de lésions rénales suppuratives anciennes et graves. On voit, d'après tout ce qui précède, que l'antipyrine associée au laudanum et prise par la voie rectale constitue, au point de vue clinique, une ressource des plus précieuses.

Aussi n'est-il pas indifférent de rechercher *quel en est le procédé d'administration le plus commode et le plus expéditif*. Plus le lavement est petit, plus il est facile à garder et plus est rapide son action sur la vessie : 15 à 20 grammes d'eau suffisent amplement. Mais, pour introduire dans le rectum une aussi faible quantité de liquide, les irrigateurs ordinaires, aussi bien que les poires en caoutchouc, sont des instruments très défectueux avec lesquels il est extrêmement difficile ou même impossible d'utiliser, sans en rien perdre, la totalité du remède préparé.

Au contraire, au moyen d'une petite seringue en verre de 20 centimètres cubes et d'une sonde urétrale en gomme nº 14 ou 15, dont le pavillon s'adapte exactement à la canule de la seringue, le plus petit lavement se prend avec une remarquable simplicité et une absolue précision : le malade peut même aisément se passer de toute assistance. Il commence par remplir la seringue d'eau bouillie ou filtrée chaude, en chasse 2 ou 3 centimètres cubes et pousse le reste dans une tasse à café; il y délaye rapidement un paquet d'antipyrine de 1 gramme ou de 1 gramme et demi, suivant les cas, ajoute et mélange à cette solution le nombre voulu de gouttes de laudanum et aspire de nouveau dans la seringue le liquide ainsi préparé avec lequel pénètre en même temps un peu d'air qui remplace les quelques grammes d'eau intentionnellement rejetés au début. Il faut garder cet air qui aura bientôt son utilité. Ces préparatifs terminés, le malade abaisse son pantalon, s'accroupit ou s'assied à faux sur le bord d'une chaise, prend la sonde, enduit son extrémité de vaseline, l'introduit dans le rectum à une profondeur de 8 à 10 centimètres et ramène sa portion libre entre ses cuisses, au-devant de lui, à portée de ses yeux et de ses mains. Enfin, il reprend la seringue toute préparée, adapte solidement sa canule au pavillon de la sonde, en ayant soin de la tenir verticalement afin que l'air ne cesse pas d'être au contact du piston et il presse doucement sur ce dernier : la solution pénètre la première dans le rectum; l'air n'est chassé qu'en dernier lieu, refoulant hors de la sonde la faible quantité de liquide qui pourrait y séjourner; on a donc l'entière certitude de ne pas perdre la moindre portion du remède qu'on se propose d'utiliser. Il ne reste plus ensuite qu'à retirer la sonde, ce qu'il faut faire sans la séparer de la seringue dont la canule forme bouchon, et, enfin, à nettoyer et ranger les instruments.

En procédant de la sorte, la préparation et l'administration totale des petits lavements médicamenteux, antipyrinés, morphinés ou autres, s'exécutent avec la plus grande facilité, et en beaucoup moins de temps assurément que n'en exige la description des manœuvres. »

(1) *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, sept. 1901.

Extraction des corps étrangers du conduit auditif par aspiration.

M. Cuche (de Lure) indique, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (21 juin), un moyen simple et inoffensif :

« Armez-vous d'un drain ordinaire de la longueur d'une cigarette non fenêtré et coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité. Qu'il soit suffisamment rigide, avec un diamètre qui lui permette d'entrer gaiement dans le conduit auditif, c'est le calibre le plus courant. Relevez le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, manœuvre classique; introduisez une des extrémités du drain jusqu'au contact du corps étranger dont vous aurez au préalable reconnu la présence; mettez l'autre extrémité entre vos lèvres en ayant soin de ne pas l'aplatir et aspirez de toute la force de vos poumons; en même temps, en soutenant l'aspiration, rejetez la tête en arrière et, neuf fois sur dix, l'objet ventousé viendra, collé à l'autre extrémité du tube.

Pour rendre votre ventouse plus adhésive, préparez votre instrument à l'avance, en faisant tremper l'extrémité qui doit cueillir le corps étranger pendant quelque temps dans l'huile ou dans du pétrole : le caoutchouc prendra une consistance plus molle, plus souple, plus visqueuse, et vous donnera une ventouse parfaite que vous pourrez employer, le cas échéant, avec le maximum de chances de succès.

Le moyen est simple et réussit toujours, si le corps étranger n'est pas fortement coincé et si on est possesseur de poumons solides. »

VARIÉTÉS

Ong Ah Tchin Po tsaï. Note sur un médecin chinois.

Par M. Hagen (1).

On parle beaucoup en Chine d'un célèbre médecin chinois qui, depuis quelques années, voit son cabinet fréquenté par les plus hauts fonctionnaires, mandarins à globules de cristal, vice-rois à plumes de paon, venus des régions les plus reculées du Chansi, du Setchouen ou de la Mandchourie.

Le hasard m'a permis d'avoir des renseignements sur ce confrère d'Extrême-Orient et je les adresse à mes honorés collègues de la Société de médecine dans l'espoir qu'ils pourront les intéresser.

Ce médecin réside à Canton et se nomme Ong Ah Tchin Po tsaï ou, plus communément, Ah Tchin. C'est un homme de cinquante à soixante ans environ, de taille peu élevée, ayant une certaine dignité de manières ; il est de la classe mandarine, ayant obtenu le deuxième degré ou Kouc-tjen ; il a donc le droit de porter les insignes des Lettrés, le « plastron avec tête d'oiseau » ainsi que la toque à bouton de cristal bleu, mais on ne lui voit que ce dernier ornement. Son père, son grand-père et tous ses ancêtres étaient médecins, et il rapporte surtout le succès de ses cures non à son père, dont il fut l'aide, mais à son grand-père qui aurait fait progresser l'art médical dans sa famille et inventé des remèdes nouveaux. Il possède de grands biens et, grâce à sa clientèle étendue, jouirait d'un revenu de près de 75.000 francs ; très populaire dans sa province, il passe pour charitable ; sa tenue est simple, quoique d'une propreté parfaite. Il faut un certain temps pour rompre la glace avec lui, mais, dès qu'on est entré dans sa confiance et son intimité, il n'hésite pas à s'entretenir de sa profession avec les « Barbares de l'Occident ». Toutefois il garde le silence sur certaines questions, quand il s'agit des secrets professionnels dont sa famille a hérité et qu'il veut transmettre intacts à son fils qui s'occupe déjà de médecine avec succès.

Sa mentalité est curieuse à bien des points de vue et tandis qu'il paraît parfaitement renseigné sur certains sujets, il montre sur d'autres une ignorance pitoyable, frisant le ridicule. Ainsi il se dit versé dans l'acupuncture et déclare pouvoir introduire sans péril une aiguille dans n'importe quelle partie du corps humain, connaît ce que les Chinois appellent les points favorables, les points dangereux et les points morts, et s'est exercé sur un mannequin couvert de cire (afin de cacher les ouvertures que doit connaître tout bon chirurgien chinois), mais il ignore pourquoi certains endroits passent pour sûrs, d'autres pour dangereux. Il sait aussi qu'il y a des veines et des artères, mais ignore leur position et leurs rapports. Bien que peu versé en ostéologie, il a une certaine habileté pour réduire les fractures et les luxations.

Les questions d'hygiène privée et publique n'ont jamais retenu son attention ; c'est ainsi que les abords de sa maison étaient encombrés de détritus d'animaux dont l'odeur se faisait sentir à plus de 100 mètres et qu'il n'a jamais usé de sa haute influence pour assainir les rues de Canton ou recommander des travaux de voirie intéressant la santé générale.

La médecine occidentale l'intéresse, mais il méprise ses théories et sa thérapeutique et ne professe aucune admiration pour notre chirurgie. Il est cependant partisan de la théorie des germes tout en se refusant à admettre qu'il y ait des microbes visibles seulement au microscope et soutient avec énergie que les germes sont des êtres intermédiaires entre les vers et les serpents qui peuvent causer toutes sortes de fièvres. D'après sa doctrine, ces vers ou ces serpents pondraient en grande quantité des œufs qui passent à travers les intestins, les poumons, la peau des malades pour aller faire élection de domicile chez les personnes saines et, par leur reproduction, produire de nouveaux désordres.

Il soigne surtout les affections rhumatismales, la goutte, les névralgies, l'eczéma, les plaies de toutes natures, les furoncles, la diarrhée et la dysenterie.

Son traitement de la diathèse rhumatismale consiste principalement dans la diète, les boissons chaudes, le bouillon et le thé. La plupart de ses remèdes contiennent du « Gengseng », plante de la famille des ombellifères très employée comme tonique dans tout l'Extrême-Orient. Je viens de visiter la Corée qui la produit en grande quantité, et j'ai pu constater que les habitants atteints d'anémie ou de débilité ainsi que les malades en voie de convalescence lente en font un fréquent usage et disent en obtenir un résultat merveilleux ; le kilogramme vaudrait 25.000 francs, d'après ce que me rapportait un missionnaire. Cette plante fut d'ailleurs expérimentée en Europe il y a quelques cinquante ans, mais n'est pas restée dans la thérapeutique, peut-être à cause de son prix élevé. Notre confrère chinois prescrit aussi des purgatifs salins, des infusions de feuilles de menthe, des amandes pilées, des feuilles de sureau, du miel, du sang et du vin.

Sur les eczémas, il applique une pâte préparée avec de la poix, de l'huile et de la menthe poivrée, ou bien avec des œufs crus, de l'huile et du laudanum ; le tout est recouvert de papier et retenu par des bandes de coton. Il faut, d'après lui, huit jours pour guérir un eczéma ordinaire et quinze jours pour un eczéma plus grave.

Dans les affections d'estomac en général, il fait boire de l'eau chaude en grande quantité et ordonne la diète.

Voici le traitement plus actif qu'il emploie dans les crampes d'estomac, les coliques, les embarras gastriques et toutes les variétés de dyspepsies.

Le malade étant couché à terre, le médecin, avec ses mains, masse alternativement l'abdomen depuis l'extrémité du sternum jusqu'au pubis et, sur les côtés, de l'ombilic à la colonne vertébrale. Le massage est pratiqué avec le pouce et l'index ou bien avec le dos de l'index et du médius ; il est exécuté avec une telle force que la peau rougit bientôt et avec une si grande rapidité que l'opérateur semble jouer du piano. Dans l'espace de dix minutes, avec les deux mains, Ah Tchin faisait 3 à 400 passes. Le lendemain, la peau du patient était couverte de stries rouges et bleues, mais il prétendait que cette méthode, bien que brutale, donnait d'excellents résultats, causait un soulagement notable et amenait une guérison rapide. Il use aussi des purgatifs *largâ manu* et considère la constipation comme très nuisible.

Dans certaines formes de dyspepsie, il prescrit en outre du papier brûlé, papier jaune, très épais, donnant une cendre noire, pulvérulente, qui renferme du charbon et, sans aucun doute, des sels minéraux. Parfois, et peut-être toujours, il trace sur le papier des caractères magiques à à l'aide de crayons colorés composés de substances qui, selon lui, possèdent des propriétés médicales. Le crayon rouge contient de l'oxyde de mercure, le brun de l'oxyde de fer, le blanc du carbonate de chaux et de magnésie. Le malade doit absorber le papier brûlé avec quelques parcelles du crayon délayées dans l'eau chaude.

Contre les affections de nature catarrhale, Ah Tchin se sert de solutions astringentes rendues légèrement aseptiques par un mélange d'alcool, d'huile et d'essence de menthe poivrée et, dans le coryza, il fait des applications locales d'huile laudanisée.

Enfin, pour traiter les plaies et les ulcères, il use de topiques préparés avec du goudron, de l'huile camphrée et

(1) Communication à la Société de médecine de Nancy.

un peu d'opium et applique ensuite un pansement dont la propreté est assez grande.

Telle est, résumée en quelques mots, la science médicale de notre confrère de Canton. Il a une grande confiance dans ses médications et sait les imposer à ses nombreux clients, mais, la plupart du temps, il aide la nature qui se charge de la guérison définitive.

N'en est-il pas quelquefois de même de la médecine occidentale ?

CORRESPONDANCE

Montpellier, septembre 1901.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez bien voulu reproduire, dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 27 août dernier, les principales conclusions de ma thèse : « Aniline blanche et tuberculose » ou « Sur un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile d'aniline blanche redistillée et ses dérivés ».

Il s'est malheureusement glissé quelques erreurs typographiques que je vous demande la permission de relever :

Dans la formule I, vous me faites dire :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	5	cent. cubes.
Eau boriquée saturée (à 4 p. 100), bien redistillée	15	—
Alcoolature de menthe (à 4 p. 100) bien redistillée	2	—

Cette formule doit être modifiée de la façon suivante :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	5	cent. cubes.
Eau boriquée saturée à 4 p. 100	15	—
Alcoolature de menthe	2	—

La formule II :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	8	cent. cubes.
Eau boriquée saturée bien redistillée	12	—
Alcoolature de menthe à 4 p. 100 bien redistillée	2	—

doit être modifiée de la façon suivante :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	8	cent. cubes.
Eau boriquée saturée	12	—
Alcoolature de menthe	2	—

La formule III :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	12	cent. cubes.
Eau boriquée saturée bien redistillée	8	—
Alcoolature de menthe bien redistillée	2	—

doit être modifiée de la façon suivante :

Huile d'aniline blanche bien redistillée	12	cent. cubes.
Eau boriquée saturée	8	—
Alcoolature de menthe	2	—

Les trois formules portent : » Eau boriquée saturée à 4 p. 100 bien redistillée. » Que serait, en effet, de l'eau boriquée saturée à 4 p. 100 *bien redistillée*, sinon de l'eau distillée pure ne contenant pas d'acide borique ?

De même, l'alcoolature de menthe n'est pas à 4 p. 100, et *bien redistillée*. Ce n'est plus une alcoolature, elle ne donnerait que de l'alcool. (On sait que les alcoolatures se préparent avec partie égale de plante fraîche et l'alcool à 90 degrés. On laisse macérer dix jours, on passe avec expression et on filtre.)

Veuillez agréer, etc.

M[lle] ÉVA ABRAMOVITCH,
Docteur en médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation du Val-de-Grâce. — Le concours de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Jacob et Bonnet, le concours de médecine par la nomination de M. Bernard.

Distinctions honorifiques. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les médecins-majors de première classe Cordier et Ricoux ; M. le médecin-major de deuxième classe Vincent.

Au grade de chevalier : M. le médecin-major de première classe Géhin ; M. le médecin-major de deuxième classe Chêne ; M. le médecin aide-major de première classe Marmey.

Guerre. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'École du service de santé militaire (concours 1901) :

1. MM. Hugel, Rayont, Delahousse, Croidieu, Laloy, Chatain, Renaud, Laboucle, Nicard, Tronché.

11. Causeret, Maillard, Roubaud, Hornus, Clerc, Perrier, Saupiquet, Rudier, Dufils, Paitre.

21. Moynet, Bloch, Guionie, Chauliac, Thivol, Malmonte, Droubet, Boyé, Mahaut, Cordier.

31. Cazeneuve, Martin, Sanson, Groc, Trèves, Talpain, Péridier, Biros, Pernin, Caudiotti.

41. Reynaud, Rigal, Duteil, Geay, Perdrizet, Pillot, Rollin, Zemb, Bargeton, Eybert.

51. Diza, Larroque, Ortal, Maudoul, Clion, Hornus, Cazottes, Frantz, Cathala, Jaumies.

61. Destelle, Guillois, Marion, Louis, Pouchet, de Sauvejunte, Orticoni, Kœnig, Quérieux, Simonin.

71. Royer, Coulon, Vuillemot, Turcan, Fulcrand, Charton, Grondone, Salettes, Rémy, Pérol.

81. Gottenhieny, Beaumont, Dellys, Ducas, Regnault, Balme, Lemonon, Charrier, Fonssagrives, Dez.

91. Peutot, Sailly, Baittou, Yvers, Augé, Garry, Villard, Vergnes, Le Petit, Dorange.

Les 50 premiers candidats reçus devront se présenter à l'École le vendredi 25 octobre prochain, à huit heures du matin, et les 50 autres le même jour, à deux heures précises du soir.

La peste à bord du « Sénégal » au Frioul. — Le paquebot *Sénégal* parti le 14 septembre de Marseille avec 186 touristes pour une croisière scientifique organisée dans le Levant par notre confrère « la Revue générale des sciences » vient de revenir au Frioul avec deux cas de peste bubonique qui se sont déclarés dans l'équipage. Les passagers ont été débarqués au Frioul.

Parmi eux se trouvent 19 médecins et entre autres le professeur Terrier, les docteurs Bucquoy, Chauffard et Richardière, médecins des hôpitaux.

L'état sanitaire parmi les passagers est excellent.

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 111. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 26 SEPTEMBRE 1901. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Pronostic, complications et traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, d'après M. le docteur Octave Ratier. — Médecine pratique. Du traitement des accès de fièvre palustre par un mélange iodo-ioduré; — Le traitement de la toux utérine; — Revue de la Presse. *Médecine :* Injections intra et extra-durales de cocaïne dans le traitement de la sciatique; valeur comparative des deux méthodes; résultats immédiats et tardifs; — Le traitement de la dysenterie; — *Chirurgie :* Les ruptures spontanées ou traumatiques des hydrocèles de la tunique vaginale; — Effondrement syphilitique du nez; prothèse par l'injection de vaseline; — Fracture récente de la rotule traitée par la suture des ailerons; — Quelques expériences physiologiques sur l'eau oxygénée; — *Rhinologie* : L'ozène dans les sinusites; — *Médecine navale :* Les dangers pour la santé à bord des paquebots; — *Médecine tropicale :* Le bain de pieds à la créole dans le traitement de la fièvre jaune; — *Médecine légale :* Les actes testamentaires des paralytiques généraux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

PRONOSTIC, COMPLICATIONS ET TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LES ENFANTS

D'après M. Octave Ratier (1)

La fièvre typhoïde a généralement une réputation de bénignité chez les enfants, et tous les traités classiques la décrivent comme telle. Cette réputation est très exagérée, ainsi que le montre M. Ratier dans une thèse fort documentée, et la plupart des complications que présente la dothiénentérie de l'adulte peuvent se rencontrer chez l'enfant avec une moindre fréquence, mais avec la même gravité.

Complications intestinales. — L'enfant comme l'adulte peut présenter au cours de la fièvre typhoïde des complications intestinales. Ces complications apparaissent à tout âge et semblent frapper surtout le sexe masculin.

Les hémorragies sont peu fréquentes, leur moment d'apparition est variable, vers la deuxième ou troisième semaine. L'hémorragie présente les mêmes variations que chez l'adulte comme aspect et quantité. Ce qui la différencie de celle de l'adulte, c'est surtout sa fréquence.

Quant au pronostic, il est bénin, disent tous les auteurs; Trousseau exagérait peut-être même cette bénignité.

Une récente statistique publiée aux Enfants-Malades par M. Costinesco montre, en effet, que si sur 762 fièvres typhoïdes 22 seulement présentèrent des hémorragies, 10 d'entre elles furent mortelles.

De même pour la perforation intestinale. Elle se montre surtout à la période d'état et intéresse particulièrement l'iléon. Dans ces trois dernières années, plusieurs cas, suivis de mort, ont été apportés à la Société de pédiatrie par MM. Variot, Barbier, Comby et Auvray.

(1) Th. de Paris, 1901.

Les *complications cardiaques* dans la fièvre typhoïde sont aussi plus fréquentes qu'on ne le croit communément. Elles demandent à être recherchées avec autant de soin que dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'examen répété du pouls donne d'ailleurs d'excellents renseignements. Dans 30 cas où le pouls n'a jamais dépassé 110, la maladie s'est terminée par la guérison ; sur 70 malades chez lesquels il a été au-dessus de 110, il y a eu 21 morts, soit 30 p. 100 (statistique Murchison).

La myocardite se montre dans le cours ou à la fin du premier septénaire. Elle se traduit tout d'abord par un affaiblissement du premier bruit qui s'assourdit et dont l'intensité devient égale à celle du second bruit. Le pouls est encore bon, il ne dépasse pas 110. Puis, pendant le troisième septénaire, ces signes s'aggravent, le nombre des pulsations atteint 120, 130 et le rythme fœtal fait son apparition. Les signes généraux peuvent alors se montrer; cyanose, collapsus.

On a encore pu noter de l'arythmie, du bruit de galop, des bruits de souffle.

Les cas de myocardite avec terminaison fatale ne sont pas rares (Barbier, Pouillot, Bacaloglu).

La péricardite est relativement assez fréquente (Stokes, Griesinger, Leudet, Blache, Cadet de Gassicourt). Elle peut exister seule, être sèche, avec épanchement ou purulence; elle apparaît vers la fin du deuxième septénaire ou pendant le troisième avec les signes classiques.

L'endocardite peut survenir au cours ou à la fin du deuxième septénaire. Elle atteint les orifices mitral ou aortique, quelquefois les orifices tricuspides ou pulmonaires.

La mort subite est excessivement rare chez les enfants, et dans la convalescence elle est à peu près inconnue (Parrot).

Chez l'enfant, d'une façon générale, le cœur se défend mieux que chez l'adulte parce qu'il n'est adultéré ni par l'alcool ni, en général, par d'autres maladies toxi-infectieuses.

Mais chez l'enfant comme chez l'adulte, le cœur touché par la fièvre typhoïde reste pour l'avenir dans un état d'infériorité physiologique réelle.

Complications nerveuses. — Il n'est guère de maladies infectieuses au cours desquelles on n'ait constaté des accidents nerveux. La fièvre typhoïde n'échappe pas à cette règle, et si les enfants n'ont pas des antécédents personnels qui créent en eux un terrain favorable, ils sont souvent prédisposés par une hérédité nerveuse, alcoolique ou syphilitique.

C'est surtout au moment de la convalescence qu'on a noté des troubles nerveux.

Il peut exister des troubles de la motilité, paraplégie, monoplégie, hémiplégie; on a même observé de l'aphasie, de la sclérose en plaques, de l'incoordination des mouvements; des névrites, des paralysies n'épargnant pas les sphincters.

On peut constater des troubles de la sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie, des troubles trophiques, etc.

Les méningites à bacilles d'Eberth ne sont point rares, non plus que la fièvre typhoïde simulant la méningite cérébro-spinale (Netter).

Autres complications. — Quoique les complications intestinales, cardiaques et nerveuses soient les plus fréquentes chez les enfants au cours de la fièvre typhoïde, ce ne sont pas les seules qu'on puisse rencontrer.

Du côté du tube digestif, la stomatite ulcéreuse, porte ouverte aux infections secondaires, les aphtes. Dans un autre ordre d'idées, le coryza, les otites, le laryngo-typhus. Les abcès musculaires, les furoncles, les escharres; les ostéomyélites typhiques et post-typhiques, les complications du côté des reins.

M. Hutinel a décrit du côté de la peau une complication qu'il n'a observé que dans des cas particulièrement graves, lors d'une épidémie en 1889.

Cette éruption est constituée par des macules irrégulièrement arrondies ou ovalaires d'un rouge vif, présentant parfois un léger relief. Ces taches s'effacent sous le doigt. En certains points elles sont confluentes et forment des placards.

Elles siègent sur les mains, les avant-bras et les coudes, les genoux, les jambes et les fesses, d'une façon symétrique. La face est rarement envahie.

Cette éruption légèrement douloureuse dure quatre à cinq jours et s'accompagne de fièvre. Les enfants sont dans un état de faiblesse et de prostration qui indique un processus infectieux grave.

La gravité de ces érythèmes est en raison directe de l'intensité des phénomènes généraux.

Parmi les complications de la convalescence, il faut encore craindre les rechutes qui peuvent être simples ou multiples et s'accompagner des mêmes complications que pendant la première atteinte de la fièvre typhoïde.

En présence de ces complications d'ordre varié et de gravité variable qui atteignent l'enfant au cours de la fièvre typhoïde, il est tout naturel de considérer cette affection comme une maladie grave, plus grave qu'on ne la considère d'habitude.

Le *pronostic*, si l'on se base sur l'étude des plus récentes statistiques, doit donc être très réservé.

« J'ai vu des enfants, dit Jules Simon, présenter pendant quatre à six jours des symptômes prodromiques peu accusés; rien ne paraissait inquiétant; à peine était-on en droit de supposer une fièvre typhoïde, quand tout d'un coup éclatait l'appareil symptomatique le plus effrayant: cris, délire, hallucinations, mouvements désordonnés, fièvre horrible, le tout pendant parfois vingt-quatre heures, et l'enfant succombait dans la somnolence, l'épuisement et le coma, et l'autopsie révélait bien les lésions ébauchées de la fièvre typhoïde et non celles de la méningite. »

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. — Bain froid et bain tiède sont actuellement les deux procédés qui se disputent la faveur des thérapeutes.

Avant d'opter, il est bon de s'entendre sur ce que l'on appelle bain froid et bain tiède.

M. Louis Guinon l'a bien défini à la Société de pédiatrie (13 février 1900) :

« Brand, appliquant son procédé à des adultes, emploie et conseille des températures de 20 degrés, 18 degrés même; elles sont en général bien supportées. Mais l'esprit de la méthode n'est pas dans la seule température du bain; il est surtout dans l'indication posée par la température du malade, dans la périodicité des bains, dans leur mode d'application, etc. On applique donc encore la méthode de Brand quand on donne des bains moins froids que les températures qu'il préconise.

Or pourquoi ne doserait-on pas les balnéations comme on dose les médicaments? Est-ce que nous donnons aux enfants les médicaments actifs aux mêmes doses qu'à l'adulte?

Loin de là : eh bien! je dis que nous devons doser suivant l'âge, suivant le cas traité. Les températures de 20 degrés, 18 degrés, sont tolérées par l'adulte, qui sont trop violentes pour l'enfant : elles surmènent son système vaso-moteur, elles le font souffrir, le terrifient, au moins si on les applique d'emblée; alors elles peuvent être nuisibles, mais il n'est pas d'enfant en hyperthermie typhoïde qui ne supporte des températures de 27 et de 25 degrés.

Un bain à 27 degrés est déjà très froid; le bain à 18 degrés est glacé pour l'hyperthermique. Pour ma part, en dehors des cas où le cœur faiblissait, j'ai toujours vu le bain froid à 27, 25 degrés bien supporté. Mais il faut à cela deux conditions que je considère comme des plus importantes :

1° Que le bain froid soit appliqué dès les tout premiers jours, quand la température est établie depuis vingt-quatre heures au-dessus de 39 degrés;

2° Que l'on habitue l'enfant au refroidissement en le soumettant à des bains de plus en plus froids.

Je fais toujours donner le premier bain à 33 degrés, puis je fais abaisser plus ou moins vite suivant la température de l'enfant et suivant sa résistance à 30, 27, 25 degrés, de façon que le deuxième ou, au plus tard, au troisième jour de traitement, on ait atteint 25 degrés.

Je considère comme nécessaire la présence du médecin au premier bain, s'il ne dispose pas d'un personnel exercé. La friction, ou mieux le massage léger des membres, le refroidissement permanent de la tête avec une éponge ou une serviette mouillées sont pour moi des éléments utiles.

Enfin, il faut varier la température du bain suivant l'état du malade, la résistance et la ténacité de la fièvre (ce sont choses qu'on ne voit qu'à l'usage), enfin il faut varier sa durée suivant la ténacité de la température.

Il est incontestable que, malgré ces précautions, certains enfants tolèrent mal les bains froids : ce sont ceux dont le cœur fléchit, et cela est fréquent dans certaines épidémies; dans ces cas, la glace sur le cœur, la strychnine et la sparteine relèvent la tension et permettent de continuer les bains; quand ces moyens sont insuffisants, l'injection d'eau salée (50 à 100) augmente presque toujours la tolérance; dans les cas rares où le bain n'est pas supporté, alors je le remplace par les enveloppements froids.

Mais de ce que certains enfants sont réfractaires à cette méthode, je ne conclus pas à l'abandon, mais à l'atténuation, à l'adaptation, et c'est alors que les bains à 38 degrés, que conseille M. Netter, peuvent trouver leur indication. »

La manière de faire de M. Marfan est également très mé-

thodique : « Quand je suis appelé, dit-il (même séance), pour la première fois auprès d'un enfant atteint de la fièvre typhoïde, j'essaie toujours le traitement par la quinine. Quand il a été constaté que la température rectale relevée entre quatre et cinq heures de l'après-midi dépasse 39 degrés, je fais prendre, si l'enfant a plus de cinq ans : 0g75 centigrammes de bichlorhydrate neutre de quinine, en trois doses, chacune à une demi-heure d'intervalle. Le lendemain matin, j'examine le malade et alors de deux choses l'une : ou bien l'action de la quinine est évidente et se révèle par l'abaissement de la température d'au moins un degré, l'apaisement de l'agitation nocturne, l'aspect meilleur du visage; ou bien cette action favorable ne s'est pas manifestée. Dans le premier cas, je continue la médication par la quinine, qui est ainsi réglée : chaque jour la température rectale est prise entre quatre et cinq heures; si elle dépasse 39 degrés, je fais administrer de suite 0g75 centigrammes en trois doses, chacune à une demi-heure d'intervalle.

Si la température est à 39 degrés ou au-dessous, on n'administre pas la quinine.

Quand la quinine ne produit pas dès le premier jour l'abaissement de la température et la sédation des troubles nerveux, je mets en œuvre tout de suite, sans attendre, la médication par les bains froids. Celle-ci est réglée de la manière suivante :

Le premier bain est donné à 32 degrés pendant huit à dix minutes, trois heures après on prend la température rectale; si elle dépasse 39 degrés, on donne un second bain à 30 degrés, et ainsi de suite en abaissant progressivement la température du bain jusqu'à 25 degrés, sauf indication contraire. Le bain est dès lors toujours donné à 25 degrés. Il est rare que je donne des bains au-dessous de 25 degrés. La durée du bain est de huit à douze minutes. Lorsque la température a été prise trois heures après un bain, si on constate qu'elle est à 39 degrés ou au-dessous, on ne donne pas de bain, mais la température suivante est prise deux heures après.

En résumé, la température rectale est prise trois heures après chaque bain, et quand elle dépasse 39 degrés, le bain est immédiatement renouvelé; si elle est à 39 degrés ou au-dessous, le bain n'est pas donné, mais on prend la température rectale toutes les deux heures et dès qu'on a constaté qu'elle dépasse 39 degrés, on renouvelle le bain. »

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement des accès de fièvre palustre par un mélange iodo-ioduré.

Il est généralement admis aujourd'hui que la quinine n'a peu ou plus d'influence sur l'accès palustre lorsqu'elle est administrée au cours de l'accès. Aussi est-on d'accord pour la prescrire six à huit heures avant le moment où doit apparaître la fièvre. Mais dans les cas où l'accès ne peut être prévu, le médecin se trouve pris au dépourvu. Cette lacune regrettable dans la thérapeutique du paludisme vient d'être comblée par M. Regnault, médecin de deuxième classe de la marine.

Dans un très intéressant article (1), M. Regnault admettant que l'accès de fièvre palustre est produit par l'invasion d'une toxine, et rappelant d'autre part que les toxines sont détruites ou atténuées, *in vitro*, par un mélange iodo-ioduré, montre qu'il est logique de traiter l'accès de fièvre paludéen par un mélange iodo-ioduré.

(1) *Revue de méd.*, 10 sept. 1901.

Il a fait ses premiers essais sur lui-même, au Tonkin, alors qu'il était atteint d'accès de fièvre à forme gastrique bilieuse sur lesquels la quinine restait le plus souvent inactive. Dans les quinze minutes qui suivirent l'administration du mélange iodo-iodurée, les accès furent jugulés. Les mêmes résultats furent obtenus sur des malades indigènes et européens. M. Regnault cite même ce cas typique : un malade, sujet à de violents accès de fièvre qui durent habituellement quatre heures, est pris de frissons, il a 41°,2; on lui donne une cuillerée à café de solution iodo-iodurée dans un demi-verre d'eau; un quart d'heure plus tard, le malade accuse une vive amélioration et une sensation de bien-être : la température s'est abaissée à 40°6. On donne une nouvelle cuillerée à café de la solution iodo-iodurée; la température baisse rapidement; une heure plus tard, elle n'est que de 38°5 et elle ne tarde pas à revenir à la normale.

Les soldats d'infanterie de marine auxquels M. Regnault donnait le mélange avaient vite remarqué la rapide amélioration qu'il produisait et l'avaient baptisé : la *quinine brune*.

La formule employée par M. Regnault est la suivante :

Solution iodo-iodurée	Teinture d'iode......	ââ	4 gr.
	Iodure de potassium.		
	Eau distillée...........		100 gr.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau, au début de l'accès; une seconde cuillerée à café quinze ou vingt minutes plus tard, si l'amélioration tarde à se produire. Une cuillerée à café contient vingt centigrammes d'iodure de potassium et vingt centigrammes de teinture d'iode, c'est-à-dire un peu moins de deux centigrammes d'iode pur.

Dans les cas où le malade présente des vomissements, on ajoute un gramme d'éther à la première dose de solution iodo-iodurée.

Peu de temps après avoir pris le mélange, le malade peut boire du thé léger faiblement punché. S'il faut donner de la quinine pour éviter le retour d'un accès, on évite de la faire prendre dans la première heure qui suit l'absorption du mélange iodo-ioduré en raison de l'incompatibilité chimique de l'iode et de la quinine.

L'emploi de l'iode et des iodures contre le paludisme n'est pas une innovation; la plupart des auteurs qui ont écrit sur le paludisme le citent, mais ces auteurs ont préconisé le traitement iodé, tantôt *avant* les accès, tantôt seulement dans les cas de *paludisme* chronique (Boivet, Willebrand, Barilleau, Seguin, Cantali, Regnoli, L. Concetti).

En somme, on doit considérer la solution iodo-iodurée comme un complément de la quinine et du bleu de méthylène, non comme un succédané.

La quinine reste le spécifique du paludisme, mais elle doit être prise avant l'apparition de la fièvre, assez tôt pour entraver l'évolution du protozoaire. Le bleu de méthylène peut être un succédané passable de la quinine, mais doit être pris avant le début de l'accès.

La solution iodo-iodurée est indiquée au *début de l'accès* ou *pendant l'accès*, soit que la quinine prise antérieurement ait eu une action insuffisante, soit que, comme il arrive souvent, le malade n'ait pas prévu son accès et n'ait pas pris de quinine.

Le traitement iodo-ioduré n'empêche pas de prendre de la quinine ou du quinquina pour prévenir l'accès du lendemain ou des jours suivants; il faut seulement laisser le temps au mélange iodo-ioduré de disparaître en grande partie, avant d'absorber de la quinine ou du quinquina, pour éviter les incompatibilités chimiques de ces médicaments déjà signalées plus haut.

Le traitement de la toux utérine.

On observe très souvent, dit M. Pozzi dans son *Traité de gynécologie*, chez les femmes atteintes de maladies de l'utérus, en dehors de toute affection des voies respiratoires et sans que l'hystérie puisse être incriminée, une toux sèche, revenant tantôt par quintes, tantôt, au contraire, par émissions isolées, mais si fréquentes, qu'elle semble constituer une sorte de tic.

Cette toux sèche, un peu voilée, d'origine laryngée, qui peut apparaître sous toutes les influences génitales, même à l'occasion d'un coït, se montre assez souvent pendant la grossesse et peut être assez intense pour devenir un réel danger, soit qu'elle cause des vomissements répétés, soit qu'elle s'accompagne d'avortement.

M. L. Léon-Archambault, qui vient de consacrer à la toux utérine une très intéressante étude (1), donne d'utiles renseignements au sujet de son traitement.

On la calmera, dit-il, par le repos au lit ou sur la chaise longue, et on mettra en usage les calmants habituels, en particulier l'opium, qui a une action élective sur l'utérus, l'hamamelis ou le viburnum. Par exemple :

Teinture de Viburnum prunifolium	} *ââ*	xx gouttes.
Teinture d'Hamamelis virginica		
Elixir de Garus		20 grammes.
Eau de cannelle	} *ââ*	90 —
Eau de tilleul		

Pour une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

On se trouvera bien de l'application d'un ovule sédatif sur le col. Par exemple :

Extrait d'opium	} *ââ*	0g05 centigr.
Extrait de belladone		
Chlorhydrate de cocaïne..		
Glycérine	}	Q. S. p. un ovule.
Gélose		

Briquet (2) avait observé que certaines toux sèches, rebelles, survenant pendant une période d'aménorrhée, de préférence, cessaient complètement pendant le sommeil. C'est là une preuve de l'origine réflexe et nerveuse de cette affection, et on ne saurait trop chercher à amener une sédation du système nerveux par les préparations au chloral, les préparations bromurées. On essaiera le chanvre indien ou la préparation américaine connue sous le nom de bromidia, les formules à la valériane (extrait, poudre, teinture, tisane).

Au moment de la menstruation, la toux sera traitée par tout ce qui peut régulariser la fonction cataméniale. Pédiluves, sinapismes et ventouses sur les lombes, injections à 45 degrés avec la canule à double courant d'Auvard, — *avant*; Apiol (0g10 à 0g20), teinture d'iode (x à xv gouttes) ou, au contraire, ergotine et hamamelis — *après*.

Pour les laryngites consécutives et réflexes qui surviennent au début des règles, je me sers de fumigations avec :

Menthol	4 grammes.
Essence de Melaleuca	1 —
Huile d'olives	100 —

Une cuillerée à café dans une cuvette d'eau chaude.

L'asthme utérin relèvera des préparations à base de datura ou de belladone. Et c'est là que les sédatifs du système nerveux pourront être administrés, en particulier le chloral et le bromure ou l'association des deux médicaments.

Y a-t-il métrite, on fera disparaître la cause par des pansements appropriés : dans certains cas, on aura recours au curetage, qui a eu tant de vogue et dont on commence à reconnaître les abus. J'ai toujours eu à me louer personnellement du chlorure de zinc, que j'emploie, non pas en crayons, mais en badigeonnages, et je n'ai jamais vu d'atrésie. Pour le col, je me sers d'une solution à 50/50 ; et pour le corps d'une solution à 1/20. Ce médicament est caustique : il détruit bien les fongosités et est hémostatique.

S'il y a un polype, on l'enlève avec une pince ou avec l'anse galvanique, qui a l'avantage de ne pas faire saigner.

Dans les affections des annexes (non justiciables d'une opération, bien entendu), le repos et le massage constitueront les indications.

Puis, on ne se contentera pas seulement de traiter le symptôme, on recherchera la cause. Il faudra, dans certains cas, s'enquérir de la façon dont la malade se couvre, lui recommander de ne pas parler, et en tout cas de parler sans forcer la voix, de marcher lentement et de ne marcher que le ventre bien soutenu.

La toux vient-elle d'une déviation, on la traitera par les moyens appropriés : massages, hydrothérapie, repos moral et physique, seront d'abord prescrits. Pour l'antéversion, une ceinture de Glénard ou une ceinture à pelote, un pessaire de Hewitt ; pour l'antéflexion, les mêmes procédés, combinés quelquefois à la tige intra-utérine de Lefour. Pour la rétro-déviation, le pessaire de Gaillard Thomas, le pessaire de Hodge, le pessaire en traîneau ; pour l'abaissement, le pessaire de Dumontpallier, la pelote de Gariel ou l'hystérophore (qui est d'ailleurs un mauvais moyen).

Il faudra même se préoccuper des symptômes concomitants, comme la pleurodynie, les névralgies de toutes sortes, combattues au moyen des analgésiques nombreux que nous possédons, antipyrine, phénacétine, etc... Pour ma part, j'emploie deux procédés : d'abord des badigeonnages *loco dolenti* au moyen de la préparation suivante :

Menthol	1 gramme.
Sulfure de carbone	30 —

L'odeur de ce médicament est infecte, et l'effet est fugace : mais il calme assez bien. Puis je prescris des cachets de citrophène :

Citrophène	} *ââ*	50 centigrammes.
Bicarbonate de soude.		

pour un cachet. De un à trois.

Les palpitations seront combattues. La tendance à la névrose sera traitée par les douches, les bains, les bromures, l'isolement, la suggestion.

On pensera à la possibilité de voir apparaître une hernie à la suite d'une toux un peu persistante.

Enfin, pour résumer, on pourra, selon les conseils de Martinet (1), suivre les trois indications suivantes :

Diminuer l'excitabilité réflexe du centre bulbaire : l'opium, la morphine, les bromures, les pilules de Méglin, etc.

Agir sur le point de départ du réflexe : dans le cas qui nous occupe, on traitera l'utérus, la déviation, la grossesse, etc.

Agir sur les voies centrifuges : par la révulsion lombaire, par exemple, par une mouche de Milan placée sur le trajet du phrénique, etc.

Exercer une action inhibitrice centrale, ce qui regarde le médecin, qui devra exercer une suggestion sur sa cliente, ou lui imposer un milieu lui convenant.

Tels sont l'étude et le traitement de la toux utérine.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Injections intra et extra-durales de cocaïne à doses minimes dans le traitement de la sciatique. Valeur comparée des deux méthodes. — Résultats immédiats et tardifs. — MM. Du Pasquier et Léri, internes des hôpitaux de Paris, à

(1) *La Gynécologie*, 15 août 1901.

(2) Briquet. *Recherches sur l'hystérie*, 1859.

(1) Alp. Martinet. Les toux dites réflexes, *Presse méd.*, 23 janv. 1901.

la suite des tentatives qui ont été faites par un certain nombre de médecins pour appliquer la méthode de Bier aux affections médicales douloureuses, viennent de réunir tous les cas publiés jusqu'ici ainsi qu'un certain nombre de cas personnels. Ils nous apportent aujourd'hui les résultats tant immédiats que tardifs qu'ils ont pu réunir :

« Nous n'admettons, concluent-ils, que comme dernière ressource médicale l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne dans le traitement de la sciatique, même à la dose minime de 5 milligrammes, mais en préférant cependant les risques en somme minimes qu'elle fait courir, aux interventions chirurgicales comme l'élongation ou le hersage du sciatique au moins aussi pénibles et ne produisant pas toujours un effet plus sûr ; même dans ces cas nous éprouverons toujours la susceptibilité du sujet en n'augmentant que progressivement les doses et ne dépassant pas à la première injection la dose de 5 milligrammes qui peut, parfois, donner des résultats inespérés. Toujours nous essaierons d'abord la voie épidurale qui, avec de moindres inconvénients, nous paraît devoir donner des résultats souvent meilleurs et surtout plus persistants que ceux de la morphine elle-même; de plus, il ne semble pas y avoir d'accoutumance; cependant, dans certains cas, la seconde injection fut assurément moins efficace que la première, et la troisième moins que la seconde. Nous injecterons donc dans le canal sacré 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 : cette dose sera souvent suffisante; parfois une injection plus forte pourra donner des résultats meilleurs, mais il faudra se limiter à des quantités faibles pour qu'elles soient innocentes si l'on ne veut s'exposer à des mécomptes et à des accidents d'intoxication comme la cocaïne en a provoqué par quelque voie qu'elle ait été absorbée ; le fait que dans le canal sacré se trouve un abondant plexus veineux devra rendre d'autant plus circonspect. Quant à la dilution, nous ne croyons pas qu'il y ait intérêt à l'étendre trop et il nous semble que l'alcaloïde doit agir sur place au contact des troncs nerveux beaucoup plus que par dissémination vasculaire, il pourra y avoir tout intérêt à se contenter de la solution ordinaire à 1 p. 100. Ces conclusions sont en somme des conclusions d'attente : elles sont basées sur un nombre de faits encore restreint, mais comme dans toute méthode qui débute, seule l'accumulation des faits et le rapprochement d'observations multiples permettent d'arriver à des conclusions plus générales. Il nous a paru que ces quelques observations pourraient peut-être servir utilement aux essais thérapeutiques tentés à l'avenir dans cette voie. » (*Bull. gén. de thér.*, 15 août 1901.) L. G.

Le traitement de la dysenterie. — M. Mackensie, qui exerce à Durban, a essayé trois modes de traitement de la dysenterie. En premier lieu, l'ipéca qui ne lui a donné que des déboires. Car il est souvent fort difficile au patient de le garder. (L'auteur ne semble pas avoir employé l'infusion de racine d'ipéca, mais la poudre.) En second lieu, l'huile de ricin unie au salicylate de soude. En troisième lieu, le sulfate de magnésie, joint au sulfate de quinine et au bichlorure de mercure (1 demi-milligramme). C'est ce dernier traitement qui lui aurait donné les meilleurs résultats. (*Arch. de méd. navale*, juillet 1901.) L. T.

CHIRURGIE

Les ruptures spontanées ou traumatiques des hydrocèles de la tunique vaginale. — MM. Mauclaire et Vinsonneau, ayant observé à quelques jours de distance deux cas de rupture d'hydrocèle de la tunique vaginale, ont recherché à ce sujet les observations publiées antérieurement.

Ils en ont retrouvé une trentaine, ce qui montre que ces faits ne sont pas exceptionnels.

La rupture se produit généralement là où les lésions de la séreuse forment un point faible, c'est-à-dire un point d'appel pour la rupture. La vaginale dans les deux cas de M. Mauclaire présentait de petites plaques de crétification et de dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique permit à M. Milian de dire que la rupture était probablement due dans un cas à la dégénérescence hyaline de la sclérose conjonctive.

D'une façon générale, les causes de rupture peuvent se ramener à trois : traumatismes, efforts musculaires et rupture spontanée. Celle-ci peut être due à un processus de dégénérescence.

Ces causes peuvent d'ailleurs s'associer et un traumatisme léger peut précéder une rupture spontanée imminente.

Les symptômes sont : douleur, disparition de l'épanchement, œdème sous-cutané, ecchymose consécutive et symptomatique d'une hématocèle pariétale.

Le diagnostic est facile, tout au plus pourrait-on penser à une infiltration d'urine ou à un éléphantiasis scrotal. Le traitement consiste dans l'incision de la vaginale, son excision et celle des tissus infiltrés. Reverdin et Poncet conseillent d'attendre la résorption du liquide infiltré. M. Mauclaire a préféré agir plus rapidement à cause de la douleur causée par la distension. (*Annales des mal. des org. gén.-urin.*, août 1901.) F. R.

Effrondrement syphilitique du nez; prothèse par l'injection de vaseline. — M. Jaboulay a présenté à la Société de chirurgie de Lyon un malade auquel il avait fait d'abord une incision médiane du nez pour appliquer le trépied de M. Martin. Au bout d'un mois l'appareil perfora le tégument. M. Jaboulay a essayé alors le traitement de Gersuny qui fait une prothèse modelante en injectant de la vaseline chaude qui se solidifie par le refroidissement. M. Jaboulay a injecté il y a vingt-quatre jours 2 centimètres cubes et a ainsi un peu amélioré la forme du nez. (*Lyon méd.*, sept. 1901.) F. R.

Fracture récente de la rotule traitée par la suture des ailerons. — M. Batut a présenté, à la Société de chirurgie de Lyon, un malade qui tomba dans un escalier de la caserne et ne put se relever. A l'examen fait le jour même, hémarthrose considérable, fracture transversale de la rotule à sa partie moyenne. Le lendemain, large incision en U mettant à découvert tout le genou, écart des fragments de 2 centimètres, déchirure des ailerons dans l'étendue de 2 à à 3 centimètres. Nettoyage aseptique, suture au catgut, à l'éther, au sublimé 1 p. 100, suture périostique, sutures cutanées.

Le malade commence à marcher après trente-cinq jours; le massage et l'électrisation accélèrent le bon résultat. Après six mois, état fonctionnel parfait.

A la même séance, M. Ruotte a présenté un malade qu'il a traité pour une fracture de la rotule avec déchirure très large des ailerons. Anesthésie, opération sans Esmarch, nettoyage à sec, suture à points séparés des ailerons qui amène le contact parfait des fragments. Le périoste rotulien est également suturé. Mobilisation commencée un mois après le traitement; résultat parfait. (*Lyon méd.*, sept. 1901.) F. R.

Quelques expériences physiologiques sur l'eau oxygénée. (M. A. Vigot). — L'eau oxygénée a pris en chirurgie, depuis les travaux de M. J. Lucas Championnière, une telle extension que dans les hôpitaux de Paris elle est passée de quelques litres à 16.000 litres pour l'année 1900. L'Administration a même demandé aux chirurgiens des hôpitaux s'il n'y aurait pas un moyen de diminuer cette consommation. Devant ce succès si rapide, M. Vigot se demande si l'eau oxygénée, antiseptique puissant incontestablement, est également non toxique et non irritante.

Il s'est livré à un certain nombre d'expériences et dans

ses conclusions il ne se montre pas tendre pour l'eau oxygénée.

« La conclusion de ces expériences, c'est que l'eau oxygénée *intus*, à petite dose, ne paraît pas dangereuse. Elle est *certainement* très dangereuse à forte dose.

Elle attaque le catgut ; si l'on choisit de l'eau oxygénée comme un antiseptique courant, il faut employer la soie pour les ligatures et les sutures. » (*Année méd. de Caen*, 10 s pt.)

L. G.

RHINOLOGIE

L'ozène dans les sinusites. — M. JUAN E. TORRENT fils (de Buenos-Ayres) publie plusieurs observations, d'où il conclut :

1° Que l'ozène dans quelques cas n'est qu'un syndrome entretenu par une suppuration localisée dans la cavité nasopharyngienne ;

2° Que les symptômes atrophie, fétidité, croûtes, ne peuvent être exclusivement considérés comme le produit d'une cause unique.

On sait qu'en pathologie les mêmes symptômes peuvent être déterminés par des causes distinctes et qu'elles ne se distinguent entre elles que par les nuances de groupement et de subordination de ces symptômes.

J'incline donc à croire, dit M. Juan E. Torrent, à l'existence d'ozènes essentiels. La bactériologie en dira le dernier mot, mais il y a un certain nombre de syndromes d'ozène, la plupart de cas justiciables de traitement par l'éloignement de la cause, l'ozène réel étant rebelle suivant la définition classique. (*Rev. hebd. de lar.*, *otol. et rhin.*, n° 38, 1901.)

S.

MÉDECINE NAVALE

Les dangers pour la santé à bord des paquebots. — Ces dangers peuvent être classés, d'après ANDERSON, de la manière suivante :

Classe A. — Contagion par :

1° Compagnons de cabine tuberculeux ou atteints d'une affection cutanée ;

2° Absence d'un hôpital approprié pour les passagers et les marins malades. (M. Anderson cite le cas d'un paquebot à bord duquel deux malades, si gravement atteints que l'un d'eux mourut, occupaient une cabine aérée par le salon.)

3° Dispositions peu appropriées au rapatriement des troupes malades ;

4° Parcs à bestiaux et ménageries placés sur le pont au-dessus de certaines cabines ;

5° Water-closets placés dans l'entrepont ; refoulement par le mauvais temps ;

6° Contagion par crachats desséchés sur le pont. « Cette habitude malpropre n'a guère cours à bord des paquebots anglais et américains ; sur d'autres (sans doute les français), les officiers et le capitaine lui-même donnent l'exemple. » M. Anderson a bien raison de s'élever contre ce défaut qui, chez nous, même dans les classes élevées, est par trop répandu ;

7° Contagion par l'eau impure prise à bord aux ports de relâche ;

8° Contagion par les aliments ou les boissons achetées à terre ;

9° Miasmes dans le port ;

10° Piqûres de moustiques.

Classe B. — Dangers d'une ventilation imparfaite.

Classe C. — Dangers venant de cabines mal appropriées au transport des passagers sur les cargo-boats.

Classe D. — Dangers résultant de la chaleur et de l'exposition aux rayons du soleil et de la lune sous les tropiques et dans la zone torride.

Classe E. — Dangers provenant du manque d'exercice.

Classe F. — Dangers résultant d'une médication non contrôlée.

Classe G. — Dangers d'être placé entre les mains de médecins inexpérimentés. (*Arch. de méd. navale*, juillet 1901.)

L. I.

MÉDECINE TROPICALE

Le bain de pieds à la créole dans le traitement de la fièvre jaune. — D'une étude très documentée sur le traitement de la fièvre jaune par M. Just TOUATRE, ancien médecin de la marine, nous extrayons les détails qui suivent sur le bain de pieds créole, la base de toute thérapeutique de la fièvre jaune aux Antilles et en Amérique :

« Généralement, dit-il, à la Nouvelle-Orléans, lorsque le médecin fait sa première visite, on a déjà donné au malade un bain de pieds à la créole. Si ça n'a pas été fait, vous l'ordonnez et si on ne sait pas le donner, vous le donnez vous-même.

Voici comment on procède :

Vous remplissez un bain de pieds à moitié, avec de l'eau chaude, assez chaude ; puis vous délayez, dans de l'*eau froide* une livre de moutarde, fraîchement moulue, que vous versez dans le bain de pieds.

Vous mettez le bain de pieds dans le lit, le malade restant couché, ne soulevant que ses jambes et ses pieds qu'il arcboute et plonge dans le baquet.

On recouvre le malade et le baquet de deux ou trois couvertures de laine, et toutes les trois ou quatre minutes, en soulevant les couvertures, on ajoute au bain de pieds deux ou trois verres d'eau très chaude, presque bouillante.

Il faut que le bain soit très chaud ; il ne faut pas qu'il brûle les pieds, mais il faut que la chaleur et la moutarde produisent une forte révulsion que le malade doit supporter jusqu'à ce que la douleur soit trop vive.

La chaleur de ce bain chauffe le malade comme un bain de vapeur, sous les couvertures. Le patient transpire abondamment, sa face et tout son corps se couvrent de sueurs et, pendant huit à dix minutes, vous entretenez cette sudation, en ajoutant toujours de l'eau bouillante dans le bain de pieds, et en faisant boire au malade une infusion aromatique chaude.

Ce bain de pieds, bien appliqué, produit une diaphorèse énorme ; il se fait une détente dans les phénomènes congestifs très marqués et très favorable. La céphalalgie, la rachialgie semblent disparaître.

J'ai pu par moi-même juger de la bonne action de ce bain de pieds et, depuis 1866, je l'ai toujours prescrit à mes malades, au début de la maladie, et j'ai toujours eu à m'en louer.

Si le médecin le croit utile, si surtout le malade est très sanguin et si les phénomènes de congestion sont très accentués, on pourra renouveler ce bain deux ou trois fois dans les premières vingt-quatre heures de la fièvre jaune.

Lorsque la révulsion est très douloureuse, qu'elle n'est plus tolérable et que la transpiration est profuse, on retire du lit le bain de pieds, et pendant un quart d'heure on laisse le malade transpirer, recouvert de deux ou trois couvertures.

Puis on essuie le malade vivement, pour le mettre à sec. On enlève draps et couvertures mouillés, et on passe sous le malade une couverture de laine légère et sèche dans laquelle on l'enroule tout nu.

Je laisse, pendant les trois premiers jours, le malade sans aucun vêtement sur lui, sans gilet de peau, sans chemise, de façon qu'on ne le fatigue pas à l'habiller et à le déshabiller quand on le lotionne. » (*Arch. de méd. navale*, 1900, n° 10.)

F. R.

MÉDECINE LÉGALE

Les actes testamentaires des paralytiques généraux, (M. ROUBY). — Lorsque la paralysie générale est certaine,

lorsque la mort est survenue après les diverses phases connues de cette affection, confirmant le diagnostic qui pouvait être douteux au début, tous les actes testamentaires, toutes les donations entre vifs ou autres dudit malade, seront déclarées non valables.

Les lésions du cerveau et de ses enveloppes, qui peuvent manquer dans les pseudo-paralysies, notamment dans les progressions alcooliques, ne manquent jamais dans les paralysies vraies, et peuvent être prouvées à l'autopsie. Or ces lésions amènent dès le début un affaiblissement et un trouble des facultés intellectuelles qui vicient tous les actes signés par le malade pendant la durée de l'affection, même pendant les rémissions. (*Ann. méd. psych.* sept.-oct. 1901.)

N.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

IIIe Congrès périodique de gynécologie obstétrique et pédiatrie (Nantes, 23-28 septembre). — Le Congrès s'est ouvert le 23, à deux heures, dans le Palais de la Bourse, à Nantes. Des discours ont été prononcés par M. Saradin, maire ; M. Sevestre, président du Congrès ; M. Queirel et M. Malherbe, directeur de l'École de médecine de Nantes.

Faculté de médecine de Paris. — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1901-1902, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre 1901.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ; 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté (soit à l'Académie de médecine, soit à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu).

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

La lutte contre la tuberculose dans les chemins de fer. — Le ministre des Travaux publics vient d'adresser aux Compagnies de chemins de fer une circulaire afin de leur indiquer les moyens les meilleurs pour combattre la propagation de la tuberculose parmi leur personnel.

La sélection résultant de l'examen médical qui est la condition essentielle de l'admission dans le personnel des Compagnies a pour premier effet de réduire au minimum le nombre des agents atteints de cette maladie.

Pour ceux, néanmoins, qui sont frappés après leur entrée en fonctions, le ministre des Travaux publics rappelle les mesures déjà en vigueur sur certains réseaux, comme, par exemple, toutes les fois où il est possible, la substitution du travail en plein air au travail de bureau.

Il insiste, en outre, pour que les Compagnies, sans entreprendre la construction de sanatoria spéciaux, dont la nécessité n'est pas démontrée, apportent leur concours pécuniaire aux sanatoria en voie de création, ou dirigent sur ceux déjà existants, aux frais de la caisse de secours, les agents malades.

Les cours gratuits de médecine militaire en Allemagne. — Des cours gratuits de perfectionnement ont été créés à Berlin pour les médecins praticiens ; cet enseignement s'est étendu à la médecine et à la chirurgie d'armée, auxquelles on a consacré, pendant les mois d'octobre et de novembre, quatorze conférences. En voici le sujet et le nom des conférenciers :

La lutte contre les épidémies en temps de guerre, professeur Koch. — L'hygiène de l'alimentation et de la boisson, professeur Kirchner. — La marche et le logement des troupes, docteur Schumburg, médecin principal de l'armée (Hannover). — Habillement et équipement, professeur Krocker, médecin principal de l'armée.

Premiers secours sur le champ de bataille. Asepsie et chirurgie en temps de guerre, professeur von Bergmann. — Plaies par armes à feu des membres, professeur Küttner (Tübingen). — Plaies par armes à feu du tronc, professeur König. — Plaies par armes à feu de la tête, professeur von Bergmann. — Plaies par instruments piquants et contondants, professeur A. Köhler, médecin principal de l'armée.

Organisation des services sanitaires, docteur Schjerning, médecin inspecteur de l'armée. — Transport et logement des malades en temps de guerre, docteur Werner, médecin inspecteur de l'armée. — Soins à donner aux malades en temps de guerre, docteur Schaper, médecin inspecteur de l'armée. — Statistique sanitaire en temps de guerre, docteur Kübler, médecin principal de l'armée.

Si pareille mesure était prise à Paris, nous sommes convaincus qu'elle serait un succès. (*Le Caducée.*)

Le pape et la bactériologie. — Le docteur Lapponi, médecin du pape, est entré, récemment, avec une cassette mystérieuse et quelques appareils dans l'appartement particulier du pape. Certains dignitaires s'en étaient émus, croyant qu'il s'agissait d'une nouvelle opération. Leur alarme était sans fondement. Sur le désir du pape, le docteur Lapponi avait apporté un microscope et une petite collection de cultures de microorganismes. Il a montré au pape plusieurs bactéries, telles que le pneumocoque, agent de la pneumonie ; les hémosporides de la malaria, les bacilles de la diphtérie, de la tuberculose, etc.

Le pape a suivi avec beaucoup d'intérêt les démonstrations bactériologiques de son médecin. (*Le Rappel.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chemin, médecin de deuxième classe de la marine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Capsules Dartois

Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune **0,05** de **VÉRITABLE CRÉOSOTE DE HÊTRE** dissoute dans 0,20 d'huile de foie de morue, formule reconnue la meilleure. — Dose moyenne : 3 à chaque repas, ou matin et soir avec une tasse de lait ou de tisane.

(Bronchites, Catarrhes, Phtisie, Tuberculose)

Le flacon, **3 fr., rue de Rennes, 105, Paris,** et les principales pharmacies.

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST.
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, rue de Saintonge, PARIS, ET PH

ZÔMOTHÉRAPIE

ZÔMOL — Z — SUC DE VIANDE DESSÉCHÉ

LE ZÔMOL PLASMA MUSCULAIRE (Suc de Viande desséché)

PRÉPARÉ A FROID, renferme les précieux éléments reconstituants de la viande crue. Prescrit dans la *TUBERCULOSE*, la *NEURASTHÉNIE*, la *CHLOROSE*, l'*ANÉMIE*, la *CONVALESCENCE*, etc.

Trois cuillerées à café de Zômol représentent

LE SUC DE 200 GRAMMES DE VIANDE CRUE.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue ; — BÉRAL, 14, rue de la Paix, etc.

AIROL

Antiseptique interne et externe; le seul remplaçant avantageusement l'*Iodoforme*. Ne jamais hésiter à l'employer dans tous les cas où l'on aurait recours à l'*Iodoforme*.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des Plaies.
L'AIROL n'irrite pas les Muqueuses.

THIOCOL "Roche"

Spécifique contre la Tuberculose.

LE THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le Tube digestif.
LE THIOCOL est soluble dans l'eau.
LE THIOCOL n'a pas d'odeur.
LE THIOCOL n'est pas toxique. Il s'emploie sans inconvénients, à doses élevées et longtemps répétées.

VENTE EN GROS : *HERRMANN & BARRIÈRE*, 152, Rue St-Antoine, Paris.

EXPOSITION UNIVERSELLE, PARIS 1900 : MÉDAILLE D'OR

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(Bière de Santé Diastasée Phosphatée)

SEUL ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DIGESTIF par excellence. Le meilleur des *TONIQUES RECONSTITUANTS*

Le même au **GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX**. Le flac., 2 fr.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph

---

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
0 gr 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
19, Rue des Mathurins, PARIS

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES — CÉRÉBRINE de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès.
E. FOURNIER (Pausodun), 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris. Notices et Spécimens fco.

PURGATIF à la MAGNÉSIE — CHOCOLAT DESBRIÈRE — 1f 25 LA BOITE

Souverain contre la **CONSTIPATION.** Goût agréable. C'est le purgatif par excellence des enfants. *9, rue Le Peletier, Paris et Pharmacies.*

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph

N° 112. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1901. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson, par MM. E. WEILL, professeur de clinique des maladies infantiles à l'Université de Lyon, et M. PÉHU, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la bronchite. — REVUE DES THÈSES. Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus (M. Léon GRIMAUD); — La surcharge alimentaire cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson (M. Louis PIERRA); — Endothéliome des méninges. Étude histologique, clinique et patpogénique (M. DEVAUX); — Soixante-deux cas d'appendicite opérés (M. CHAPON). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson.

Par MM. E. WEILL, professeur de clinique des maladies infantiles à l'Université de Lyon,
et M. PÉHU, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Si les rétrécissements du pylore sont bien connus chez l'adulte, sous leurs différentes formes, aussi bien au point de vue symptomatique qu'en ce qui concerne leur étiologie et le traitement chirurgical, les sténoses de cet orifice chez le nouveau-né et le nourrisson, peut-être à cause de leurs caractères plus obscurs, ont suscité peu de travaux. En France, particulièrement, beaucoup de traités de pédiatrie, de pathologie interne les passent sous silence ou n'en font qu'une brève mention. Il y a cependant intérêt à les connaître : c'est principalement en s'appuyant sur les publications faites à l'étranger sur ce point, qu'on peut à l'heure actuelle en présenter une étude d'ensemble.

I

Historique. — D'après Ewald, c'est Pauli qui, le premier en 1839, aurait parlé de l'existence de la sténose pylorique chez le nourrisson et qui aurait signalé parmi ses conséquences ordinaires la dilatation de l'estomac. Une première observation en avait été cependant publiée par Martin en 1826; il s'agissait dans son cas d'une anomalie de développement de l'estomac, d'une absence de communication entre le pylore et le duodénum : mais l'auteur avait été frappé surtout par l'anomalie concomitante du système circulatoire et il laisse dans l'ombre ce qui a trait à la sténose orificielle.

Peu après les études de Pauli, paraissent des observations de Williamson (1841), Dawoski (1842), Sons (1859). Ces travaux restent d'ailleurs à peu près complètement ignorés jusqu'en 1879, où Landerer dans sa thèse inaugurale (Tübingen) étudie à nouveau la sténose pylorique congénitale manifestant ses effets dans l'adolescence et chez l'adulte. Cet auteur soutient en effet que nombre de dilatations de l'estomac ont une origine beaucoup plus lointaine qu'on ne peut le supposer d'abord : elles sont explicables, suivant lui, par un vice de conformation du passage pylorique, vice dont l'origine doit être cherchée dans la vie intra-utérine. Maïer, deux ans plus tard, reprend avec plus d'ampleur cette opinion et l'étaie en publiant 23 observations de cette maladie. La sténose pylorique chez le nourrisson même, avec ses caractères un peu particuliers, n'avait cependant pas encore préoccupé les auteurs.

C'est Hirchsprung qui, le premier, en 1887, au congrès de pédiatrie de Wiesbaden, communiqua deux observations de rétrécissement de l'orifice gastrique chez le nourrisson.

Peu de temps après se placent les recherches de Henschel (1891); puis un travail d'ensemble sur la question de Finkelstein (1896), de Monti (1897). Gran (de Christiania) étudie les modifications fonctionnelles de l'estomac à la suite du rétrécissement et insiste sur les différences résultant de l'atonie ou de la dilatation gastriques. Ces auteurs ont surtout pour but de décrire une forme particulière de la maladie, le *rétrécissement par hypertrophie des tuniques musculaires*.

A partir de ce moment, des publications diverses se font jour sur la question. C'est surtout la littérature étrangère qui est la plus riche en détails. Parmi les travaux allemands relatifs à ce sujet, on peut citer un article de Stern (1898) qui rapporte un cas d'hypertrophie musculaire de la région pylorique; l'auteur tenta une intervention chirurgicale, sans succès d'ailleurs. L'année suivante, W. Abell (d'Halberstadt), le premier, relate un résultat heureux dans une gastro-entérostomie pour une hypertrophie musculaire aussi. En 1899, également, Neurath réunit tous les cas parus jusqu'alors et en trouva un total de 41. Au XXIXe congrès de la Société allemande de chirurgie (avril 1900), Kehr relate deux observationt de la même maladie : dans les deux cas, une gastro-entérostomie fut pratiquée et amena la guérison des petits malades. Dans la discussion qui suivit la communication de Kehr, un chirurgien, Löbker, dit avoir tenté lui aussi deux fois l'entéro-anastomose avec une mort et un succès. Un autre fait de Hansy (1900) concerne un enfant de cinq ans et peut être rangé dans les observations citées par Landerer et Maïer. Il en est de même des deux autres cas, antérieurement publiés par Sonnenburg (1898) et Rosenheim (1899). Tout récemment au XXXe Congrès de chirurgie tenu à Berlin (avril 1901), Schmidt parle d'une guérison obtenue chez un nourrisson par la simple dilatation digitale du pylore.

En Angleterre, la forme due à l'hypertrophie musculaire

a été décrite par Pitt (1891), Thomson, Ashby (1897), Cautley, Rolleston et Hayne (1898), Batten, Still (1899). En 1900, dans le *British medical Journal*, Nicoll publie une observation de sténose diagnostiquée et guérie par l'intervention chirurgicale. Il rappelle les traits essentiels de la maladie. A ce propos Thompson cite encore brièvement quatre nouveaux cas de cette affection. Fisher (de Bristol) dit lui-même avoir observé cette variété de rétrécissement.

En Amérique, outre le cas d'Emerson (1890) concernant la sténose par vice de développement congénital, on peut mentionner les travaux de Schwyzer (1896), de Meltzer (1897) qui publie une étude d'ensemble sur l'hypertrophie musculaire du pylore, traite de la symptomatologie et surtout de la pathogénie de cette affection : le premier, il érige résolument en règle la gastro-entérostomie qui a été auparavant tentée par Willy Meyer (de New-York). En 1898, Van Valzah et Nisbet rapportent un fait de rétrécissement par malformation congénitale. La même année, en Italie, on peut citer une monographie de Durante (*La Pediatria*).

Les publications françaises sont relativement peu nombreuses. On s'est attaché surtout à décrire des cas ayant trait plutôt à des anomalies de développement de l'orifice pylorique, qu'à la sténose musculaire d'origine congénitale. Les traités des maladies de l'estomac font seulement mention du rétrécissement par hypertrophie musculaire sans y insister beaucoup. M. Bouveret, dans son livre (p. 547), cite les travaux de Landerer et Maïer précédemment mentionnés.

Dans une Revue générale sur la question, MM. Coyon et Legros (*Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 917) la signalent dans la classe des sténoses d'ordre intrinsèque, mais à titre exceptionnel. MM. d'Espine et Picot, dans leur récent livre des *Maladies de l'enfance*, parlent surtout des sténoses par hypertrophie musculaire dont ils admettent sans réserve l'existence autonome. Deux thèses de la Faculté de Paris, l'une de 1900 (E. Gillot), l'autre toute récente (A. Duval, Paris, 1901), publient à peu près toutes les observations qui en ont été citées. Quelques-unes cependant, parues en Angleterre dans les années 1900 et 1901, n'y sont point mentionnées. M. Brissaud (*Semaine méd.*, 1900, p. 415) établit un parallèle anatomique entre la linite plastique décrite par Brinton chez l'adulte et l'hypertrophie musculaire du pylore chez le nourrisson.

La réalité de cette dernière variété de sténose n'est pas admise par tous, cependant, avec une égale unanimité. Les premiers en Angleterre, Thompson, Still se demandent s'il y a vraiment une néoplasie, s'il ne s'agit pas plutôt d'un spasme simple des tuniques du pylore. Quelque temps après un auteur allemand, Pfaundler, assistant à la clinique du professeur Escherich, étudie l'état de l'estomac et du pylore sur le cadavre chez le nourrisson, insiste sur la grande variabilité des constatations que l'on peut faire à l'autopsie sur ce segment du tube digestif, malade ou non, et, finalement, conclut que l'interprétation donnée par les auteurs à la prétendue hypertrophie des tuniques musculaires est erronée et ne saurait être admise. Les recherches précises qu'il a faites pour battre en brèche les conclusions classiquement adoptées sont fort intéressantes et méritent d'être discutées (1).

Enfin, dans la classe nosologique des retrécissements pyloriques, quelle que soit son étendue, de quelque manière que l'on trace ses limites, il nous semble nécessaire de faire une place à une variété bien tranchée dans ses caractères sur laquelle nous avons récemment appelé l'attention : *le pylorospasme essentiel de la première enfance*. Avec ses symptômes bien tranchés, quoique peu nombreux, la bénignité constante de sa marche clinique, le pylorospasme, maladie essentiellement fonctionnelle, nous paraît, contrairement à l'opinion de Pfaundler, être bien distincte des cas de sténose par hypertrophie musculaire. L'exposé des symptômes qui lui sont propres justifiera, croyons-nous, cette manière de voir.

A l'heure actuelle les observations publiées de sténose pylorique chez le nouveau-né et le nourrisson sont au nombre de *soixante-dix* environ. Sur ce total, *quarante-huit* concernent des cas de rétrécissements par hypertrophie musculaire.

(1) Ces recherches de Pfaundler ont été résumées dans une revue critique de M. Romme (*Gaz. hebd.*, 5 mars 1899).

II

Symptomatologie. — D'une façon générale, qu'il s'agisse de sténoses pyloriques par vice de conformation congénital, ou relevant d'une autre cause, le tableau clinique peut être fixé comme suit dans ses grandes lignes :

L'enfant naît avec des apparences satisfaisantes sans vice extérieur de conformation. Le *sexe* importe peu. Quant aux *antécédents*, ils n'ont en général pas grand intérêt, exception faite pour certains cas dans lesquels, comme nous le verrons plus loin, on peut reconnaître une influence familiale (Henschel). Le symptôme, le premier en date, cardinal, est le *vomissement*. Celui-ci apparaît plus ou moins précocement, tout de suite après la naissance s'il s'agit d'une sténose complète de l'orifice pylorique entraînant une absence complète de communication entre l'estomac et le duodénum. Souvent, il s'écoule un certain temps pendant lequel l'enfant digère bien et présente des selles normales. Le vomissement se produit immédiatement après la tétée : l'expulsion est plus abondante que les régurgitations habituelles du nouveau-né ou du nourrisson ; elle a lieu, au bout d'un certain temps, en général un quart d'heure ou une demi-heure après la tétée. Elle est souvent copieuse ; comme elle ne se produit pas fatalement après chaque ingestion de lait, elle peut être constituée en grande partie par du liquide ayant séjourné dans l'estomac pendant un certain temps. Le lait est généralement caillé sous forme de grumeaux plus ou moins volumineux. Les fermentations secondaires lui donnent une odeur butyrique ou lactique parfois très accentuée. Celle-ci peut manquer d'ailleurs. Un caractère très important sur lequel les auteurs ont beaucoup insisté est l'absence de bile dans le liquide expulsé. Dans un cas seulement, Schwyzer a vu un mélange très net des matières colorantes de la bile avec le lait rejeté. L'un de nous a fait la remarque que le nourrisson vomissait rarement de la bile. Ce n'est que dans les cas de péritonite ou dans les circonstances qui s'accompagnent d'efforts mécaniques considérables, telle que la coqueluche, que la bile reparaît dans les matières vomies. L'absence de bile indique simplement un vomissement sans grand effort, tel qu'il se présente souvent chez le nourrisson. Il n'y a donc pas là un caractère bien significatif au point de vue de la sténose du pylore (1).

Avec le vomissement à physionomie spéciale coïncide une *constipation* plus ou moins marquée. Elle attire l'attention

(1) E. Weill. Communic. à la Soc. des sc. méd. de Lyon, 1900.

des parents au même titre que le vomissement. Les selles sont parfois dures, souvent d'aspect normal. Il n'en va pas toujours ainsi cependant et dans plusieurs cas classés sous la rubrique de sténose par hypertrophie musculaire, les auteurs signalent parmi les symptômes observés une diarrhée plus ou moins fréquente, tantôt jaune, glaireuse, tantôt verte. *A priori*, l'existence de la diarrhée s'explique mal s'il y a un degré plus ou moins accusé de rétrécissement du passage pylorique. Cependant on peut invoquer l'existence d'une catarrhe intestinal concomitant.

L'examen clinique du nourrisson donne des renseignements importants.

Ce qui frappe d'abord, c'est la *vacuité et la mollesse générale du ventre*. On perçoit en effet une sensation d'affaissement des anses intestinales qui sont comme collées et rétractées sur la colonne vertébrale.

Dans les sténoses à évolution lente surtout, on constate de la *dilatation stomacale*. Celle-ci n'est pas bien fréquente, cependant, et c'est plutôt théoriquement qu'on a signalé son existence. Car lorsqu'on étudie avec soin les observations publiées, on la trouve dans un nombre fort restreint de cas. Les principaux signes de cette dilatation manquent en effet; on sait d'ailleurs combien il est difficile d'affirmer son existence chez le nourrisson. Zucarelli, qui a étudié dans sa thèse (1), la situation anatomique de l'estomac chez l'enfant, insiste avec raison sur ce fait que cet organe est difficilement accessible à l'exploration extérieure : l'estomac est en effet recouvert en partie par le foie, en partie par le côlon transverse. Théoriquement, la dilatation est caractérisée par le son hydro-aérique, le clapotage. Or chacun de ces signes peut être dû à la présence du côlon transverse. Il faut donc être fort réservé pour admettre, cliniquement au moins, l'existence d'une ectasie gastrique chez un nourrisson. D'ailleurs celle-ci, comme le fait remarquer Stern (2), n'est pas d'une très grande fréquence dans les premiers mois de la vie à cause de la situation verticale de l'estomac qui se prête peu à la distension permanente.

Plus importante dans le diagnostic des sténoses, est l'existence de deux signes : les *contractions péristaltiques* et la *tumeur pylorique*. Les contractions ont été notées dans les cas de Nicoll (loc. cit.), de Hirchsprung (3), de Abel (4), de Batten (5). Elles ne diffèrent pas de celles qu'on constate à une période assez avancée des rétrécissements de l'orifice inférieur de l'estomac chez l'adulte. Quant à la tumeur, indice certain d'une hypertrophie musculaire, véritable myome pylorique elle a été mentionnée dans un petit nombre d'observations [Hirschsprung, Finkelstein (6), Cautley (7), Abel, Batten Still (8)]. La tumeur est en général perçue dans la moitié droite de l'épigastre. Elle est assez superficielle, plus ou moins mobile. Son volume est celui d'une noix ou d'une noisette.

Dans nombre de cas, on note des troubles mécaniques et chimiques des fonctions stomacales.

La *motricité* de l'estomac est souvent troublée. Finkelstein, et surtout Gran (loc. cit.), qui ont étudié ces modifications de la musculature stomacale, leur attribuent une importance considérable dans la symptomatologie de la sténose et admettent que, suivant que ces modifications sont plus ou moins accentuées, on constate soit une atonie simple, une gastroparésie, soit une dilatation dont l'existence, suivant eux, doit être décelée surtout par la réplétion constante de l'estomac et par le niveau du point où l'on peut, par la palpation extérieure, percevoir le bout inférieur d'une sonde enfoncée par l'œsophage dans l'estomac.

Quant aux modifications dans le *chimisme gastrique*, elles ont été été étudiées par Fenwicke, Finkelstein, Gran, Abel, Schwyzer. Tous ces auteurs mentionnent qu'on ne rencontre pas d'acide chlorhydrique libre, mais de l'acide lactique et des acides gras, qui prennent naissance sous l'influence des fermentations secondaires dont l'estomac est le siège. L'*examen microscopique* (Gran) démontre la présence d'une quantité plus ou moins grande de leucocytes, de globules graisseux. Il n'y a pas de cellules épithéliales de la muqueuse gastrique. Les micro-organismes consistent en coccis, diplocoques, tétragènes, bacilles coliformes ou sarcines.

Les autres constatations faites sur le petit malade ont une importance beaucoup moindre. Le *foie*, la *rate* sont quelquefois augmentés de volume.

L'auscultation des poumons révèle l'existence de râles fins aux bases, de râles muqueux disséminés (cas de Gran); mais en général les auteurs s'étendent peu sur les signes qu'on y constate. Les *urines* peuvent être rendues en quantité minime (Stern) : elles contiennent parfois de l'albumine avec cylindres (hyalins, granuleux et leucocytes dans l'observation III de Gran). L'oligurie est facilement explicable par la fréquence de vomissements et la diminution marquée de l'absorption intestinale.

L'ÉTAT GÉNÉRAL est plus ou moins altéré. Souvent on constate une perte de poids de plus en plus accentuée, de l'amaigrissement progressif, avec bientôt un état de marasme si les expulsions sont répétées et copieuses. Parfois, cependant, dans une catégorie de sténoses un peu particulières comme évolution, cet état général est bien conservé. Les observations sont peu riches sur l'évolution de la *température*, de même que sur des modifications de la *peau* (éruptions diverses, érythèmes, etc.) qu'on peut observer chez les nourrissons.

La DURÉE de cette affection est éminemment variable. S'il s'agit de rétrécissements dus à une malformation congénitale, la survie ne dépasse pas une semaine, d'autant que le vice anatomique de développement est à peu près inaccessible aux ressources de l'intervention chirurgicale. Dans les cas dus à une hypertrophie des tuniques de l'orifice pylorique, la durée est en moyenne de cinq jours à deux mois. Certains cas auraient eu une évolution beaucoup plus longue, six mois dans une observation de Hirchsprung, sept mois, un an dans deux faits rapportés par Henschel. Il n'est donc pas possible de fixer avec certitude une durée d'évolution en général pour les sténoses pyloriques.

La TERMINAISON de cette maladie est, dans la majorité des cas, la mort. Cependant, on a cité des guérisons sans interventions sanglantes (Henschel, Hirchsprung, etc.), ou après tentative de traitement chirurgical (Abel, Nicoll, etc.).

Tel est le tableau d'ensemble qu'on peut faire des sténoses pyloriques chez le nourrisson. Cependant, quelques particularités dans l'évolution de leurs catégories différentes permettent de décrire les FORMES CLINIQUES de cette maladie.

A. *Sténoses par vice congénital de développement*. — Dans ces

(1) ZUCARELLI. Th. de Paris, 1893-94.
(2) STERN. *Deuts. med. Wochens.*, 1898, p. 601.
(3) HIRCHSPRUNG. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1888.
(4) ABEL. *München. med. Wochens.*, 1899.
(5) BATTEN. *The Lancet*, déc. 1899.
(6) FINKELSTEIN. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896.
(7) CAUTLEY. *Brit. med. Journ.*, 1898.
(8) STILL. Pathol. Soc. of London, 17 fév. 1899.

cas, les troubles apparaissent dès la naissance. D'ailleurs, la symptomatologie est très fruste. L'enfant vomit tout ce qu'il ingère, sans que rien puisse être assimilé. Ces sténoses sont d'ordinaire à peu près complètes : il y a en réalité, dans la majorité des cas, absence de communication entre l'estomac et l'intestin. Aussi l'enfant présente seulement des vomissements contre lesquels toute tentative de médication échoue. Il évacue son méconium par l'anus, mais ultérieurement, il n'a absolument aucune selle. Le retentissement sur l'état général est rapide et très intense. La dilatation stomacale n'a pas le temps de s'établir. La durée moyenne de ces cas est en général de huit jours.

B. *Sténoses par hypertrophie pylorique.* — Dans les cas publiés par les auteurs allemands et anglais surtout, que nous avons mentionnés, cas dans lesquels on admet la présence d'une hypertrophie musculaire, les symptômes apparaissent quelque temps après la naissance, et ils se caractérisent bien mieux que dans la forme précédente. Par beaucoup de ses symptômes, cette variété se rapproche des rétrécissements pyloriques de l'adulte. Pendant une période variable, l'enfant est bien portant. Puis, au bout d'un mois à trois mois en général, quelquefois davantage (jusqu'à seize et dix-neuf mois dans les observations de Henschel), le vomissement apparaît avec les caractères que nous lui avons précédemment assignés. Il n'y a pas de constipation, mais l'enfant rend néanmoins quelques selles. Quelques observations signalent l'existence d'une tumeur correspondant à la région pylorique; d'autres mentionnent des ondes péristaltiques. Schématiquement, le tableau clinique est assez précis.

C. *Pylorospasme essentiel de la première enfance.* — Cette catégorie de cas n'a pas encore été signalée cliniquement. Il y a cependant un grand intérêt à la connaître. Nous avons appelé l'attention sur cette forme particulière des rétrécissements pyloriques, transitoire et passagère, essentiellement bénigne (1). En voici les principaux caractères.

Certains nourrissons en sont atteints quelque temps après la naissance, en général au bout de deux à quatre semaines. Le mode d'alimentation a peu d'importance; cependant, dans la majorité de nos cas, on pouvait incriminer l'allaitement artificiel, soit que celui-ci fût exclusif, soit qu'il figurât comme adjuvant dans l'allaitement au sein. La maladie se caractérise par des vomissements réguliers, faciles, sans odeur, sans signe aucun de fermentation, survenant dans un court délai, en général un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion du lait. A part ce vomissement on ne trouve pour caractériser la maladie que des signes négatifs. Il n'y a, en effet, ni dilatation gastrique, ni diarrhée ni tumeur pylorique ni mouvements péristaltiques de l'estomac. Le chimisme stomacal (2) renseigne peu sur la nature vraie du trouble observé : il n'y a pas d'augmentation notable du taux de l'acide chlorhydrique; la teneur élevée de l'acidité *totale* est facilement explicable par la stase gastrique. Seule, avec le vomissement régulier, coïncide une diminution progressive du poids de l'enfant. Il n'y a aucune altération de l'état général témoignant d'une infection ou d'une auto-intoxication d'origine digestive. L'appétit de l'enfant est normal, plutôt exagéré. Il n'y a pas d'érythème fessier, ni de broncho-pneumonie. On ne constate ni hypertrophie splénique ou hépatique, ni albuminurie. Le tracé de la température n'indique aucune fièvre et même témoigne d'un équilibre thermique parfait.

L'ensemble de la maladie indique bien un obstacle, transitoire d'ailleurs, au niveau du pylore. Il s'agit, d'après l'interprétation que nous en avons donnée, d'un spasme purement fonctionnel du sphincter pylorique, peut-être sous l'influence seule d'une hyperesthésie de la muqueuse au contact des aliments. En tous cas, on ne peut songer ni à une dysphagie causée par l'injection du lait de vache pur, qui se caractérise par un ensemble de symptômes bien différents; ni à l'hyperchlorhydrie, dont l'existence a été fort discutée chez le nourrisson (1); ni à l'existence d'un ulcère, fort rare chez le nourrisson (2); ou à une simple exulcération se traduisant par des hémorragies (hématémèses ou mélæna). La thérapeutique vient d'ailleurs facilement à bout de ces troubles : nous en parlerons à propos du traitement des sténoses pyloriques en général.

III

Pendant une période de temps assez longue, l'anatomie pathologique a été le seul point sur lequel insistaient les auteurs. Ils étaient, en effet, fort peu préoccupés par l'aspect symptomatique ; et dans les premières descriptions de sténoses pyloriques chez le nouveau-né ou le nourrisson, on trouve surtout des détails concernant l'autopsie.

Dans cette étude, il faut, comme au point de vue symptomatique, distinguer les différentes formes de rétrécissement ou de malformation de l'orifice.

Dans les arrêts ou vices de développement du pylore, les lésions les plus diverses peuvent être observées. M. Kirmisson (3) cite plusieurs cas relatés par Meckel dans son atlas d'anatomie pathologique. Dans la majorité, l'estomac se termine en un cul-de-sac complètement fermé au niveau du pylore. Von Ammon en rapporte ainsi quelques exemples (4). Cet auteur, à ce propos, insiste sur l'incurabilité absolue de la lésion, qu'explique suffisamment son anatomie pathologique. Dans sa thèse sur les imperforations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle, M. Ducros (5) dit que la sténose congénitale du pylore est très rare. « A peine, ajoute-t-il, avons-nous pu en recueillir trois cas : Dans le premier, la valvule pylorique est absente et l'orifice est entouré d'un tissu cicatriciel. Dans le second, le pylore forme un anneau de 25 centimètres de long, ne laissant passer qu'une sonde de moyen calibre. Le pylore était principalement constitué par l'épaississement de la tunique musculeuse; des plis radiés de la muqueuse stomacale rayonnaient visiblement vers le pylore. Il n'y avait pas la moindre trace d'ulcération ni d'inflammation. Dans le troisième, le pylore ne laisse passer qu'un crayon ordinaire : la muqueuse est saine et présente son aspect normal. » Mais l'auteur ne mentionne pas quelle a été l'évolution clinique

(1) E. Weill et M. Péhu. *Lyon méd.*, 9 déc. 1900. — Voir Th. A. Parizet, Lyon 1900-1901.

(2) D'après les recherches chimiques que nous avons entreprises à ce sujet, tandis que chez le nourrisson sain, l'acidité totale atteint son maximum (2,5 à 2,7 en moyenne), au bout d'une demi-heure, et décroît régulièrement ensuite, dans le pylorospasme, le chiffre maximum n'est constatable qu'au bout de deux heures et demie, et quatre heures après la tétée, on constate encore un chiffre élevé (1,8 à 2).

(1) Mathieu. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1896.

(2) A. Cade. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1898.

(3) Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.*

(4) Von Ammon. Anomalies de l'estomac, in *Die Angeborene chirurgische Krankeiten des Menschens*, p. 34.

(5) Ducros. Th. de Paris, 1894-95.

de ces cas, non plus que leur origine dans la littérature médicale. Dans les thèses de E. Gillot (1), de A. Duval (2) on trouve un certain nombre de cas de malformations de la région pylorique, qu'on peut définitivement classer dans la variété des sténoses orificielles. Le plus ancien est dû à Martin (1826) qui, à l'autopsie d'un enfant mort au bout d'un mois et demi, après avoir présenté des vomissements de plus en plus prononcés, trouva un changement de situation de l'estomac : celui-ci était entièrement placé dans l'hypocondre droit. L'auteur insiste d'ailleurs peu sur l'état du pylore. Plus probante est l'observation de Crooks (3) [1828]. Il y est mentionné que le pylore faisait communiquer l'estomac avec une seconde poche n'ayant d'autre ouverture que celle du canal pancréatique, de telle sorte qu'aucune communication n'existait entre l'estomac et le reste du tube digestif dans sa partie inférieure. En outre, l'estomac était très volumineux. La surface interne était parsemée d'ilôts noirâtres et de petites ulcérations. Quelques années plus tard, Sons (1859) rapporte une autopsie dans laquelle on constata l'existence d'un rétrécissement circulaire au niveau du cardia et de l'œsophage tout à la fois. Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Luton (4) dit avoir lui-même observé un cas de monstruosité caractérisée par une interruption presque complète entre l'estomac et l'intestin, la continuité n'étant établie que par une sorte de ligament plein. Il y avait également interruption entre l'intestin grêle et le gros intestin. L'enfant, du reste, était mort en naissant. Dans un cas de Hobson (5), l'estomac se terminait en cul-de-sac, à un pouce environ au niveau du pylore. Dans un autre, dû à Porak et Bernheim (6), « l'estomac communique par une partie rétrécie, qui est vraisemblablement le pylore, avec une deuxième poche terminée en ampoule, et sans communication avec l'intestin, ni par un canal perméable, ni par un cordon fibreux, cette poche représentant la première portion du duodénum dilatée et terminée en cul-de-sac. » Les cas de Maygrier et Jeannin, de Macé, rapportés dans la thèse de Duval s'en rapprochent beaucoup. Comme on peut le voir, la disposition la plus commune lorsqu'il s'agit d'un vice de développement de la région pylorique est l'absence de communication entre l'estomac et le duodénum. Dans certains cas, l'estomac est simplement terminé en cul-de-sac : il y a imperforation complète ; dans d'autres, la continuité entre ces deux organes est simplement représentée par un cordon fibreux les unissant au point de vue anatomique, mais non fonctionnel. Un cas de Hammer (7) est caractérisé par la présence entre l'estomac et le duodénum d'un cordon plein les unissant, mais sans établir aucune communication entre ces deux organes.

Parfois, au lieu de ces arrêts de développement, on constate des rétrécissements dus à l'action d'un processus ayant évolué pendant la vie intra-utérine. Finkelstein, par exemple (loc. cit.), parle de sténoses dues à des péritonites fœtales, à des pincements partiels de l'intestin, à des brides d'origine inflammatoire, à des compressions par tumeurs congénitales, à de la syphilis même (Meckel cité par Lewin). Mais la cause la plus fréquente est le vice dans le développement anatomique du passage pylorique.

Les néoplasmes malins dont il a été signalé quelques cas seulement au niveau de l'estomac (Neureutter, Wierderhofer, Steiner, Cullingworth, Scheffer) n'intéressent pas d'ordinaire la région pylorique.

Ces malformations sont en général isolées. Dans certains cas, cependant, il existe d'autres anomalies plus ou moins accusées : rétrécissement concomitant de l'œsophage (Sons), imperforation de l'anus (Ashby), anomalies vasculaires généralisées (Martin). L'existence de ces arrêts de développement en d'autres points que sur le pylore, peut mettre sur la voie du diagnostic clinique. Mais il est bien évident que les uns et les autres ne peuvent conduire qu'à formuler pour le malade un arrêt de mort prochaine.

Dans les observations publiées sous le nom de sténoses par hypertrophie musculaire, la description des lésions au niveau du pylore paraît assez schématique, à la simple lecture des observations.

On y voit mentionné, en effet, qu'au niveau du pylore existe une *tumeur* de volume variable, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, faisant dans le duodénum une saillie en entonnoir, à la façon du museau de tanche dans le vagin. Cette tumeur est dure, de consistance assez uniforme. Elle mesure souvent plusieurs centimètres d'épaisseur. Lorsqu'on l'incise, on constate que le tissu qui la constitue, est ferme, crie même sous le scalpel, à la façon d'un squirrhe, dit Dawosky. Souvent, à un simple examen macroscopique, la plupart des tuniques paraissent notablement augmentées de volume, comme dans la linite plastique de Brinton, ce qui a suggéré à M. Brissaud l'idée d'un rapprochement entre les deux variétés de maladie, sclérose sous-muqueuse de l'adulte et rétrécissement par hypertrophie musculaire chez le nourrisson.

Quant au *rétrécissement* lui-même, il est de dimensions variables. En général assez serré, il entraîne pour le pylore une diminution de calibre qui permet le passage d'une fine sonde (Stern), d'un stylet (Dawosky), d'un gros crayon (Henschel), du petit doigt (Hirshsprung). Après incision de la tumeur pylorique, l'orifice mesure 1 centimètre environ de diamètre. Jamais on n'a constaté une atrésie complète de l'orifice.

Au niveau de la sténose, la muqueuse gastrique présente des plis rayonnés. Quelques observations signalent bien des hémorragies dans la cavité stomacale, de petites ulcérations superficielles ; mais dans la règle, cette muqueuse est saine, au point de vue macroscopique.

La dilatation gastrique que les auteurs signalent comme constante au point de vue symptomatique est notée explicitement à l'autopsie d'un petit nombre de cas. On la trouve seulement dans les cas de Finkelstein, de Hirchsprung, Henschel, Gran, Schwyzer. La plupart des auteurs ne la mentionnent pas, soit qu'elle ait manqué, soit que leur attention ait été appelée seulement du côté de la tumeur. Une des observations de Gran, entre autres, ne contient pas de renseignements très complets sur l'ectasie gastrique ; il y est seulement mentionné que chez une petite fille de quatre mois, ayant présenté pendant quelque temps des vomissements avec modifications des selles, on trouva à l'autopsie un estomac fortement dilaté, contenant des grumeaux de lait, les uns gros comme une pomme de terre, les autres comme une noisette. Dans un autre, où l'examen clinique avait permis de conclure, sinon à une dilatation gastrique,

(1) Gillot. Th. de Paris, 1900.
(2) Duval. Th. de Paris, 1901.
(3) Crooks. *Arch. gén. de méd.*, 1828.
(4) Luton. *Dict. Jaccoud*, art. Estomac, t. XXIV, p. 150.
(5) Hobson. Cité par Ecoffet, Th. de Paris, 1899-1900.
(6) Porak et Bernheim. *Ibid.*
(7) Hammer. *Prag. med. Wochens.*, 1898, t. XXIV, p. 25.

au moins à un degré accusé d'atonie des tuniques, l'estomac était sur le cadavre, gonflé de gaz, peu dilaté, recouvert à sa partie inférieure par le colon.

En général, l'état des autres organes n'est pas mentionné. L'œsophage est parfois dilaté (Hirchsprung, Nicoll). Dans l'observation nº 2 très complètement relatée de Gran (1896), il est dit que les plaques de Peyer sont saillantes, et présentent même çà et là de petites hémorragies. De plus, les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés. Le foie et la rate ne présentaient rien de particulier. Aux poumons, on note parfois de l'infiltration des lobes inférieurs et de la broncho-pneumonie. Il existait aussi des altérations bronchitiques et pulmonaires, dans un cas publié par Batten.

L'*examen microscopique* de la tumeur pylorique, sorte de myome pariétal, a été fait par quelques auteurs (deux cas d'Hirchsprung, Cautley, Rolleston et Hayne, Gran, Stern, Finkelstein, Still, Schwyzer). On trouve dans les coupes une hypertrophie généralisée à toutes les tuniques, mais prédominant d'une façon souvent très marquée sur la tunique circulaire. Il n'y a en général que des modifications d'épaisseur dans le muscle lui-même : les faisceaux sont normaux, on ne note pas de néoformation d'éléments musculaires. Ce n'est donc pas à proprement parler un myome, au sens histologique du mot. C'est à cause de l'absence de cellules embryonnaires, aussi bien que par la notion de son siège intramusculaire, que l'on doit établir une séparation radicale entre elle et la linite plastique de l'adulte. Parfois, cependant, les faisceaux musculaires sont plus petits qu'à l'ordinaire : le tissu conjonctif interfasciculaire est notablement augmenté de volume ; une substance conjonctive de nature fibrillaire est répartie çà et là. Dans les deux cas de Hirchsprung, l'examen microscopique a montré que l'hyperplasie était en définitive surtout constituée par l'exubérance du tissu conjonctif. L'augmentation simple du volume serait assez considérable, si l'on se base sur les mensurations de Gran. Dans un cas concernant une fille de quatre mois, morte après avoir présenté les signes d'une occlusion pylorique, cet auteur a observé au micromètre les chiffres suivants, pris au niveau même de la tumeur :

Glandes	600 µ
Muscularis mucosæ	100
Sous-muqueuse	300
Tissu propre	52
Musculaire, faisceaux circulaires	2775
— — longitudinaux	225
Séreuse	60

Sur un nourrisson mort d'une autre affection, au contraire, les mensurations ont été, au niveau du pylore :

Glandes	450 µ
Muscularis mucosæ	52
Sous-muqueuse	225
Tissu propre	39
Musculaire, faisceaux circulaires	1390
— — longitudinaux	260
Séreuse	26

Il y a donc, comme on le voit, hypertrophie généralisée à toutes les tuniques, mais de beaucoup plus accusée au niveau de la couche circulaire.

Outre ces modifications d'épaisseur, il faut encore mentionner que souvent la muqueuse de l'estomac est altérée. Cautley signale de la gastrite catarrhale « secondaire ». Finkelstein note de l'infiltration glandulaire et de petites hémorragies dans le tissu conjonctif. Dans l'observation de Schwyzer, l'épithélium glandulaire est bourré de leucocytes. Par contre, dans le cas de Gran, il n'y avait aucune trace d'un processus pathologique, inflammatoire ou autre. Les glandes étaient bien conservées, sans altération morphologique. L'état de l'intestin et des autres organes n'est pas étudié histologiquement.

Enfin, pour les observations de pylorospasme essentiel de l'enfance, nous dirons seulement qu'il n'y a aucune altération anatomique. Dans deux cas, en effet, des nourrissons avaient été emportés accidentellement pendant leur séjour à la crèche de la clinique. L'autopsie ne nous révéla aucune lésion. Le pylore était bien perméable. Il n'y avait aucun rétrécissement organique. L'examen histologique montra l'intégrité complète des différents éléments. Les glandes étaient bien constituées, sans infiltration interstitielle, sans aucune altération cellulaire. Cet examen négatif nous a paru légitimer l'épithète d'essentiel que nous avons donnée à la maladie. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la bronchite.

1° *Chez l'adulte.* — On a beaucoup trop abandonné les vomitifs dans le traitement de la bronchite, d'après M. A. Robin (1); ils sont excellents à la seule condition d'être bien donnés.

M. Robin donne 1g50 d'ipéca en trois fois, 0g50 tous les quarts d'heure ; dès que les premières nausées se produisent, il faut faire prendre au malade un grand verre d'eau tiède et recommencer à chaque nouveau vomissement; on évitera ainsi le vomissement à vide qui est si douloureux.

« Puis, si après les vomissements le malade présente quelques signes de faiblesse cardio-vasculaire, faites-lui prendre immédiatement, dit M. Robin, la vieille potion cordiale du Codex, vous le remonterez et parerez ainsi au second inconvénient de l'ipéca : la lipothymie.

Donné avec ces précautions, l'ipéca, même dans les bronchites des vieillards, ne vous causera aucun ennui, et vous lui devrez de nombreux succès thérapeutiques : j'en ai fait l'expérience à maintes reprises pendant que j'étais médecin de la Maison de retraite des Ménages.

Les vomitifs, l'ipéca surtout, ont une série d'effets tous concordant pour lutter contre l'asphyxie par obstruction bronchique.

Le rôle mécanique par secousses du diaphragme et compression du poumon est évident : je n'y insiste pas.

L'ipéca est aussi un stimulant des muscles de Reissessen ; et ceux-ci ont une part énorme dans la toux, dans l'expectoration, dans le déblaiement des bronches.

Il est un autre mode d'action plus général, que j'ai étudié avec M. Binet : en faisant l'étude du chimisme respiratoire avant et après l'administration du vomitif, nous avons constaté une augmentation énorme de tous les éléments de ce chimisme ; non seulement la ventilation pulmonaire augmente au point de passer de 160 centimètres cubes par kilogramme-minute à 300 centimètres cubes, comme je l'ai vu dans un cas, mais les chiffres d'oxygène absorbé, d'acide carbonique exhalé, d'oxygène fixé par les tissus subissent tous un accroissement très notable. A l'action mécanique, à l'action tonique musculaire, s'ajoute donc une action chimique excitante sur l'ensemble de la nutrition.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 sept. 1901.

Enfin l'ipéca agit encore en facilitant l'expectoration parce qu'il est un fluidifiant.

A ce propos, laissez-moi vous rappeler les fort belles études de M. Renaut (de Lyon) sur les bronchites.

Il compare la paroi bronchique à une sorte de mur, tapissé d'un épithélium cylindrique vibratil et percé d'une infinité de trous qui sont les orifices des glandes ; par ces trous sort le mucus ; supposez-le trop épais ; l'effort de la glande pour chasser le mucus va faire saillir hors du canal excréteur une sorte de flagellum plus ou moins long ; l'ensemble de ces flagella va hérisser le mur bronchique d'autant de pointes oscillantes et flexibles ; survienne le courant d'air inspiratoire, et tous ces filaments couchés par lui viendront irriter l'épithélium qui est en amont de l'orifice glandulaire ; à l'expiration, c'est en aval que l'épithélium sera irrité. A chaque mouvement respiratoire correspondra donc une double irritation de cet épithélium déjà en érection ; rien d'étonnant dès lors à ce qu'au simple catarrhe fasse bientôt suite l'inflammation. Et c'est ce qu'avaient bien vu les anciens.

De cette pathogénie si intéressante découlent deux indications thérapeutiques :

1° Il faut empêcher la solidification du mucus, lui redonner sa fluidité normale.

Les meilleurs fluidifiants sont l'acide carbonique et les carbonates ; mais il faudrait de trop fortes doses.

Après eux vient justement l'ipéca, surtout lorsqu'il est donné à doses faibles, expectorantes.

2° Il faut diminuer la susceptibilité, l'irritation de l'épithélium. Les opiacés réalisent bien ce desideratum.

Mais, avant de les donner, distinguez entre la toux utile et la toux d'irritation ; la première nettoie les bronches au fur et à mesure qu'elles tendent à se remplir, respectez-la. La seconde, qui fatigue le malade par une série de quintes sèches et pénibles, n'amenant que de rares crachats, doit être combattue.

Formulez donc comme il suit, associant aux opiacés le datura stramonium, lui aussi très bon calmant :

Extrait thébaïque	0g10
Extrait de datura stramonium	0g05
Poudre de réglisse	q. s.

pour 20 pilules.

4 à 6 pilules par vingt-quatre heures.

Parfois les opiacés ne seront pas suffisants ; employez alors le bromoforme, qui n'a que le défaut d'être un médicament délicat, qu'il ne faut pas laisser à la discrétion des malades.

J'ordonne d'ordinaire la préparation suivante :

Bromoforme................ XXX à XL gouttes.

Faire dissoudre dans 25 grammes d'alcool à 90 degrés.

Dans cette solution ajouter :

Teinture de bryone	XX	gouttes.
— grindelia robusta	XXXX	—
Alcoolature de racines d'aconit	XXX	—
Teinture de noix vomique	XXX	—

Ajouter sirop de codéine quantité suffisante pour compléter les 100 grammes ;

Enfin sirop de cerise ou sirop simple quantité suffisante pour faire 10 cuillerées à soupe.

De cette potion ne donnez jamais plus de deux à trois cuillerées à soupe par jour, et le plus loin possible des repas : par exemple, une cuillerée le soir vers dix heures et demie, pour assurer la nuit tranquille ; une dans la journée seulement si la toux irritante est revenue.

La formule est évidemment complexe, mais par sa complexité même elle atteint des buts différents ; les teintures de bryone, de grindelia robusta sont des expectorants ; l'alcoolature de racines d'aconit est un dessiccateur bronchique ; la noix vomique tonifie la fibre musculaire ; le bromoforme calme l'irritabilité de l'épithélium.

Autant d'indications utiles à remplir : la fréquence des succès vous en montrera la valeur. »

2° *Chez l'enfant.* — Le traitement de la bronchite aiguë chez l'enfant a été trop longuement étudié ici pour que nous y revenions (1).

Le traitement de la bronchite chronique de l'enfant vient d'être fort bien résumé par M. J.-L. Daguzan, dans son intéressante thèse (2).

Ici les indications du vomitif sont les mêmes. L'ipéca se prescrit à la dose de 0g50 centigrammes à 1 gramme suivant l'âge, ou mieux encore à raison de 0g10 centigrammes par année d'âge.

Quelques purgatifs doux, administrés de temps à autre, viendront compléter cette action en entraînant également au dehors les mucosités que contient l'estomac et en faisant de la dérivation sur l'intestin.

Dans les cas subaigus, il est bon de faire de la révulsion par des ventouses sèches, par de la teinture d'iode, des cataplasmes sinapisés. Mais seule, la teinture d'iode doit être continuée après les poussées aiguës. On l'appliquera en badigeonnages renouvelés tous les deux ou trois jours, alternativement devant et derrière la poitrine.

Les vésicatoires sont à rejeter.

Si, en même temps que la bronchite, on note des phénomènes d'embarras gastrique, on pourra associer du jalap ou de la scammonée à l'ipéca.

M. Comby préconise, de plus, la potion suivante à prendre en quatre ou cinq fois dans l'espace d'une heure :

Sulfate de soude	10 grammes.
Tartre stibié	0g05 centig.
Sirop simple	10 grammes.
Eau distillée	120 —

M. Saint-Philippe vante beaucoup l'iodure d'arsenic, qu'il formule comme suit :

Iodure d'arsenic	30 centigrammes.
Eau distillée	30 grammes.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par cinq gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à quinze et même vingt gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à cinq. Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant.

Quant à tarir les sécrétions, on y arrive assez facilement par l'emploi des balsamiques : tolu, térébenthine, benjoin, ou par des astringents, comme le tannin, l'extrait de ratanhia.

Dans le traitement général, on aura surtout en vue le tempérament du malade.

Le lymphatisme domine, avons-nous dit ; il faut le traiter par l'huile de foie de morue à hautes doses : 20, 30, 60 grammes par jour si elle est bien supportée. Dans le cas contraire, la remplacer par du sirop iodo-tannique, mais donner toujours de l'iode qui a une action reconstituante manifeste.

Aux rachitiques, on donnera du phosphate de chaux, de l'huile phosphorée.

Aux débilités, du sirop d'iodure de fer, du protoxalate de fer. Les toniques ne doivent pas être négligés, mais sous cette dénomination nous nous en voudrions de comprendre les préparations plus ou moins en faveur dans le public et qui sont à rejeter comme étant à base d'alcool.

---

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 595.

(2) Paris, 1901.

Enfin, chez les enfants arthritiques, on ordonnera les cures alcalines et arsenicales. Une saison au Mont-Dore, aux Eaux-Bonnes, à Royat, La Bourboule, Enghien, amènerait une grande amélioration. Mais ce genre de traitement n'étant pas à la portée de tous, on fait prendre avec avantage des préparations arsenicales soit en granules, soit en solution à la dose d'un à deux milligrammes par jour.

Telles sont les règles générales du traitement. Mais, ainsi formulé, il ne saurait être complet. Il faut faire intervenir l'hygiène.

Le malade doit être soumis à une alimentation choisie, substantielle et de digestion facile. Le lait, les œufs, les laitages, les purées de viande et de légumes en seront la base.

Pendant les poussées aiguës : séjour à la chambre et repos au lit.

Dans les intervalles d'accalmie : séjour à la campagne si possible. L'exercice sera permis, mais dans une juste mesure. Il faudra éviter les fatigues et tenir les petits malades à l'abri des intempéries et de toutes causes de refroidissement.

Les frictions sèches faites avec le gant de crin auront aussi l'avantage d'activer la nutrition générale.

Passer l'hiver à Nice ou sur le littoral méditerranéen, l'été à la campagne et l'automne dans une station thermale ou balnéaire, tel serait l'idéal, mais c'est là trop demander.

Enfin et surtout il faudra veiller à la prophylaxie de la maladie d'abord, de ses complications ensuite. Quand un enfant sera atteint d'une affection pulmonaire aiguë quelconque, le surveiller longtemps encore après sa maladie. Pour la rougeole et la coqueluche surtout, se montrer très attentif à cause du danger que court l'enfant de devenir tuberculeux. .... G. M.

REVUE DES THÈSES

Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus, par M. le docteur Léon Grimaud. (Thèse de Paris, 1901.)

L'hypertrophie du membre inférieur avec nævus et varices constitue une affection congénitale ainsi que tous les auteurs l'ont établi sans conteste (Trélat et Monod, Masmejean, Leblanc, Duplay, Klippel et Trenaunay).

L'observation qui a servi de point de départ à la thèse de M. Grimaud est intéressante par l'hypertrophie des deux doigts de la main droite, et des deux orteils du pied droit. Il s'agit là d'une forme alterne fort rare, puisque Leblanc n'en a pu réunir que quatre cas. En outre, il faut noter ce fait que le nævus y est localisé au bras et à l'avant-bras tandis que l'hypertrophie ne frappe que deux doigts, les deux du reste en union nerveuse avec le nævus.

Il n'y a pas dans ce cas parallélisme absolu entre le nævus et l'ostéo-hypertrophie. Le membre inférieur gauche présente à leur maximum le nævus et l'ostéo-hypertrophie, au membre supérieur droit, nævus et ostéo-hypertrophie; ont la même topographie, par contre, au membre supérieur gauche et au membre supérieur droit le nævus ne s'accompagne d'aucune hypertrophie osseuse symétrique.

Au point de vue de la pathogénie, sans vouloir affirmer le type radiculaire du nævus, l'auteur dit seulement que l'hypertrophie congénitale avec nævus et varices est produite par des troubles nerveux trophiques.

Ces troubles trophiques tiennent tous les autres troubles sous leur dépendance.

Aussi repousse-t-il le nom de « nævus variqueux ostéo-hypertrophique » donné à ce syndrome par Klippel et Trenaunay.

M. Grimaud préfère la dénomination un peu vague de Trélat et Monod : « hypertrophie partielle du corps. » Et pour donner au nævus dans le cortège symptomatique la place qui lui revient, il dit : « hypertrophie partielle du corps avec nævus. »

La surcharge alimentaire, cause d'intolérance gastro-intestinale, chez le nourrisson, par le docteur Louis Pierra. (Th. de Paris, 1901.)

Quelle que soit la classe de la société à laquelle il appartienne, dit M. Pierra, le nouveau-né reçoit une alimentation qui pêche beaucoup plus souvent par excès que par défaut.

Son alimentation peut être excessive, en effet, dans des conditions multiples : tétées trop fréquentes, tétées trop abondantes; lait trop pauvre (et nécessité, par conséquent, de le donner en quantité anormale); au contraire, lait trop riche (la quantité normale pouvant être, ou non, dépassée).

L'alimentation excessive entraîne l'intolérance gastro-intestinale (par l'action d'un triple facteur : mécanique, distension de l'estomac; chimique, fermentations anormales; toxi-infectieux, réveil des microbes de l'intestin et accroissement de leur virulence).

L'intolérance peut se traduire cliniquement :

D'une façon aiguë, par des régurgitations et des vomissements, de la diarrhée, un arrêt ou une chute du poids; exceptionnellement, de la constipation, du météorisme;

D'une façon chronique (chez les enfants non surveillés), soit par des épisodes aigus analogues aux précédents et venant interrompre de longues périodes de santé apparente, soit par des lésions durables : dilatation d'estomac, athrepsie, rachitisme.

Si l'on veut éviter ces accidents, on instituera pour chaque enfant un régime alimentaire qui lui soit propre, en tenant compte de son poids, de son âge, de sa vitalité. On s'assurera, *par une surveillance incessante et personnelle*, que ce régime est bien suivi et qu'aucune des fautes que nous avons signalées n'est commise. On devra se tenir prêt à modifier, en cas d'alerte, le régime institué, en se guidant sur l'état de la nutrition de l'enfant, c'est-à-dire en observant quotidiennement les variations de son poids.

Si, malgré les précautions prises, les accidents d'intolérance se produisent, c'est encore en rationnant l'enfant, en le soumettant, s'il en est besoin, à une diète (diète absolue ou diète hydrique) plus ou moins prolongée, qu'on obtiendra leur disparition rapide.

Enfin, dans les cas douteux, on se rappellera qu'il est beaucoup préférable que l'alimentation du nouveau-né pêche momentanément par défaut que par excès.

Endothéliomes des méninges. Étude histologique, clinique et pathogénique, par M. le docteur Albert Devaux. (Th. de Paris, 1901.)

La thèse de M. Devaux, sans reprendre l'historique des nombreux travaux parus sur cette question, constitue une étude très complète et très personnelle des endothéliomes des méninges. A côté d'une partie anatomo-pathologique fort claire et qu'illustrent à propos de fort belles planches en couleur, M. Devaux propose, pour expliquer la physiologie pathologique des symptômes des tumeurs cérébrales, une hypothèse nouvelle destinée à prendre rang parmi les autres théories pathogéniques. Voici ses conclusions :

Les malades porteurs de tumeurs cérébrales présentent, à côté de la dépression et de la diminution intellectuelle, un état mental particulier, qui constitue leur note psychopathique dominante : c'est un état de torpeur, d'engourdissement psychique, d'obnubilation intellectuelle auquel peut s'ajouter du puérilisme mental.

Les endothéliomes des méninges peuvent subir, outre la dégénérescence calcaire, un autre processus dégénératif, consistant en l'infiltration des cellules par une matière prenant fortement l'éosine et aboutissant à la rétraction de la

cellule : c'est la dégénérescence hyaline. Elle n'est pas particulière aux endothéliomes des méninges, mais se retrouve dans les granulations de Pacchioni et dans les fausses membranes méningées, ayant toujours comme siège de prédilection les zones péri et paravasculaires.

Les lésions des cellules corticales sont les suivantes : dans les circonvolutions directement comprimées, atrophie cellulaire; dans les circonvolutions indirectement comprimées, gonflement cellulaire avec chromatolyse périphérique et excentricité du noyau.

Dans la pathogénie des tumeurs cérebrales, à côté de la compression de l'encéphale qui joue un rôle peut-être non négligeable, il faut faire une place à l'action des produits toxiques sécrétés par la néoformation sur les éléments nerveux. Militent en faveur de cette hypothèse certains arguments histopathologiques (altérations des cellules corticales et des nerfs optiques comparables aux lésions toxi-infectieuses), anatomiques (large communication sanguine et lymphatique du néoplasme et de l'encéphale permettant l'imprégnation du tissu cérébral par les toxines issues du foyer pathologique; extrême sensibilité aux toxines de l'écorce grise), cliniques (analogie des tableaux cliniques des encéphalopathies toxiques, de l'urémie, du diabète, du saturnisme et de l'encéphalopathie néoplasique).

L'intoxication de l'encéphale doit donc prendre place parmi les facteurs pathogéniques (compression, irritation, phénomènes vasculaires) invoqués pour expliquer les symptômes des tumeurs cérébrales.

Soixante-deux cas d'appendicite opérés, par le docteur Marcel Chapon. (Th. de Paris, 1901.)

Les soixante-deux cas dont il s'agit ont été relevés dans le service de M. Poirier, à Tenon. Tous ont été opérés dans des conditions identiques, le *plus largement* et le *plus rapidement possible*. Aussi, cette statistique constitue-t-elle un heureux appoint à l'étude toujours incomplète de l'appendicite. M. Chapon en tire un certain nombre de conclusions intéressantes :

1° Dans l'appendicite, le diagnostic des lésions anatomiques est très difficile, souvent impossible ; les rapports entre les symptômes et la gravité de l'infection n'étant pas toujours en raison directe.

2° Le diagnostic de l'appendicite aiguë est relativement facile, même dans les premières heures ; la temporisation expose à des dangers, l'opération à chaud est d'autant moins dangereuse, au contraire, qu'elle est plus tôt pratiquée et plus largement pratiquée.

3° Donc sous toutes ses formes et à tous ses degrés, opérer le plus hâtivement possible une appendicite aiguë comme une hernie étranglée, dès le diagnostic établi ; ouvrir largement le péritoine et rechercher aussi laborieusement et aussi loin qu'il le faut l'appendice, et le réséquer en totalité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les oreillons, à propos de la dernière épidémie observée à Commentry [1899-1900] (1), par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Au cours de la dernière épidémie d'oreillons qui a sévi à Commentry, M. Fabre a, comme dans quatre dernières épidémies précédentes, examiné avec le plus grand soin les cas d'oreillons dans les familles confiées à ses soins. Il publie aujourd'hui le résultat de ses observations et il conclut de la façon suivante :

« Les oreillons constituent une maladie infectieuse, dont les microbes caractéristiques semblent particulièrement élire domicile sur les diverses glandes de l'organisme et tout spécialement sur les glandes salivaires.

Parmi les glandes salivaires ce sont les parotides qui sont presque généralement et souvent seules atteintes.

Les glandes sous-maxillaires viennent ensuite au point de vue de la fréquence et de l'intensité des symptômes. Ensuite, viendraient les glandes sublinguales, puis les autres glandes buccales.

Les glandes testiculaires, ovariennes et mammaires, les glandes lacrymales, nasales et vulvaires, les reins, la thyroïde, le foie, la rate, le pancréas, etc., peuvent aussi être atteints par ordre décroissant de fréquence.

Aussi me permettrai-je de reproduire ici quelques lignes que j'écrivais en 1875 et dans lesquelles je m'exprimais ainsi :

« A considérer les diverses variétés de glandes que les oreillons atteignent, les unes directement, les autres par métastase (1), on pourrait faire de cette affection une sorte de fièvre glandulaire : glandes en grappes composées, comme les salivaires et les mamelles, glandes en tubes composées, comme les testicules, glandes à vésicules closes comme les ovaires et la thyroïde, glandes en grappes simples comme celles des grandes lèvres (et j'aurais pu ajouter à cette énumération les glandes lacrymales dont l'engorgement a été signalé, depuis, par le docteur Pinet et G. d'Heilly), toutes les classes des glandes, semble-t-il, sont tributaires de cette affection. »

Les oreillons peuvent donc être considérés comme une fièvre glandulaire, infectieuse, analogue (je ne dis pas semblable puisqu'il n'y a pas d'éruption cutanée) aux fièvres éruptives, la scarlatine, la rougeole, la varicelle, la variole; analogue aussi à cette autre maladie infectieuse qui se propage aussi facilement que les oreillons, la coqueluche. Le rapprochement de ces diverses maladies me paraît s'imposer surtout quand on considère le mode de propagation, la rapidité d'extension, la marche régulière de ces affections. La fièvre ourlienne s'en rapproche tant que, malgré ses particularités et tout en concluant fermement à une individualité très nette, je dirais d'elle qu'elle est la sœur des autres :

Nec diversa tamen, qualis decet esse sororum. »

L'hydrorrhée nasale (2), par le docteur J. Molinié (de Marseille).

L'hydrorrhée nasale peut se définir un écoulement abondant de liquide aqueux par les orifices des fosses nasales. M. Molinié montre que l'hydrorrhée nasale, entité morbide, a vécu.

Le démembrement de cette individualité d'occasion conduit à la constitution de deux groupes naturels, délimités par le rôle pris par la pituitaire à l'écoulement.

Dans un premier groupe, la muqueuse nasale intervient directement dans la genèse de l'écoulement, mais par un mécanisme différent selon les cas, et sous des influences générales ou locales, encore imprécises, mais variées.

Dans un second groupe, le nez sert seulement de lieu de passage à l'écoulement qui provient :

a. Du cerveau, et traduit un état pathologique encéphalique, de gravité variable;

b. Des sinus, et, dans ce cas, est sous la dépendance d'une néo-production ou d'une hydropisie de ces cavités.

Quel que soit son point d'origine, l'hydrorrhée nasale est toujours un phénomène secondaire; la sélection la plus rigoureuse ne peut réussir à isoler une catégorie de faits où l'écoulement soit un acte essentiel et primitif.

(1) Une broch. in-8°. — Paris, Steinheil.

(1) J'employais ce mot parce qu'il était alors plus compréhensible et employé encore généralement quand il s'agissait de l'extension de la fièvre ourlienne aux testicules, aux ovaires, aux mamelles.

(2) Une broch. in-8°. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Il faut donc, en présence du symptôme hydrorrhée, remonter aux causes, ou tout au moins à la source de l'écoulement, pour en pénétrer intimement la signification nosographique et formuler les indications thérapeutiques particulières à chaque cas.

La photothérapie, traitement des dermatoses par les rayons chimiques concentrés (1), par M. H. Lebon, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire d'électrothérapie à l'hôpital Bichat.

Dans cette brochure, M. Lebon montre les remarquables résultats que l'on obtient en dermatologie avec la méthode de Finsen. Il décrit d'une façon fort claire tous les appareils employés actuellement.

Son dernier chapitre est consacré à l'étude des bains de lumière, qui consistent à se promener nu au soleil. On sait combien cette méthode est à la mode en Allemagne, où des établissements spéciaux sont fondés dans ce but.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

474. M. Marchat. Des kystes hydatiques des reins. — 475. M. Lehman. De la ligne brune abdominale. — 476. M. Rozoy. Mal de Pott. — 477. M. Baudin. Contribution à l'étude de l'infection puerpérale. — 478. M. Boucher. Exercice de la médecine sur la frontière franco-belge. — 479. M. Dervieux. Les expertises médico-légales. — 480. M. Fumouze. Dermatose chlorique électrolytique. — 481. M. Lehmann. Contribution à l'étude des névralgies grippales. — 482. M. Durrieux. Les diverticules de la vessie. Leur anatomie, leur pathologie. — 483. M. Rocher. L'hématurie dans les néoplasmes du rein. Sa valeur diagnostique et pronostique. — 484. M. O'Neill. Étude sur la nature et l'origine des tumeurs conjonctives bénignes de la paroi abdominale. — 485. M. Lalande. Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire. — 486. M. Poueydebat. Essai sur les manifestations cutanées du rhumatisme chronique. — 487. M. Napieralski. Le vertige voltaïque dans les lésions de l'appareil auditif. — 488. M. Paulouch. Érythème noueux chez les enfants. — 489. M. Defossez. Des résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac. — 490. M. Jacquot. Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence. — 491. M. Kieffer. Étude bactériologique de la pneumonie lobaire suppurée. — 492. M. Chapon. Soixante-deux cas d'appendicite opérés. — 493. M. Vallée. Syphilis et ictère. — 494. M. Dupinet. Le diaphragme et les épanchements pleuraux. — 495. M. Pophillat. Paralysies post-angineuses (paralysies consécutives aux angines non diphtériques). — 496. M. Larger. Stigmates obstétricaux de la dégénérescence. — 497. M. Pierra. La surcharge alimentaire cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson. — 498. M. Bourier. Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme (augmentation, retour, établissement tardif). — 499. M. Barlerin. Soins donnés aux nourrissons syphilitiques à la consultation de la clinique Tarnier. Résultats obtenus. — 500. M. Roche. De l'influence sur la santé du nourrisson, de la menstruation chez les femmes qui allaitent. — 501. M. Devaux. Les endothéliomes des méninges. Étude histologique, clinique et pathogénique. — 502. M. Raynaud. De l'hypotension artérielle. — 503. M. Marcou-Mutzner. Le sanatorium d'Hendaye et le climat atlantique méridional. — 504. M. Valatx. Contribution à l'étude du traitement du cancer par la quinine. — 505. M. Ghika. Étude sur le thymus. — 506. M. Viel. Des roséoles ordonnées. — 507. M. Belavoine. Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale. — 508. M. Cruchaudeau. Clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire. — 509. M. Leullier. De l'eczéma arthritique chez l'enfant et principalement chez le nourrisson. — 510. M. Lepage. Persistance de la membrane pupillaire et pigmentation congénitale de la cristalloïde antérieure. — 511. M. Frumusanu. Du massage et de quelques-unes de ses applications obstétriques. — 512. M. Rollet. De l'extraction de la cataracte par le procédé à pont kérato-conjonctival. — 513. M. Joubaire. Fractures simples de l'astragale.

(1) Une broch. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— A l'occasion du voyage de LL. MM. le tsar et la tsarine en France, M. le professeur Betcherew (de Saint-Pétersbourg) a adressé la dépêche suivante au professeur Raymond :

« Au jour de ma vive joie de la nouvelle confirmation des liens alliés entre nos deux nations, permettez-moi de faire mes compliments à vous et à tous les collègues neurologistes français, au nom de leur union scientifique et de la fraternité réciproque déjà longtemps établies avec les neurologistes russes.

Betcherew. »

Le professeur Raymond a envoyé à M. Betcherew la dépêche suivante :

« Profondément touchés des sentiments que vous nous exprimez, mes collègues et moi vous en remercions et sommes heureux de la nouvelle confirmation de l'alliance de nos deux pays. Sincères compliments de confraternité.

Professeur Raymond. »

— M. le médecin-major de deuxième classe Esquer, en congé à Paris, a été placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies, pour occuper un emploi intéressant la colonisation en Cochinchine.

Guerre. — MM. les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'école de Bordeaux :

1. MM. Bellot, Bonduel, Fulcrand, Trividic, Hérissé, Savidan, Cathala, Bongrand, Lemogne, Lossouarn.

11. Candiotti, Ricau, Augé, Ducrot, Giraud, Corolleur, Robin, Cariès, Le Roy, Vadon.

21. Collomb, Alquier, Subra de Salafa, Richaud, Colat, Fouladoux, Guennoc, Lebard, Kagi, Destelle.

31. Fleury, Castueil, Reyneau, Jauréguiber, Gassin, Dupin, Fournier, Cristau, Maupetit, Touchard.

41. Dufranc, Bussière, Jubin, Villeroux, Cocaign, Malouvier.

Marine. — Sur la demande de M. le contre-amiral Marquis, nommé au commandement d'une division de l'escadre de la Méditerranée, M. le médecin principal Couteaud a été désigné pour faire partie de l'état-major de cet officier général en qualité de médecin de division.

— M. le médecin de première classe Gibrat, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Suffren*, qui entrera en armement pour essais, à Brest, le 10 octobre prochain.

— Par décision présidentielle en date du 20 septembre 1901, a été acceptée la démission de son grade, offerte par M. le docteur Mangin, médecin de première classe de réserve de l'armée de mer.

Contre la tuberculose. — Le ministre de la marine vient d'adresser aux vice-amiraux commandant en chef, aux préfets maritimes et aux directeurs des établissements maritimes hors des ports, une circulaire fixant un certain nombre de mesures à prendre contre la propagation de la tuberculose. Cette circulaire contient diverses prescriptions relatives au balayage des bureaux et des ateliers, à l'installation et au nettoyage des crachoirs et à la salubrité générale des locaux.

Elle enjoint en outre l'affichage dans ces locaux d'un avis explicatif.

Manœuvres du corps de santé. — D'intéressantes manœuvres seront exécutées par les troupes de la garnison de Lyon du 1er au 5 octobre.

Le service de santé fonctionnera avec toutes ses formations

de guerre : service de l'avant, assuré par le personnel médical militaire; service de l'arrière, auquel la Société française de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer apportera son concours.

Un certain nombre de médecins et pharmaciens de réserve ont été convoqués pour ces manœuvres, qui présenteront au point de vue technique un grand intérêt.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 38e semaine, 740 décès, ce chiffre est le plus faible qu'on ait constaté depuis le commencement de l'année; il est inférieur à celui de moyenne (793).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès ; 51 cas nouveaux ont été signalés par les médecins ; la variole, 1 décès; le nombre des cas signalés par les médecins est de 30; la rougeole a causé 2 décès ; la scarlatine, 1 ; la coqueluche, 10; la diphtérie 7, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (12) ; 66 cas nouveaux ont été signalés par les médecins.

La diarrhée infantile a causé 42 décès de 0 à 1 an, au lieu de 51 pendant la semaine précédente (moyenne 70).

En outre, 31 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 73 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente; ce dernier est identique à la moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 17 (au lieu de la moyenne 20); autres maladies de l'appareil respiratoire, 37 (au lieu de la moyenne 45), dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 172 décès (au lieu de la moyenne 173); la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la méningite simple, 10; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 37 décès; les maladies organiques du cœur, 42; le cancer a fait périr 65 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 15; enfin, 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

La tradition pour guérir la jaunisse. [Pratiques en honneur dans les Vosges, d'après M. Étienne (de Nancy).] — La première, qui réussit surtout aux habitants de Cornimont et de Gerbaumont, est d'uriner pendant neuf jours consécutifs sur les orties. Dans les autres communes, il est préférable de porter au cou un jaune d'œuf cuit, ou bien encore de prendre une carotte rouge, de l'évider partiellement, d'y enfermer l'urine du malade et, après avoir bouché l'orifice, de suspendre la carotte dans la cheminée. Quand la carotte sera desséchée, la jaunisse sera guérie.

Mais le remède héroïque et sûr est de faire frire dans du beurre des poux cueillis sur la tête d'un enfant et d'avaler chaud. Pour donner à ce remède son maximum d'efficacité, il convient de faire une neuvaine et de procéder par dose progressive. Le premier jour, on avalera dans du lait caillé un pou ; le deuxième jour, deux poux, et ainsi de suite jusqu'à neuf pour le neuvième jour, pour redescendre ensuite, par étapes successives, jusqu'à un pou le dix-huitième jour. Tout comme pour la liqueur de Fowler. La guérison est certaine pour le dix-huitième jour. (*France méd.*)

Photographie de la muqueuse gastrique. — D'après un journal anglais, le *London Globe*, les docteurs Lange et Melzing ont réussi à photographier sur le vivant la muqueuse de l'estomac.

Un tube de 66 centimètres de long et de 11 millimètres de diamètre est introduit dans la cavité gastrique, portant à son extrémité inférieure une lampe électrique ; la chambre photographique est adaptée à l'extrémité supérieure.

L'estomac est d'abord vidé et lavé, puis rempli d'air.

Cinquante clichés peuvent être rapidement pris en dix à quinze minutes. En faisant tourner l'appareil sur son axe, on peut ainsi photographier toutes les parties de la muqueuse. Les clichés sont de la grandeur d'un noyau de cerise environ. Mais on peut les agrandir. (*Médecine mod.*)

L'épidémie de petite vérole de Londres. — Il y a en ce moment à Londres une épidémie de variole qui tend à envahir tous les quartiers successivement. Quelles sont les précautions que prennent nos voisins pour l'enrayer? Il y a deux ans, sous la pression d'une ligue, la Ligue de l'antivaccination, le Parlement a abrogé le bill qui rendait la vaccination obligatoire. Actuellement, un père peut se dispenser de faire vacciner son enfant à la seule condition de déclarer au magistrat de police que, en conscience, il ne croit pas à l'efficacité du vaccin !

Et cela au moment où la plupart des puissances se préoccupent de la vaccination obligatoire.

Il est à craindre que l'épidémie actuelle ne continue à se propager si les Anglais prennent beaucoup de mesures prophylactiques dans le genre de celle-ci :

La commission scolaire de Londres vient de décider que les enfants *non vaccinés* continueraient à être admis dans les écoles et que *les médecins du service sanitaire ne seraient autorisés à passer la visite des enfants que si les parents n'y voient aucune objection !*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-mémoire des maladies de l'intestin, par le professeur Paul LEFERT. Un vol. in-18 de 285 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le rôle humanitaire de la femme, par le docteur Paul FABRE. (Conférence faite le 19 novembre 1900 à l'Hôtel-de-Ville de Commentry, sur la demande du comité de l'Union des femmes de France.) 1 broch. in-8°. — Montluçon, Imprimerie du « Centre médical ».

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 113. — MARDI 1er OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1901. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les applications de l'hypnotisme a l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés, par M. Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés. — Physiologie pathologique. La lécithine dans la tuberculose, par MM. H. Claude et A. Zaky. — La peste a bord du « Sénégal ». — Formulaire. Compresses à appliquer sur les plaques d'érysipèle; — Traitement des pharyngites. — Instruments et appareils. Auto-panseur gynécologique (porte-tampon stérilisable) du docteur Ch. Faguet (de Périgueux). — Thèses de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LES APPLICATIONS DE L'HYPNOTISME

A L'ÉDUCATION DES ENFANTS VICIEUX OU DÉGÉNÉRÉS

Par M. le docteur Bérillon (1),
Médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés.

Depuis 1886, nous n'avons cessé, dans un grand nombre de communications, d'appeler l'attention des psychologues et des sociologues sur la valeur de la *suggestion hypnotique* envisagée *au point de vue pédagogique*.

Au Congrès *d'anthropologie criminelle*, en 1896, nous avons démontré les services que la suggestion hypnotique est appelée à rendre comme adjuvant à la correction paternelle, notamment dans les cas de kleptomanie irrésistible chez les enfants (2).

Actuellement, en présence des résultats obtenus, on peut considérer la *méthode hypno-pédagogique* comme une science positive, réunissant tous les éléments d'une véritable *orthopédie mentale*.

En effet, il n'est plus permis de méconnaître la valeur de la suggestion hypnotique employée comme agent moralisateur et réformateur dans le traitement des enfants pervers, kleptomanes, impulsifs ou vicieux.

Nous avons journellement l'occasion d'en faire la démonstration expérimentale, lorsque des parents, justement préoccupés des tendances impulsives constatées chez leurs enfants, viennent spontanément nous demander d'appliquer sur ceux-ci la méthode hypno-pédagogique.

L'emploi de ce procédé nous a déjà permis de guérir un grand nombre d'enfants réfractaires aux procédés habituels d'éducation et considérés à tort comme incorrigibles.

Dans un grand nombre de cas le succès de la méthode hypno-pédagogique a été d'autant plus frappant et plus convaincant que les enfants soumis à ce traitement étaient sous la menace d'un internement immédiat dans une maison de correction et qu'on y recourrait seulement à la dernière extrémité.

Pendant longtemps, il faut le reconnaître, beaucoup de bons esprits accueillirent avec indifférence et scepticisme nos communications sur la valeur pédagogique de la suggestion hypnotique. Aujourd'hui, le nombre des hommes éminents (médecins, magistrats, professeurs, etc.) que nous avons convaincus par des faits probants, est tellement considérable, que nous ne nous arrêterons plus à discuter les objections.

Nous nous bornerons à rappeler le cas d'un professeur de philosophie d'un lycée français qui, après s'être montré l'adversaire obstiné de l'emploi de la suggestion hypnotique en pédagogie, fut placé dans la pénible obligation d'y recourir pour un enfant qui manifestait des dispositions vicieuses. La guérison rapide de cet enfant par la suggestion hypnotique l'obligea à revenir sur les conclusions qu'il avait publiées et, dans un nouvel article, il reconnut son erreur.

Dans notre pratique, les manifestations morbides auxquelles nous l'appliquons habituellement avec succès, sont :

1° La kleptomanie;
2° L'onanisme;
3° La perversité morale;
4° L'onychophagie.

Nous nous bornerons à donner quelques détails de notre technique applicable au traitement spécial de chacune de ces dispositions anormales :

1° Kleptomanie. — Ce qui caractérise l'impulsion kleptomaniaque que l'on observe fréquemment chez les enfants dégénérés, c'est l'automatisme et l'inconscience absolue qui président à l'accomplissement de l'acte. Lorsqu'on interroge ces enfants sur les motifs qui les ont poussées à accomplir un vol, ils font invariablement la même réponse : « Je ne sais pourquoi je l'ai fait, je n'ai pu faire autrement. » Il semble qu'ils aient agi comme s'ils étaient non seulement atteints d'inconscience, mais aussi dépourvus de tout pouvoir d'inhibition volontaire. La kleptomanie chez les enfants est donc la conséquence d'un défaut de discernement associé à un véritable état d'*aboulie*.

Les dégénérés doués d'une faible résistance contre les impulsions réflexes, prédisposés à l'accomplissement des mouvements automatiques ou inconscients, offrent un terrain favorable pour le développement de l'impulsion à s'emparer de l'objet de leurs convoitises. C'est ce qui explique le

(1) Rapport au Ve Congrès international d'anthropologie criminelle (Amsterdam, 1901).

(2) De la suggestion hypnotique envisagée comme adjuvant à la correction paternelle, *C. R. du IVe Cong. d'anthropol. crimin.*, Genève 1896.

peu de succès des moyens coercitifs auxquels on a recours pour les guérir.

Au contraire, la suggestion hypnotique réalise toutes les conditions favorables à la guérison. Le sujet étant hypnotisé, c'est-à-dire placé dans l'état d'obéissance passive, reçoit, sans les discuter et sans y résister, les suggestions destinées à éveiller sa conscience, en un mot à transformer des sensations non perçues en sensations conscientes.

De plus, les suggestions appropriées, faites également dans l'état d'hypnose, permettent de développer, en même temps que son attention volontaire, le pouvoir d'arrêt qui leur permettra de résister à l'impulsion.

Pour faire comprendre par quel artifice on arrive à guérir un enfant atteint de la manie de voler des pièces de monnaie, je vais donner un aperçu d'un procédé très efficace. L'enfant étant mis dans l'état d'hypnotisme, je le fais approcher d'une table sur laquelle j'ai placé une pièce de monnaie. « Tu vois cette pièce, lui dis-je, tu as envie de la prendre. Eh bien, prends-la si tu veux et mets-la dans ta poche. » Il le fait. J'ajoute alors : « C'est ce que tu as l'habitude de faire, mais tu vas remettre maintenant la pièce d'argent où tu l'as prise et désormais tu agiras toujours ainsi. S'il t'arrive de succomber à la tentation, tu auras honte d'avoir volé et tu t'empresseras de remettre l'objet volé à sa place. » Au bout de quelques séances de cette gymnastique mentale, exécutée dans l'état d'hypnotisme, l'enfant est généralement guéri pour toujours de sa mauvaise habitude. Un fait à noter, c'est que la guérison d'une habitude grave, obtenue par la suggestion hypnotique, n'est pas seulement le résultat d'une action automatique. Au contraire, elle s'accompagne le plus habituellement d'un réveil de la conscience et du sens moral. Nous en trouvons la meilleure preuve dans ce fait que l'enfant guéri en témoigne les plus vifs sentiments de reconnaissance.

2° Onanisme. — Les habitudes d'onanisme, lorsqu'elles revêtent un caractère d'irrésistibilité, dénotent, chez les individus qui les présentent, des perturbations fonctionnelles profondes des centres cérébro-spinaux. Lors même que les sujets sont doués d'un certain développement intellectuel, on peut toujours constater qu'il existe une véritable *aboulie* par rapport à l'habitude automatique dont ils sont atteints. En effet, ces sujets, tout en ayant conscience des dangers que leur font courir les pratiques d'onanisme, se déclarent absolument impuissants à y résister.

On a imaginé un grand nombre d'appareils de contention et de *ceintures* dites *de chasteté* pour réprimer les habitudes d'onanisme chez les enfants. Aucun de ces appareils n'a jamais amené la guérison d'un seul malade. Au contraire, nous avons pu constater que l'usage prolongé des appareils de contention, ainsi que l'usage d'attacher les mains des enfants onanistes pendant la nuit, exerçait l'influence la plus mauvaise et avait pour effet de créer une disposition à l'*incurabilité de l'habitude*; nous affirmons même que l'emploi des appareils de contention et le fait d'attacher les mains, semblent créer ce que nous serions tenté d'appeler l'*onanisme chronique*.

Cela est tellement exact que, lorsque nous éprouvons quelque difficulté à obtenir la guérison, nous pouvons, sans crainte de nous tromper, affirmer que l'enfant a été longtemps attaché pendant la nuit, ou qu'il a porté une ceinture de chasteté pendant plusieurs mois.

Il se passe quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez les aliénés longtemps soumis à la contrainte de la *camisole de force*. Ces malades ne tardent pas à revêtir un aspect particulier, et beaucoup d'aliénistes considèrent que l'emploi de ces moyens de coercition augmente la disposition des troubles mentaux à passer à l'état chronique.

L'emploi de moyens de coercition dans le traitement de l'onanisme non seulement est sans efficacité, mais encore il augmente la gravité de l'habitude vicieuse. Cela tient à ce qu'il importe avant tout, non d'empêcher par des moyens mécaniques la réalisation de l'impulsion automatique, mais bien de procéder à la rééducation de la volonté et de créer chez ces malades de véritables centres psychiques d'arrêt.

Au contraire, on arrive assez rapidement à la guérison de l'onanisme par l'emploi de la suggestion hypnotique à laquelle il faut associer une gymnastique spéciale.

Voici notre procédé. L'enfant étant hypnotisé, nous lui levons les bras en l'air et nous lui suggérons l'apparition dans les bras d'une véritable *paralysie psychique*. Nous lui affirmons que lorsque l'impulsion à céder à l'onanisme se manifestera, la paralysie dont il est l'objet se reproduira immédiatement et qu'il sera, par conséquent, dans l'impossibilité matérielle de céder à l'habitude. En même temps, nous nous appliquons, par des suggestions appropriées, à éveiller la conscience de l'acte répréhensible et à faire en sorte qu'il ne puisse plus l'accomplir inconsciemment. En général, il est nécessaire d'appuyer les suggestions par des raisonnements et d'invoquer les arguments les plus capables d'imposer l'horreur de l'onanisme.

Après deux ou trois séances, les sujets ne tardent pas à reconnaître qu'ils sont capables de résister dans une certaine mesure à l'impulsion. Bientôt leur résistance s'organise et la guérison s'établit.

L'argumentation devra varier selon le degré de culture morale et les influences du milieu. C'est là affaire de tact.

Dans certains cas, l'impulsion à l'onanisme se trouve associée à de véritables altérations du *sens moral*. Il est évident, dans ces cas-là, que l'on devra utiliser l'état d'hypnotisme non seulement pour procéder à la rééducation de la volonté et à la création de centres psychiques d'arrêt, mais aussi à l'éducation de la sensibilité morale.

On ne saurait s'imaginer à quel point la provocation préalable de l'état d'hypnose augmente la puissance de la suggestion. Quand l'hypnotisme est obtenu, la guérison est la règle. Sans l'hypnotisme, la suggestion pratiquée à l'état de veille ne donne que des insuccès. C'est pourquoi nous pouvons déduire de notre pratique, déjà longue, que c'est l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant dans la guérison de l'onanisme et des états mentaux qui s'y rattachent.

La durée du traitement varie nécessairement selon l'ancienneté des habitudes et le terrain névropathique sur lequel elles se sont développées. Chez les onanistes dont le développement intellectuel est suffisant et dont les stigmates de dégénérescence sont peu accentués, la guérison de l'onanisme par la suggestion est rapide et durable.

3° Perversité morale. Troubles du caractère. Paresse. — Les dispositions du caractère présentent de grandes variétés individuelles. Chez les animaux, de même que chez l'homme, ces dispositions évoluent entre ces deux termes : docilité et méchanceté. Chez l'enfant, l'analyse du caractère est difficile et l'on observe un nombre infini de modalités. Cela tient à ce que les aptitudes héréditaires sont contrariées par les influences de milieu. Ces influences, à notre avis,

jouent le rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité; cependant, abstraction faite de toute influence de milieu et de toute action éducative, un certain nombre d'enfants se montrent dociles et doux, tandis que d'autres se montrent indociles et méchants.

La plupart des auteurs ne voient dans la méchanceté et l'indocilité que des manifestations de la dégénérescence héréditaire. En réalité, pas plus chez l'homme que chez les animaux, la méchanceté n'est l'apanage de la dégénérescence. Des individus très robustes, de race très pure, sont d'emblée méchants; d'autres, très dégénérés, sont très doux.

Quelle que soit la cause originelle de la méchanceté de l'enfant, il convient de recourir, pour la modifier, à une éducation spéciale et à un véritable dressage.

Le but de ce dressage sera surtout de créer chez l'enfant de véritables centres d'arrêt psychique et de procéder à une éducation systématique de la volonté. L'absence de la volonté d'arrêt conduit fatalement l'individu à la dégradation par la satisfaction exagérée des appétits. Par extension, l'absence de la volonté d'arrêt devient donc un facteur important dans la provocation de la dégénérescence.

La méthode d'éducation systématique de la volonté d'arrêt consiste dans l'emploi de la suggestion hypnotique. Les résultats de cette méthode sont extrêmement frappants. Elle permet en peu de temps d'obtenir la transformation des sentiments pervers, des habitudes automatiques, des impulsions irrésistibles.

Il est très remarquable de constater que les mêmes enfants qui se montrent absolument indociles et insociables à l'état de veille, deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme.

4° ONYCHOPHAGIE. — Le mot *onychophagie* est un néologisme que nous avons créé pour désigner l'habitude de se ronger les ongles. Cette habitude est extrêmement répandue chez les enfants. Nous avons démontré, dans un travail très documenté, qu'elle était fréquemment associée à l'existence des stigmates de dégénérescence et à d'autres habitudes vicieuses. Bien que l'onychophagie soit difficile à guérir chez les dégénérés, dès que l'on a recours à l'hypnotisme, la guérison s'obtient, au contraire, avec la plus grande facilité.

Voici dans toute sa simplicité le procédé dont nous vérifions chaque jour l'efficacité chez les enfants atteints d'onychophagie.

Le malade étant hypnotisé et assis dans un fauteuil, les deux avant-bras reposant sur les appuis du siège, je saisis une des mains et je la maintiens solidement. Je dis alors au sujet : « Essayez de porter votre main à votre bouche et de vous ronger les ongles. — Vous voyez que vous ne le pouvez pas. — La pression que j'exerce sur votre main est un obstacle que vous ne pouvez vaincre. — Eh bien, lorsque les circonstances dans lesquelles l'habitude se renouvelle surviendront, vous éprouverez dans la main la même sensation de pression que vous ressentez en ce moment. Votre bras vous paraîtra lourd à soulever. Cette fois, la résistance sera constituée non plus par ma main, mais par une véritable impuissance. La force à dépenser pour vaincre la résistance vous donnera le temps de vous ressaisir, d'avoir conscience du mouvement que vous alliez exécuter et de faire intervenir votre propre volonté. » Je répète cet exercice à plusieurs reprises, pour l'une et l'autre main, et la séance est terminée.

Habituellement, les sujets éprouvent toutes les sensations suggérées. Ainsi, dès le lendemain de l'opération, chaque fois que la main se soulève automatiquement pour se diriger vers la bouche, ils éprouvent nettement dans l'avant-bras une sensation qui contrarie le mouvement. Cette sensation d'arrêt est telle, que beaucoup accusent dans le bras un réel engourdissement, qui se reproduit à l'occasion de chaque mouvement d'élévation. Ces sensations sont d'ailleurs passagères. Lorsque l'action curative n'a été exercée que sur un seul bras, l'autre membre continue à céder à l'habitude automatique, et ce fait constitue une expérience de contrôle du plus grand intérêt.

CONCLUSIONS. — La mise en œuvre de la méthode hypno-pédagogique, en apparence assez simple, nécessite, de la part de l'opérateur, une certaine compétence et des aptitudes spéciales. Nous estimons même qu'elle est une opération d'ordre essentiellement médical, et qu'elle gagne à rester sous la direction d'un médecin neurologiste ou psychiâtre.

Il convient également de limiter les applications au traitement des enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, en un mot, aux enfants qui sont réfractaires aux procédés habituels d'éducation.

La méthode n'est applicable ni aux idiots, ni aux imbéciles, ni aux sujets atteints de débilité mentale. Son efficacité est en rapport avec le degré de développement intellectuel du sujet.

Les impulsions instinctives et automatiques qui disparaissent facilement chez les individus normaux sous l'influence de l'éducation, se montrent d'une extrême ténacité chez les dégénérés. Chez ces sujets, pour obtenir une transformation favorable, la suggestion à l'état de veille, quelle que soit l'autorité de l'éducateur, se montre impuissante. Au contraire, la suggestion acquiert une remarquable efficacité lorsqu'elle est faite dans l'état d'hypnotisme.

Nous considérons donc que, dans l'application de la méthode hypno-pédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par son intervention sont durables.

Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique utilisée par des médecins expérimentés est d'une innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

Bibliographie. — BÉRILLON. De la suggestion au point de vue pédagogique, *Cong. de l'Assoc. franç. à Nancy*, 1886; — De la suggestion et de ses applications à la pédagogie, *Cong. de l'Assoc. franç. à Toulouse*, 1887; — De la dipsomanie et de son traitement par la suggestion, *Revue de l'hypnot.*, 1891, 5e année, p. 47; — Les applications de la suggestion à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés, *Ier Cong. internat. de l'hypnot.*, Paris 1889; — L'onychophagie, sa fréquence chez les dégénérés et son traitement psychothérapique, *Revue de l'hypnot.*, 1894, p. 1, et brochure, Maloine, Paris 1894; — Les principes de la pédagogie suggestive et préventive, *Cong. de psychol. de Munich*, 1896; — *L'hypnotisme et l'orthopédie mentale*, in-12, 48 p., Rueff, Paris 1899; — Le traitement psychique de l'incontinence d'urine, *Revue de l'hypnot.*, 1894, 8e année, p. 359; — Les indications de la suggestion hypnotique en pédiatrie, *Cong. de méd. de Lyon*, 1895; — L'hypnotisme et la suggestion, *Conférence à l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Paris 1898; — Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopédie mentale, *IIe Cong. internat. de l'hypnot.*, Paris 1900.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La lécithine dans la tuberculose.

Par MM. H. Claude et A. Zaky (1).

Les heureux effets de la lécithine dans la tuberculose ont été signalés par MM. Gilbert et Fournier, par M. Lancereaux ; nous avons cherché à déterminer, d'une façon un peu plus précise que par les données de la clinique, l'action de ce corps sur les organismes tuberculisés. Nos études ont porté sur les animaux et sur l'homme.

I. *Recherches expérimentales.* — Nous avons fait deux séries d'expériences :

1° Trois cobayes furent inoculés avec des produits tuberculeux. Deux reçurent des injections d'huile lécithinée (0^g10 par jour de lécithine); le troisième servit de témoin. Ce dernier succomba au bout de trente cinq jours. Les deux autres moururent l'un trois semaines, l'autre cinq semaines plus tard. L'analyse des urines montra que, sous l'influence de la lécithine, les animaux tuberculisés éliminèrent moins de phosphore (0,013 au lieu de 0,032 en moyenne), et que leur nutrition fut meilleure, puisque le coefficient $\frac{Az\,U}{Az\,T}$, coefficient d'utilisation azotée, resta chez eux au voisinage de 0,90, tandis qu'il s'abaissait chez le témoin à 0,78.

2° Trois lots de cobayes, de trois individus chacun, furent inoculés de même avec des bacilles de Koch. L'un de ces lots reçut des injections sous-cutanées d'huile lécithinée (0^g05 de lécithine par jour); un autre absorba par voie stomacale 0^g05 de lécithine. Le troisième ne prit pas de lécithine et servit de témoin.

Tous les animaux du premier lot étaient morts au bout de cinquante jours; des deux autres lots, dont les individus sont nettement tuberculisés, deux animaux sur trois sont encore vivants le 1er septembre, c'est-à-dire près de trois mois après l'inoculation tuberculeuse, et leur poids resté stationnaire commence seulement à diminuer depuis quelques jours. La nutrition chez eux est meilleure qu'elle n'a été chez les témoins; le rapport $\frac{Az\,U}{Az\,T}$ est notablement supérieur à celui observé chez les témoins, et l'élimination des phosphates constatée chez ces derniers de 0,042 en moyenne n'est que de 0,027 et 0,020 chez les deux lots d'animaux ayant reçu la lécithine.

II. Nos recherches sur l'homme ont été poursuivies à l'hôpital Saint-Antoine. Nos 20 observations sont relatives à des tuberculoses pulmonaires à des degrés divers.

Chez huit tuberculeux, au début ou à la première période de la maladie, les résultats du traitement par la lécithine ont été des plus satisfaisants. L'état général, mauvais ou seulement languissant, s'est transformé en quelques jours; les forces ont augmenté, l'appétit a été réveillé presque immédiatement et le poids s'est accru dans des proportions parfois considérables : 2, 3 et même 7 kilos en moins de vingt jours. L'abaissement du taux des phosphates dans les urines a suivi *immédiatement* l'ingestion de la lécithine : 1,88 à 1,08 en moyenne, dans un cas ; 1,40 à 0,99 dans un autre; 2,55 à 2,03 chez un troisième, etc. Enfin, le coefficient d'utilisation azotée $\frac{Az\,U}{Az\,T}$ s'est élevé d'une façon constante, et dans des proportions variables suivant les cas : de 0,70 à 0,90 en moyenne dans l'observation VI; de 0,77 à 0,82 dans l'observation V; de 0,79 à 0,85 dans l'observation III, etc.

Ainsi, non seulement sous l'influence de la stimulation de l'appétit provoquée par la lécithine, les malades absorbent davantage et éliminent davantage, comme le prouve l'augmentation du chiffre de l'urée dans nos analyses, mais ils élaborent mieux, et les combustions organiques sont remarquablement activées.

Cinq observations de tuberculose pulmonaire au deuxième degré nous montrent que la lécithine donne ici également des résultats très satisfaisants. Dans tous ces cas, nous avons noté, pendant l'ingestion du médicament, une augmentation du poids chez des sujets qui auparavant maigrissaient. Parfois l'augmentation croissante du poids a été arrêtée par une poussée fébrile, une complication intercurrente, mais après ces épisodes l'élévation de poids continuait. De plus, chez tous ces malades, l'analyse des urines nons a montré une diminution dans l'élimination des phosphates et une élévation du coefficient $\frac{Az\,U}{Az\,T}$.

Chez quatre tuberculeux porteurs de vastes cavernes, les résultats ont été variables. Un malade apyrétique a retiré les mêmes bénéfices du traitement lécithiné que les autres sujets dont nous venons de parler.

Trois autres, atteints de fièvre à grandes oscillations et de troubles généraux intenses, ont continué à maigrir. Mais, fait important, l'élimination des phosphates a été moins abondante depuis l'emploi de la lécithine, et le coefficient $\frac{Az\,U}{Az\,T}$ a été légèrement accru. Quant à l'évolution des lésions, elle n'a pas paru modifiée. Nous ferons remarquer toutefois que nos observations n'ont pas encore porté sur un laps de temps suffisant pour qu'il nous fût possible d'apprécier un changement quelconque dans des altérations organiques aussi avancées.

Les mêmes réflexions s'appliqueraient à deux cas de phtisie pulmonaire à marche aiguë (forme broncho-pneumonie). L'amaigrissement n'a pas été arrêté par l'emploi de la léthicine ; toutefois, il a été moins rapide qu'auparavant, l'état général a été, à certaines périodes, très amélioré, et l'élimination phosphatique comme le rapport $\frac{Az\,U}{Az\,T}$ ont été favorablement influencés, comme dans les observations précédentes, malgré la déchéance profonde de l'organisme.

Chez un jeune homme qui paraissait au début d'une tuberculose pulmonaire à marche aiguë, les signes physiques comme les phénomènes généraux se sont brusquement modifiés à partir du moment où la léchitine a été employée; malgré une tendance à une nouvelle poussée, au moment de laquelle la dose habituelle de 0^g30 centigrammes de lécithine a été élevée à 0^g50 centigrammes, le malade est sorti de l'hôpital avec quelques traces de lésions pulmonaires à un des sommets, et un état général parfait.

Enfin, dans notre dernière observation, relative à un cas de granulie traité par la lécithine à la dose de 0^g50 centigrammes deux jours avant la mort, nous avons noté, malgré l'état de cachexie ultime du malade, une diminution de l'élimination des phosphates après l'ingestion des médicaments.

Nous pensons pouvoir conclure de ces recherches que la lécithine, grâce à son action en quelque sorte spécifique sur l'élimination des phosphates par les urines, à son influence remarquable sur les échanges nutritifs (élévation du coefficient $\frac{Az\,U}{Az\,T}$, ou d'utilisation azotée), peut être considérée comme un adjuvant précieux des diverses méthodes de traitement de la tuberculose.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Bouchard.

LA PESTE A BORD DU « SÉNÉGAL »

Nos confrères retenus au Lazaret de Frioul ont enfin débarqué à Marseille, vendredi dernier à midi. Voici quelques renseignements que nous trouvons dans le *Lyon médical* sur la façon dont l'épidémie a éclaté.

Les touristes de la *Revue générale des sciences* étaient partis le 14 septembre, à bord du *Sénégal*. « Le lendemain, écrit l'un d'eux, le docteur Aubert, nous étions en vue d'Ajaccio vers sept heures du matin, et pendant la journée j'avais fait la visite classique de la maison où Napoléon est né, du musée, de l'Hôtel de Ville et du musée Fesch où se trouvent les souvenirs de ce grand homme.

Le 15 au soir nous partions pour l'île de Rhodes où l'on devait arriver après trois jours de mer. Le 16, dans l'après-midi, nous étions en vue des îles Lipari, deux dômes rocheux assez voisins l'un de l'autre, lorsqu'on apprend qu'un cas suspect existe à bord. Un quartier-maître était atteint d'adénite inguinale que n'expliquait aucune lésion locale et de fièvre. Le fait, signalé par le médecin du bord à quelques-uns des nombreux médecins (seize) qui faisaient partie de la croisière, avait été l'objet d'une consultation.

Ces médecins, parmi lesquels je dois signaler les docteurs Bucquoy, Chauffard et Richardière, des hôpitaux de Paris, Demons (de Bordeaux), et quelques autres, tout en admettant que le diagnostic de bubon pesteux n'était pas absolument certain, furent à l'unanimité d'avis qu'il fallait regagner le lazaret français le plus proche. On vira de bord et on se remit en route pour Marseille. En passant devant Bonifacio on correspondit par signaux avec le sémaphore pour prévenir la Compagnie des Messageries maritimes à laquelle appartient le *Sénégal*. La marche du bateau fut retardée pendant la nuit par un brouillard intense et le *Sénégal* entrait en rade du Frioul le 18, vers dix heures du matin. Peu après, le médecin du service sanitaire venait faire l'appel des passagers et de l'équipage. On pratiquait au malade une incision du bubon pour examiner au microscope le liquide et l'inoculer à des animaux. Le soir même on avait trouvé quelques bacilles suspects, mais on attendit pour avoir une certitude le résultat des inoculations. Le 19, un second matelot tombait malade et était conduit au lazaret. Le 19, dans l'après-midi, le résultat des inoculations était certain et de plus l'un des rats pris à bord était infesté de bacilles caractéristiques.

Le transport à terre fut décidé pour le lendemain matin. Le 20, vers dix heures du matin, tous les passagers furent débarqués sur l'île rocheuse du Frioul, dans les différents pavillons du lazaret. Les jeunes et les célibataires dans les dortoirs, les dames et les ménages dans les chambres. J'ai pour ma part deux chambres au pavillon Fauvel. Le 21 et le 22 on a pratiqué des injections de 7 centimètres cubes de sérum antipesteux à tous ceux qui ont accepté cette injection; les médecins et leurs familles ont donné le bon exemple; aussi sur 175 passagers il n'y a eu que 13 réfractaires. Un flacon de 20 centimètres cubes sert pour trois personnes. Les chambres sont simples mais bonnes, la vue sur la côte de Marseille superbe et rappelant celle de la Grèce. Nous sommes au bord de la mer, et avec tout ce public sélect, on se croirait dans une grande plage. Malheureusement le premier matelot atteint est mort le 21 au soir, le second va bien, et ni dans l'équipage resté à bord du *Sénégal*, ni dans les passagers débarqués au Frioul, il n'y a eu le moindre malade. »

On voit que notre confrère, qui a eu la chance d'avoir une chambre, semble la trouver suffisante.

Les passagers qui ont été répartis dans les dortoirs, paraissent les trouver moins à leur goût.

L'un d'eux, en arrivant à Paris, a fait au *Journal des Débats* le récit suivant. On verra que toutes les plaintes formulées il y a quelques mois par les passagers du *Laos* se trouvent rééditées :

« Ces lazarets, quoique bien construits, sont abandonnés, ouverts à toutes les intempéries : pas une porte qui ferme, pas un volet qu'on puisse fixer. Dans les dortoirs, l'humidité est telle, que les plâtres tombent des plafonds. Les chaises, et peut-être bien aussi les lits, sont infestés de punaises : dans un dortoir, on en a tué dix-sept en quelques instants.

Mais rien ne peut donner une idée de la malpropreté des lieux : c'est un véritable scandale.

Inutile de dire que les literies sont couvertes de taches douteuses, les murs de bêtes écrasées, les portes de crachats, et que le parquet ne semble pas avoir été lavé depuis qu'il a été posé.

Cette écœurante malpropreté nous fait vivement souffrir. Des plaintes ont été adressées par les Belges à leur gouvernement. Celui-ci s'est empressé de signaler l'état des choses au gouvernement français, lequel a délégué le préfet avec charge de faire une enquête.

La conséquence en a été que le médecin de la Santé, un brave homme, qui est le dévouement même, mais ne peut s'occuper que de ce qui le concerne, a été blâmé!

Mais aussi, pour la première fois ce matin, je sens qu'on a aspergé les corridors d'acide phénique; et nous sommes prévenus que nous pouvons obtenir de l'insecticide Vicat pour nous préserver de la vermine.

Inutile de dire que notre cuisine et notre table sont à l'avenant de nos lazarets. Je ne vous les décrirai pas. Le personnel n'est évidemment pas choisi. Rares sont les gens, même parmi les plus pauvres, qui consentent à s'exposer, pour un salaire très élevé cependant. Cuisiniers et serveurs semblent convaincus qu'on ne se préserve qu'en buvant immodérément.

Nous sommes autorisés à faire venir des comestibles de Marseille; on les délivre par une grille à un employé de la Santé, lequel nous les remet à travers une seconde grille, placée à 3 mètres plus loin. Les léproseries du moyen âge avaient déjà imaginé ce procédé.

Avec quel bonheur nous avons fait venir du bon pain pas aigre, du chocolat, de la confiture et un gros jambon! »

Les plaintes, cette fois, ne seront peut-être pas aussi vaines que celles formulées précédemment, car elles auront pour avocat M. Poincaré, qui s'est trouvé parmi les passagers retenus; espérons que, cette fois, on pourra dire qu'à quelque chose malheur aura été bon.

FORMULAIRE

Compresses à appliquer sur les plaques d'érysipèle.

Salycilate de soude	4 grammes.
Bicarbonate de soude	2 —
Alcoolat de menthe	IV gouttes.
Eau	100 grammes.

Traitement des pharyngites.

1° *Bains de bouche.* — Maintenir, pendant cinq à six minutes dans la cavité buccale, un liquide antiseptique tel

qu'une solution de chloral à 1 p. 100, ou encore une solution ainsi composée :

Acide phénique..... } *ââ*	5	grammes.
Chloral..... }		
Bicarbonate de soude.. } *ââ*	10	—
Alcoolat de menthe.... }		
Eau bouillie.....	1000	—

2° *Gargarismes.* — On peut employer les gargarismes antiseptiques, astringents ou sédatifs. Tels sont :

Acide acétique.....	5	grammes.
Glycérine.....	15	—
Eau distillée.....	300	—

Ou :

Alun..... } *ââ*	4	grammes.
Acide tannique..... }		
Eau distillée.....	300	—

Ou :

Chlorate de potasse.....	6	grammes.
Glycérine.....	10	—
Eau distillée.....	300	—

Ou :

Chlorate de potasse.... } *ââ*	5	grammes.
Acide salicylique..... }		
Eau distillée.....	300	—

3° *Badigeonnages.* — Lorsqu'il existe des lésions ulcéreuses, il est indiqué d'avoir recours aux badigeonnages. Suivant les cas, on emploie l'un des mélanges suivants :

Salol.....	2	grammes.
Huile de vaseline.....	30	—

Ou :

Nitrate d'argent.....	1	gramme.
Eau distillée.....	30	—

Ou :

Iode.....	0,10	centigrammes.
Iodure de potassium.....	1	gramme.
Glycérine.....	100	—

Ou :

Iodol.....	4	grammes.
Ether.....	20	—

4° *Inhalations.* — A ces différentes médications on peut ajouter des inhalations sédatives faites avec :

Teinture de benjoin composé 90 grammes, dont on verse une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau bouillante.

(Malherbe.)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Auto-panseur gynécologique (porte-tampon stérilisable).

Du docteur Ch. Faguet (de Périgueux),
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Ancien secrétaire du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.

Cet appareil, qui a été présenté à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, le 9 juillet 1901, par M. le professeur Lanelongue, se compose :

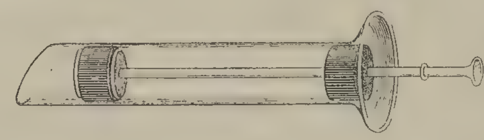
1° D'un *cylindre de verre* double, ayant la forme d'un spéculum de Fergusson, mais dont le biseau est beaucoup plus court.

Son diamètre et sa longueur sont calculés de façon à pouvoir recevoir un ovule et un tampon de coton hydrophile.

2° D'une *tige de verre* cylindrique, creuse, de 0m22 centimètres de circonférence et d'une longueur totale de 0m17.

A l'une de ses extrémités, cette tige porte deux rondelles de verre séparées par une rainure dans laquelle se loge un anneau de *caoutchouc rouge*. Cette partie constitue un piston qui glisse sans frottement dans le cylindre de verre.

L'autre extrémité est légèrement évidée en entonnoir et présente une bague de verre qui vient se heurter à un bouchon de caoutchouc rouge fixé à frottement dans le corps de l'appareil. Cette disposition est destinée à limiter la course du piston.



L'*auto-panseur gynécologique* est constitué par une seringue en verre, dont la partie cylindrique et la tige offrent des dispositions spéciales, et par des rondelles de caoutchouc rouge. Il se démonte facilement et il est entièrement *stérilisable par l'ébullition.*

Indications. — Cet auto-panseur ou porte-tampon gynécologique permet aux malades de faire elles-mêmes régulièrement, facilement et proprement les pansements vaginaux qui leur sont conseillés.

Il sert à placer des ovules à la glycérine solidifiée et des tampons de coton hydrophile, ou des tampons imprégnés de diverses substances médicamenteuses.

Mode d'emploi. — Après avoir stérilisé l'appareil par l'ébullition, on le prépare de la façon suivante :

1° Retirer la tige;

2° Introduire dans le cylindre de verre (extrémité évasée en entonnoir) un ovule et à sa suite un tampon d'ouate muni d'un fil solide;

3° Engager le fil dans la tige creuse du piston jusqu'à ce que son extrémité sorte au niveau de la partie évidée en entonnoir de cette même tige;

4° Replacer la tige dans le cylindre de verre et l'y engager jusqu'à ce que l'ovule vienne affleurer dans le biseau.

L'auto-panseur gynécologique se présente alors sous l'aspect d'une seringue chargée.

La malade se place sur son lit, dans la position dorso-sacrée, écarte les grandes lèvres de la main gauche et introduit l'auto-panseur préalablement enduit de vaseline antiseptique ou d'huile stérilisée. Quand l'appareil est mis en place, il ne reste plus qu'à presser sur la tige du piston; le moyen le plus simple consiste à appliquer la face palmaire des deux pouces en arrière du pavillon du cylindre-spéculum, pendant que les index appuient lentement, mais d'une façon continue, sur la tige du piston.

Le tampon ou l'ovule, ou l'un et l'autre, tombent dans le vagin quand le piston est arrivé à la fin de sa course, et il ne reste plus alors qu'à retirer l'appareil.

Ces manœuvres, plus longues à décrire qu'à exécuter, sont très faciles, et les malades y sont très vite habituées.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

514. M. Lemoine. Essai sur le traitement des tumeurs malignes par les sels de quinine. — 515. M. Feurtet. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — 516. M. Sentex. Des causes de la mort du produit de la conception pendant la grossesse. — 517. M. Parant. Contribution à l'étude des délires de jalousie. — 518. M. Espinasse. Assistance familiale des aliénés. Colonie d'Ainay-le-Château (Allier). — 519. M. Delarue. De la staso-baso-phobie. — 520. M. Aunay. Le rein dans la cirrhose hypertrophique biliaire. — 521. M. Decloux. Traitement de l'épithélioma cutané par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie. — 522. M. Coulombe. La lécithine de l'œuf. Son emploi thérapeutique. — 523. M. Lemonnier. Contri-

bution à l'étude du traitement du tétanos. — 524. M. Grasset. Cryoscopie et son application chez les tuberculeux. — 525. M. Paulet. Emploi thérapeutique de l'acide cacodylique. — 526. Mme Chadzynska. Sur la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé. — 527. M. Pothet. Essai critique et historique sur la suette miliaire. — 528. M. Laure. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. — 529. M. Henry. Contribution à l'étude du pouls lent, suite de diphtérie. — 530. M. Bert. Contribution à l'étude des hémorragies multiples d'origine hystérique. — 531. M. Dubarry. Étude statistique de 52 cas d'appendicite opérés en dix-huit mois par M. le docteur Tuffier. — 532. M. Geblard. La diazoréaction d'Erlich dans les maladies de l'appareil respiratoire. — 533. M. Rousseau. L'érysipèle et les maladies streptococciques à Gap en 1897.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — MM. les médecins de deuxième classe Charézieux, de Toulon, et Delaporte, du port de Cherbourg, qui ont opté pour le corps de santé de l'armée coloniale, sont désignés pour aller servir : le premier au 2e tirailleurs sénégalais, en remplacement de M. Guilland, décédé; et le second pour être attaché aux troupes du Zinder.

Marine. — M. le médecin principal Laffont, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Couronne* (école de canonnage à Toulon).

Concours pour l'emploi de médecin au service sanitaire international à Constantinople. — Ce concours, dont nous avons donné (voir *Gazette des hôpitaux* du 27 juillet) les conditions et le programme, s'est terminé par la nomination de MM. Hoffer, Mafiz Ahmed, Zanettos, Feder et Assa (1 Italien, 1 Turc, 1 Grec, 1 Roumain, 1 israélite ottoman). Le jury était composé des docteurs Clemow, délégué d'Angleterre au conseil sanitaire, Mally, délégué d'Autriche-Hongrie, Mirahol, délégué de France, et Remlinger, sous-directeur de l'institut Pasteur. Cinquante candidats environ s'étaient fait inscrire, mais seize seulement ont concouru. Aucun Français ne s'était présenté et cette abstention est très regrettable. Nos compatriotes auraient remporté, sans nul doute, un facile succès.

Le monument Pasteur à Arbois. — L'inauguration du monument élevé à Arbois à la mémoire de Pasteur a eu lieu hier sous la présidence de M. Decrais, ministre des Colonies, remplaçant le ministre de l'Instruction publique empêché.

Le ministre, MM. Chamberland, Cailletet et Liard, M. Boilley, maire d'Arbois, et M. J.-B. Pasteur ont prononcé des discours.

La peste à Naples. — L'épidémie de peste qui avait fait son apparition à Naples, la semaine dernière, semble maintenant bien localisée grâce aux mesures énergiques prises par le gouvernement italien.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (deuxième année) commenceront le mardi 5 novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

Il peut donner lieu à un certificat.

Pour les renseignements, s'adresser, 26, rue Dutot (service d'analyse).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 114. — JEUDI 3 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 3 OCTOBRE 1901. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (IIIe session, tenue à Nantes du 23 au 29 septembre 1901). Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille : *Du traitement des ruptures de l'utérus* (M. VARNIER, rapporteur); — *Traitement de l'inversion utérine* (M. OUI, rapporteur); — *Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes* (M. BOURSIER, rapporteur). — PSEUDARTHROSE DU FÉMUR POST-TRAUMATIQUE CHEZ UN ENFANT DE QUATORZE ANS; emboîtement du bout inférieur dans le canal médullaire du bout supérieur et suture métallique, guérison, par M. MAUCLAIRE, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Obstétrique :* De la valeur du sérum de Marmorek dans l'infection puerpérale; — *Médecine infantile :* Un père cocaïnomane engendrant des enfants idiots. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

(IIIe SESSION, TENUE A NANTES, DU 23 AU 29 SEPTEMBRE 1901)

Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille.

L'ouverture du Congrès a été favorisée par une éclaircie du ciel gris de la basse Loire. Disons tout de suite que l'affluence des médecins français n'a pas été considérable et que celle des médecins étrangers, sauf M. Sarabia (de Madrid), a été négative malgré toute l'activité déployée par le sympathique secrétaire général, le professeur Guillemet (de Nantes).

Les congressistes, conviés pour l'après-midi du 23 dans la grande salle de la Bourse dont l'acoustique se prête si mal aux discours, ont été reçus par le maire de Nantes, M. Serradin, ayant à ses côtés M. Sevestre (de Paris), président général du Congrès et de la section de pédiatrie, M. le professeur Queirel (de Marseille), président de la section d'obstétrique, M. Segond, président de la section de gynécologie, et M. le professeur Malherbe, directeur de l'École de plein exercice.

Le maire de Nantes, après avoir souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, a montré tous les efforts tentés tous les jours par son administration vers un idéal d'hygiène publique et de préservation sociale. C'est surtout pour l'enfance que la municipalité nantaise est disposée à faire des sacrifices, car c'est là que se trouve l'avenir de la famille et de la nation.

M. Sevestre a repris et développé, dans un langage élevé, les idées généreuses émises pour la première fois par le professeur Pinard au sujet de la puériculture, cette science nouvelle dont l'étude et la mise en pratique sera l'honneur de notre siècle et le souci de toute administration qui a conscience de son devoir et de sa responsabilité sociale.

M. Queirel, avec sa facilité de parole et son éloquence communicative, fait vibrer le cœur des Bretons en montrant tout ce que leurs médecins ont conquis pour la science obstétricale et chirurgicale. Laënnec et Lejumeau de Kergaradec n'ont-ils pas inventé l'auscultation médicale et obstétricale? Maisonneuve et Chassaignac ne sont-ils pas des gloires de notre chirurgie française?

Enfin M. Malherbe, dans une allocution pleine d'humour, montre l'union étroite de ces trois branches de la science médicale : l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie.

Cette cérémonie terminée, les membres du Congrès réunis à l'école de médecine ont procédé à l'élection de leurs divers bureaux. Les travaux et la discussion des rapports ont commencé le lendemain 24 septembre.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

(*sections réunies*).

Du traitement des ruptures de l'utérus,

Par M. VARNIER, rapporteur.

Le rapporteur fait part des réflexions suggérées par l'observation de 23 femmes atteintes de rupture utérine et désire faire partager sa conviction qu'un pareil traumatisme n'est susceptible que d'un traitement chirurgical.

Ces observations doivent être divisées en deux groupes :

Le premier groupe comprend 11 cas (avant septembre 1897) traités par la voie basse et par le traitement médical : extraction par la voie naturelle du fœtus et des annexes, tamponnement, etc., 10 morts.

Le deuxième groupe comprend 3 guérisons sur 12 ruptures, mais sur ces 12 ruptures il y en a 6 qui n'ont pu être opérées et traitées chirurgicalement à temps. Il reste donc 3 guérisons pour 6 interventions. Il est à prévoir que dans l'avenir l'organisation des services d'accouchement permettra des interventions d'urgence rapidement menées et qu'on aura de ce fait un nombre plus considérable de guérisons.

Les éclectiques disent qu'il y a 2 variétés de rupture utérine :

La rupture incomplète ne s'étendant pas jusqu'au péritoine, justiciable d'un traitement par les voies naturelles;

La rupture complète, intéressant le péritoine et justiciable d'un traitement chirurgical. Malheureusement cette division n'est pas clinique : s'il est possible par le toucher de se ren-

dre compte d'une rupture utérine, il est impossible d'en juger l'étendue. Il n'y a rien qui ressemble au toucher à une rupture complète comme une de ces ruptures sous-péritonéales décrites déjà par Cazeaux.

Pas plus que l'exploration manuelle, l'appareil symptomatique : la réaction de l'organisme, ne peuvent conduire au diagnostic de degré et d'étendue de la rupture.

Ainsi donc il y a nécessité d'une intervention *exploratrice*. Quelle sera la *curatrice*?

Le rapporteur n'est pas enclin à adopter le traitement conservateur qui a donné à Léopold en 1891 et à d'autres auteurs de très beaux succès, mais lorsqu'une femme a crevé son utérus, elle est à mettre en réforme pour cause de blessures graves contractées dans le service : un utérus aussi taré ne doit pas être exposé à une récidive.

L'opération conservatrice avec suture partielle ou sans suture ne peut apparaître raisonnable à aucun accoucheur après les discussions sur les suites des opérations utérines. Il faut craindre, en adoptant la pratique conservatrice de Léopold, d'enfermer dans le ventre une bombe à renversement, un utérus prêt à se rompre lors d'un accouchement ultérieur.

Quelle est la variété d'hystérectomie qui est à préconiser? dans ces états de schock la meilleure opération sera l'*hystérectomie subtotale* avec extériorisation du pédicule à la façon de Porro et dans les cas de délabrements sous-péritonéo-pelvien, la pratique d'Hartmann qui, après avoir restauré le moignon et suturé les déchirures péritonéales, marsupialise le foyer de rupture.

Les idées exposées par M. Varnier sont absolument celles de M. Pinard, qui insiste sur la nécessité du traitement chirurgical de la rupture utérine, diagnostiquée par le toucher intra-utérin.

Traitement de l'inversion utérine,

Par M. Oui (de Lille), rapporteur.

Les méthodes de traitement doivent être divisées en 3 grands chapitres :

1. Traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale;
2. Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale;
3. Traitement de l'inversion polypeuse.

Inversion récente étant un terme s'appliquant aux inversions observées avant le retour de couches, inversion ancienne désignant les cas persistant après la réapparition des règles.

I. Traitememt de l'inversion récente d'origine puerpérale. — L'indication urgente est de réduire l'utérus.

A. *Intervention pratiquée dans les premières heures qui suivent la production de l'inversion.* — Lorsque le placenta est adhérent à l'utérus inversé, l'auteur, avec Pinard, Ribemont-Dessaigne, Schrœder et contre Durhsen et Varnier, est d'avis de supprimer cet obstacle à la réduction, à moins que cette suppression n'entraîne de sérieux inconvénients. Il ne faut pas être retenu par la crainte des hémorragies et du reste cette délivrance à ciel ouvert est facile et sans danger.

Si l'on opère tout de suite après l'accouchement, on devra le faire sans anesthésie, de peur d'augmenter le schock déjà particulièrement inquiétant; du reste, dans ces cas, le taxis est facile et s'il était impossible de se passer d'anesthésie, il serait préférable de recourir à l'éthérisation.

La réduction doit se faire uniquement par manœuvres manuelles par *taxis*. Il existe trois procédés :

1. Taxis central ou méthode de Viardel;
2. Taxis périphérique ou méthode d'Astruc;
3. Taxis latéral ou méthode de Deleurye.

On emploiera une de ces trois méthodes selon les conditions du moment en se souvenant de celles indiquées déjà par M. le professeur Pinard. En face d'une inversion récente il faudra successivement :

a. Décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine;
b. Réduire l'utérus dans le vagin;
c. Retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions.

Il faudra surveiller de très près la femme et assurer le retour du pouls par l'éther ou la caféine.

B. *Traitement pendant la période d'involution.* — L'anesthésie est ici de toute nécessité. Le taxis central ne donnera pas de résultat, il serait préférable de faire appel au taxis périphérique et au taxis latéral.

Il faut rejeter sans hésitation tout redresseur rigide capable de perforations utérines et employer si l'on veut le ballon de Champetier ou le tamponnement à la gaze iodoformée qui, tout en permettant d'atteindre l'involution complète, met à l'abri de l'hémorragie et de l'infection.

Dans les cas de sphacèle de la muqueuse et d'infection utérine on ne pourra songer au taxis capable de produire une péritonite suraiguë. Ces cas sont susceptibles de la seule hystérectomie vaginale, typique, comme l'a faite le professeur Queirel, ou extra-vaginale par le procédé Pinard-Segond.

II. Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale. — Les observations de Barnes, de Courty et de Sims permettent de conclure que, si prolongée qu'ait été l'inversion, l'utérus reste très longtemps capable de récupérer son intégrité fonctionnelle. Toutes les tentatives faites pour réduire l'utérus en le conservant sont légitimes, quel que soit l'âge de l'inversion. Elles doivent prendre pas sur l'hystérectomie, ressource ultime réservée aux cas où la réduction est impossible.

Le taxis présente dans ces cas de grandes difficultés : il faut toujours agir avec prudence et avec douceur et ne l'abandonner que lorsqu'on aura la certitude de son inefficacité.

La méthode à pression continue, qui compte quelques succès, comprend les pessaires à tiges et les pessaires à air ou à eau.

De tous les pessaires à tige, plus répandus en Angleterre, le « repositor » d'Aveling est le plus pratique : il a donné plusieurs succès. Avec Pozzi, Dénucé, il vaut mieux que les pessaires à eau ou à air.

Cette dernière méthode donne des échecs, elle est longue, elle provoque de l'hyperthermie, elle occasionne des douleurs intenses, elle entraîne des sphacèles.

Quant au tamponnement à la gaze qui a donné de très beaux résultats, il a peu de succès à son actif et demande un temps très considérable.

Les échecs des méthodes de douceur devaient amener à la pratique des opérations sanglantes.

Les *laparotomistes*, avec Gaillard Thomas, ont voulu faciliter la réinversion de l'utérus en dilatant l'anneau d'inversion, c'est-à-dire le col. La laparotomie a donné de médiocres résultats : 8 guérisons seulement sur 12 cas publiés.

Les *interventions par la voie vaginale* comprennent plusieurs actes opératoires divers :

Les *incisions du col* n'ont jamais été suffisantes par elles-mêmes pour permettre au taxis de refouler l'organe inversé : le succès n'a jamais été dû qu'à l'extension des incisions sur le tissu utérin, et cela non sans danger.

Les *débridements du corps*, par le procédé de Duncan qui n'attaque que le tissu utérin sans oser sectionner le péritoine, ou de Kustner qui ne pratique que la colpotomie postérieure avec incision de la paroi postérieure jusqu'au péritoine sur quelques centimètres de longueur, sont des interventions incomplètes qui comptent de nombreux insuccès à leur actif.

Dans l'inversion utérine ancienne, c'est toute la paroi utérine qui est rigide et qu'il faut inciser. Il est donc nécessaire de pratiquer la *colpo-hystérotomie postérieure*, indiquée par Piccoli, ou mieux *antérieure*, pratiquée par Oui en 1900, tout en ignorant les travaux d'un gynécologue italien, Spinelli, qui l'avait aussi employée avec succès.

Cette opération comporte :

Incision large du cul-de-sac antérieur;

Exploration de l'infundibulum d'inversion;

Incision de toute la paroi antérieure de l'utérus;

Réduction de l'inversion;

Suture du corps utérin ; réintégration de l'utérus ; suture du col et drainage du cul-de-sac antérieur.

La *colpo-hystérotomie antérieure* doit être préférée à la postérieure de Piccoli, parce que les résultats sont durables, l'opération est plus facile et elle assure une réfection parfaite de la paroi utérine permettant à une grossesse d'évoluer jusqu'au terme.

Enfin dans les cas rares où cette dernière opération ne permettrait pas la réduction, c'est à l'*hystérectomie* qu'il faut avoir recours. Elle est indiquée d'emblée dans les cas de sphacèle ou d'infection.

III. Traitement de l'inversion polypeuse. — Il faut d'abord supprimer le polype. Quelquefois la réduction se fait d'elle-même. Dans le cas où l'utérus resterait inversé on s'inspirerait des conditions pour pratiquer soit la colpo-hystérotomie antérieure soit l'hystérotomie.

Ce rapport remarquable a suscité d'intéressantes discussions dont nous n'indiquerons que le résumé : M. **Segond** n'est pas du tout partisan de la laparotomie pour réduire l'utérus inversé et, quand il faut intervenir, il est d'avis que, puisqu'on se trouve en présence d'une tumeur *extravaginale*, d'une poire qui tombe presque sur les genoux de l'opérateur, on doit employer le procédé que l'on voudra, à forcipressure ou à ligature, tout en ayant soin de bien vérifier le contenu de l'utérus inversé, pour ne pas commettre de lésions vésicales ou intestinales. Il fait remarquer avec grande raison que l'honorable rapporteur a oublié, en énumérant les procédés opératoires, de parler de la section latérale qui donne de si jolis résultats dans les cas d'*inversion voulue* pour fibromes utérins opérés par la méthode d'Amussat. Cette pratique, décrite dans la thèse de Dartigues, aurait dû être signalée dans un rapport si complet.

Le professeur **Pinard** demande à modifier la classification, indiquée par le rapporteur, d'involution récente et d'involution ancienne. Elle n'est pas suffisante pour fixer les indications opératoires. Deux malades de son service montrent bien la nécessité de changer cette façon d'envisager la question : une malade entrée au troisième jour de son accouchement avec un utérus inversé put être opérée, une seconde venue à Baudelocque au neuvième jour à qui le taxis donna un résultat heureux.

Il vaut mieux employer la classification suivante :

Inversion immédiate. — Justiciable de la réduction immédiate, cette inversion doit être diagnostiquée tout de suite après l'accouchement et c'est en enseignant aux sages-femmes et aux praticiens cette sage ligne de conduite que le chirurgien n'aura plus à intervenir.

Inversion récente médiate. — Susceptible d'un traitement conservateur dans les cas où la réduction peut se faire ;

Soumise au traitement chirurgical et à l'ablation lorsqu'on sera en présence d'une infection ou d'un sphacèle.

Et encore l'utérus infecté peut-il quelquefois être nettoyé et conservé, mais lorsque l'anneau de constriction aura entraîné la gangrène des tissus, il ne faudra pas songer à conserver, c'est l'ablation qui est l'acte thérapeutique justifié.

Pour M. **Lapeyre** (de Tours), les indications opératoires, dans le traitement de l'inversion utérine puerpérale irréductible, constituent le point particulièrement intéressant de la question. Jusqu'ici, l'hystérectomie vaginale, la colpohystérotomie, la laparotomie n'ont été que rarement exécutées.

Aux inversions récentes aiguës compliquées d'hémorragie grave, de septicémie et de sphacèle, convient seule l'hystérectomie vaginale, intervention que l'auteur a pratiquée avec succès le 9 novembre 1900, au vingt-huitième jour après l'accouchement, pour une inversion totale.

Aux inversions anciennes, chroniques, doit être opposé le traitement conservateur, la colpohystérotomie, suivant la méthode de Piccoli; l'hystérectomie vaginale ne sera faite qu'après échec de la réduction : appelé dès le début pour une inversion ne donnant lieu à aucune complication sérieuse, le chirurgien attendra la fin de l'involution utérine pour tenter l'opération conservatrice.

Mais entre ces deux groupes : inversions récentes compliquées et graves, inversions chroniques, existe toute une série de faits intermédiaires. L'inversion, dès le début, est suffisamment grave pour exiger un traitement non indéfiniment différé.

L'hystérectomie vaginale sera nécessaire même dans la plupart des cas. La colpohystérotomie doit cependant être étendue, autant que possible, à ce groupe intermédiaire. L'utérus soigneusement désinfecté, on tâchera d'attendre la fin de l'involution. Peut-être dans quelques cas récents, la laparotomie qui agit directement sur l'anneau d'inversion et permet des tractions sur les ligaments larges, pourra-t-elle se substituer aux deux méthodes précédentes.

La colpohystérotomie totale est certainement supérieure à la colpohystérotomie incomplète de Kustner.

L'hystérectomie vaginale est excessivement simple, surtout si l'on a soin de vérifier le contenu de l'utérus, selon la pratique de MM. Pinard et Segond.

Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes.

Par le professeur Boursier (de Bordeaux), rapporteur.

On entend par *dystocie par fibromes*, tous les cas de grossesse dans lesquels la présence de tumeurs fibreuses occasionne, soit directement, soit indirectement, des difficultés ou des obstacles au travail de l'accouchement.

Cette dystocie pourra venir de la mauvaise accommodation du fœtus avec présentation vicieuse : dystocie d'origine fœtale.

Les fibromes gêneront les contractions utérines : dystocie utérine.

Les fibromes gêneront par leur siège l'expulsion du produit, et par leur présence produiront un obstacle : dystocie fibreuse. Cette dernière est particulièrement susceptible d'un traitement chirurgical, les deux autres étant plus justiciables d'un traitement obstétrical.

Les fibromes dystociques seront surtout ceux qui, développés sur le segment inférieur ou sur le col, apporteront un obstacle mécanique inévitable, puisque cette région utérine ne subit pas de mouvement d'élévation ou d'abaissement. Les tumeurs développées sur le fond de l'utérus ou les fibromes sous-péritonéaux ne sont, en général, d'aucune gêne à l'acte obstétrical.

Il semblerait possible de diagnostiquer à l'avance les tumeurs coupables de dystocie : cela est impossible à cause des modifications que leur impriment la grossesse et l'accouchement.

Ces modifications sont au nombre de trois :

Augmentation presque générale du volume de la tumeur;

Ramollissement qui permet quelquefois à des fibromes prœvia de se laminer et permettre par étalement l'expulsion de l'enfant;

Ascension de la tumeur et déviations utérines.

Ce n'est donc qu'au moment du terme, qu'au moment du travail, que l'on peut préjuger de la dystocie possible : aussi, en présence d'une fibromateuse enceinte, sauf des accidents graves, il faut laisser évoluer la grossesse jusqu'à la fin de la parturition. Du reste, l'intervention n'est presque jamais nécessitée, l'accouchement se terminant généralement par des actes obstétricaux.

A quel moment doit-on opérer quand il y a dystocie? Les uns, Pozzi, Legueu, Turner, veulent attendre jusqu'au terme, mais pas au delà; les autres, avec Pinard, attendent le début du travail et la rupture de l'œuf, mais jamais davantage, pour ne pas attendre au détriment de l'enfant et souvent de la mère.

Les opérations chirurgicales pour le traitement des fibromes dystociques varieront avec le siège des tumeurs : dans les cas de tumeur à évolution vaginale, soit qu'il s'agisse d'un polype ou d'une tumeur plus large avec implantation étendue, il faut intervenir par le vagin, mais bien se garder des incisions de Duhrsen, capables de tous les méfaits.

Plus nombreuses sont les opérations proposées pour les fibromes à évolution abdominale :

La *myomectomie*, qui a été employée avec profit, n'est applicable qu'aux fibromes pédiculés.

La *symphyséotomie* doit être rejetée, et il faut accepter les conclusions de Varnier : il est irrationnel de recourir à la symphyséotomie dans la dystocie causée par une tumeur des parties molles.

L'*opération césarienne conservatrice* reste, comme l'a dit Pinard, une opération hasardeuse quand on la fait pour un cas de dystocie fibreuse. Elle ne s'adresse du reste pas à la cause.

L'*opération césarienne avec contraction ovarienne*, ou opération de Battey, est aléatoire et infidèle comme action sur les fibromes.

L'*opération césarienne avec myomectomie* ne peut être érigée en ligne de conduite; elle est et restera une opération pour des cas exceptionnels, auxquels cas elle constituera une ressource précieuse.

L'*opération de Porro* est supérieure, au point de vue statistique, à l'opération césarienne; elle est simple, rapide et à la portée de tout praticien. Cependant, la difficulté est quelquefois très grande de pratiquer un pédicule au niveau d'un fibrome siégeant sur le col ou le segment inférieur. Il faut laisser alors de la tumeur en place : de plus, la nécessité d'extérioriser le moignon expose à des complications et, en tout cas, à une cicatrisation lente et à une cicatrice horrible. Cette opération doit être réservée aux cas où il faut se hâter; il sera préférable, dans la majorité des cas, d'employer l'*hystérectomie abdominale totale*, selon le conseil de Pinard et Varnier.

Cette opération radicale et vraiment curative constitue la méthode de choix et devra être employée toutes les fois que la chose sera possible, que l'enfant soit vivant ou mort.

M. SEGOND se fait l'interprète de l'assemblée pour féliciter le rapporteur d'un travail si important, qui marquera une date dans l'histoire du fibrome dans ses rapports avec la grossesse.

A ce propos, M. ALBERT MARTIN (de Rouen) apporte un cas de myomectomie pratiquée au début d'une grossesse qui a évolué normalement par la suite et s'est heureusement terminée par la naissance d'un enfant vivant.

M. MONTPROFIT a opéré aussi une femme enceinte, à terme, atteinte d'un énorme fibrome placé sur la face postérieure. Il pratiqua l'opération césarienne conservatrice et fit une myomectomie. Il se demandait s'il avait agi sagement au point de vue de l'avenir obstétrical de cette opérée, lorsqu'il a appris tout dernièrement que cette dame, opérée il y a trois ans, avait accouché spontanément, à Limoges, d'un enfant à terme et vivant.

M. PINARD, tout en reconnaissant la grande valeur des deux observations précédentes, s'élève avec énergie contre toute intervention pendant la grossesse, sauf dans les cas d'accidents graves qui forcent la main de l'opérateur. L'accord est aujourd'hui parfait entre accoucheurs et chirurgiens, à savoir qu'il ne faut pas, de propos délibéré, intervenir pour fibromes chez une femme enceinte, car il est exceptionnel qu'une femme grosse avec un utérus fibromateux présente, au moment du travail, des accidents graves.

A la Clinique Baudelocque, sur 25000 accouchements, il y a eu 85 cas diagnostiqués de fibromes coïncidant avec la parturition. Il n'a fallu en opérer que 12, et encore presque toutes allèrent à terme.

Il y a un abîme entre le traitement chirurgical du fibrome dans un utérus vide et celui du fibrome coïncidant avec l'évolution d'une grossesse. Mais ce qu'il faut bien savoir et qu'il faut condamner de toutes nos forces, c'est l'expectation prolongée pendant le travail; il n'y a pas de dystocie grave ou moyenne; on ne peut pronostiquer ce qui se passera au moment du travail et prédire la pratique que l'on emploiera; ce qu'il faut éviter par-dessus tout, c'est la production de traumatismes sur l'enfant.

Si d'un côté on n'a pas le droit de troubler l'incubation d'une grossesse, par une opération avant terme, parce qu'on ne peut pas savoir la date certaine de ce terme, et parce que nous ne possédons pas des éléments de certitude de cette époque, on n'a pas le droit, lorsque la dilatation est terminée et que la présentation (tête ou siège) n'est pas engagée, d'employer des procédés opératoires qui traumatiseront le fœtus. Fera-t-on une application de forceps dans ces cas? C'est un déchet social que l'on encourt avec certitude, soit que l'enfant meure de l'acte opératoire, soit que vivant il

soit estropié ou atteint définitivement dans son organisme.

Quand la poche des eaux est rompue, s'il y a fibrome et s'il y a un trouble dans le travail, il faut être plus chirurgien qu'accoucheur, il faut intervenir par la voie haute : il faut pratiquer une *tomie* immédiate pour sauver l'enfant, il faut la faire suivre d'une *ectomie* pour garantir la mère : *ectomie partielle* ou opération de Porro, *ectomie totale* ou hystérectomie abdominale.

La myomectomie restera une opération d'exception parce que les cas comme eux d'Albert Martin et Montprofit sont l'exception. Il faut bien dire que l'opération de Porro sera certainement celle qui sera le plus employée en clientèle parce qu'elle est beaucoup plus facile, plus rapide et à la portée de tout praticien soucieux de son art et de sa responsabilité.

Comme conclusion, il est du devoir d'un vieil accoucheur de faire remarquer que les 85 femmes opérées à Baudelocque étaient toutes des primipares ayant dépassé trente ans ou des secondipares dont la première grossesse remontait à douze ou quinze ans : cette longue inactivité utérine est la seule cause productrice du fibrome et la nature se venge ainsi sur celles qui n'ont pas pu ou n'ont pas voulu remplir les nobles fonctions pour lesquelles elles sont créées : la peur du fibrome chez les femmes qui ne sont pas mères, et chez celles qui redoutent les nombreuses grossesses, sera la prophylaxie de cette néoplasie qu'un jour peut-être les chirurgiens n'auront plus à traiter.

M. SEGOND s'associe pleinement à l'opinion de M. le professeur Pinard, et fait remarquer à nouveau que, si le praticien n'est pas très bien outillé, s'il n'est pas bien aidé, s'il n'est pas dans un milieu aseptique, il devra de préférence pratiquer le Porro ; mais s'il est dans de bonnes conditions d'outillage et d'entourage, c'est à l'hystérectomie totale qu'il devra recourir et il emploiera le procédé qui lui conviendra en se souvenant de la nécessité d'assurer une hémostase parfaite. (*A suivre.*)

PSEUDARTHROSE DU FÉMUR POST-TRAUMATIQUE CHEZ UN ENFANT DE QUATORZE ANS

EMBOITEMENT DU BOUT INFÉRIEUR DANS LE CANAL MÉDULLAIRE DU BOUT SUPÉRIEUR ET SUTURE MÉTALLIQUE, GUÉRISON (1)

Par M. MAUCLAIRE,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'ostéogenèse étant très active chez l'enfant, il semblerait que les pseudarthroses *post-traumatiques* devraient être assez rares. Et, en effet, quand on suit un service de clinique infantile pendant quelque temps, cette complication des fractures n'est pas fréquente, quand la fracture est fermée. Cependant, dans une thèse récente (2), Charet a pu réunir 35 cas de fractures suivies de pseudarthrose et observées chez l'enfant. Ces 35 cas se décomposent ainsi : 25 cas de pseudarthrose de la jambe, 7 pour l'humérus et 3 pour le fémur. L'interposition de parties molles, muscles ou nerfs, fut rarement observée. Charet admet une sorte d'ostéite ou de malformation osseuse congénitale. Le diabète, la phosphaturie, le rachitisme, la syphilis sont des causes exceptionnelles.

Dans notre observation la cause évidente de la non-consolidation fut la suppuration du foyer de fracture et le chevauchement très marqué des fragments sans interposition de muscle.

C'est pourquoi nous nous demandons si, même dans les cas de fracture fermée, il ne faudrait pas, au point de vue pathologique, faire jouer un certain rôle à une sorte d'infection latente, du foyer de fracture, quand une des causes sus-indiquées, générales ou locales, ne peut être invoquée. Ce que nous savons des ostéomyélites larvées rend cette hypothèse assez plausible. Il est vrai que l'ostéite raréfiante et atrophiante, qui est si fréquente au niveau des extrémités fragmentaires, ressemble plutôt à une ostéopathie nerveuse, médullaire et l'atrophie musculaire, concomitante, sur laquelle insiste beaucoup Charet, plaident plutôt en faveur d'une origine médullaire de ces pseudarthroses infantiles. Mais ce sont là de simples hypothèses demandant de patientes vérifications.

Au point de vue thérapeutique, une fois que la pseudarthrose est déclarée, le traitement est bien difficile. Ainsi, sur 35 cas, on dut avoir recours à l'amputation 15 fois après échec de la résection et de la suture. Dans 8 cas, la suture ne donna aucun résultat et ne fut pas suivie d'autre intervention, les malades restèrent infirmes; 5 fois seulement la suture après résection fut suivie de consolidation. Il y eut 4 guérisons par l'extension prolongée et 3 guérisons par la suture.

On voit donc combien est grave la pseudarthrose du fémur, car dans les 3 cas colligés par Charet, il y eut : une consolidation après enchevillement, une amélioration après la suture, une non-consolidation après un grattage des fragments et l'immobilisation.

Dans notre observation, nous croyons que le bon résultat obtenu tient à l'emploi du procédé qui consiste à emboîter le fragment inférieur dans le canal médullaire du bout supérieur, procédé déjà employé en 1830 par Roux pour une pseudarthrose humérale. Bérard et Bérenger-Féraud l'avaient jugé insuffisant. Delorme, au contraire, obtint par ce procédé un excellent résultat pour une pseudarthrose humérale (*Bulletin médical*, 21 août 1894). M. Delorme l'appelle procédé de l'enclavement ou du ténon. Dans notre cas, la suture servit à maintenir cet emboîtement. Enfin, la désinfection du foyer a joué aussi un rôle certain. La résection suivie de la suture, opération très recommandée par Mathieu (*Archives générales de médecine*, 1883), par le professeur Berger (*Revue de chirurgie*, 1887) et son élève Simonnot (Th. ne Paris, 1890), aurait provoqué un grand raccourcissement de la diaphyse fémorale, car l'extrémité du bout inférieur était très oblique. Pour la même raison, l'enclavement en V (procédé de M. Berger) n'aurait pas pu être pratiqué sans raccourcissement notable.

La guérison fut obtenue avec une légère incurvation à concavité interne du tiers supérieur de la diaphyse fémorale. Le résultat fonctionnel est très bon, aussi une opération pour modifier cette incurvation nous a paru inutile. Actuellement (15 septembre 1901), le raccourcissement est de 2 centimètres, il est facilement corrigé par une talonnette mise dans la chaussure.

Je me propose de vérifier plus tard l'évolution de cette courbure anormale, au point de vue de son augmentation ou de sa diminution, du fait du fonctionnement du membre inférieur pendant la marche et la station debout. Enfin, tout récemment, une chute involontaire faite sur le genou a amélioré la raideur de celui-ci.

(1) Communication au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Nantes, sept. 1901.

(2) CHARET. *Pseudarthroses chez l'enfant*, Th. de Lyon, 1900-1901.

Observation (résumée). — A. P..., âgé de quatorze ans, entre d'urgence, le 15 juillet 1900, dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat, pour une fracture compliquée du fémur à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la diaphyse. Étant donné l'ouverture du foyer de fracture, une suture immédiate au fil d'argent fut faite par l'interne du service. Malheureusement, la plaie n'avait pu être suffisamment désinfectée; une suppuration légère s'établit et empêcha la consolidation, même au bout de six mois.

Le 12 janvier 1901, nous nous décidons à explorer le foyer de fracture qui fut mis à nu. Nous trouvons que le fragment inférieur très oblique a chevauché sur la face externe du fragment supérieur. Rugination du périoste, puis une longue esquille interposée est enlevée. Après une très forte traction, l'extrémité supérieure du fragment inférieur est emboîtée dans le canal médullaire du bout supérieur, sur une longueur de 3 centimètres environ. Le canal médullaire ayant été agrandi à la curette, il ne fut pas nécessaire d'arrondir le bout inférieur. Une suture métallique consolide cet emboîtement en perforant les deux fragments. *Le membre est immobilisé par un appareil plâtré qui prend le bassin et toute la cuisse.* Le membre ne put être maintenu en légère abduction, sous peine de détruire l'emboîtement; la direction du fragment supérieur étant un peu en adduction.

Au bout de quatre mois, la consolidation était obtenue. Des massages furent faits et rétablirent rapidement la fonction des muscles. Actuellement, le résultat fonctionnel est excellent. Le raccourcissement est de 2 centimètres au plus, la station debout et la marche ne déterminent pas de fatigue notable.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(1er octobre 1901)

L'Académie a repris hier le cours de ses travaux. En ouvrant la séance et en souhaitant à ses collègues la bienvenue, M. le vice-président a rendu un légitime hommage à la mémoire du regretté Le Roy de Méricourt, qui, comme on sait, a succombé pendant les vacances. Il a rappelé la vie quelque peu mouvementée du jeune médecin de marine, sa carrière professorale à l'École de Brest, ses travaux d'hygiène navale, la longue et honorable vie de cet aimable et distingué savant. Dans un fort heureux rapprochement, il a fait revivre ces trois amis inséparables, Fonssagrives, Rochard et Le Roy de Méricourt, tous trois l'honneur de la médecine navale.

La parole a été donnée ensuite à M. Pouchet pour la lecture d'une note sur **la dissémination et la localisation de l'antimoine dans l'organisme.** Des expériences, faites sur des lapins, paraissent démontrer :

Que l'action toxique de l'antimoine ainsi que sa localisation ne commencent à se montrer qu'à une dose élevée relativement aux doses correspondantes d'arsenic.

Que la localisation de l'antimoine est très différente de l'arsenic.

Que, dans les mélanges d'arsenic et d'antimoine, ce dernier, loin de diminuer le pouvoir toxique de l'arsenic, paraît, au contraire, le soutenir et même l'accroître.

Dans l'espace de cinquante jours, un lapin du poids de 1095 grammes absorbe, par doses de 5 milligrammes, 30 rations d'émétique, soit en totalité 150 milligrammes, représentant 54 milligrammes d'antimoine; au bout de ce temps il est sacrifié. La recherche de l'antimoine n'a permis d'en retrouver une proportion appréciable que dans l'appareil digestif; la peau et les poils (150 grammes) n'ont fourni qu'un indice d'anneau à peine visible.

Ces résultats sont confirmés par les expériences faites sur d'autres lapins et sur des chiens.

L'addition d'une faible proportion d'arsenic à l'antimoine rend plus précoces les manifestations cutanées et nerveuses (paralysie du train postérieur) et fait apparaître des accidents gastro-intestinaux. La localisation et la répartition de l'antimoine ne sont pas modifiées. Le cerveau et la moelle, les muscles, le foie renferment de l'arsenic et pas d'antimoine. Les os renferment de l'arsenic et une trace d'antimoine; la peau et les poils contiennent une proportion assez notable d'arsenic et une quantité d'antimoine plus considérable que la précédente; le tube digestif renferme un peu d'arsenic et la plus forte proportion d'antimoine.

L'administration simultanée d'une autre substance médicamenteuse active, dans l'espèce le bromure de potassium, paraît modifier d'une façon très notable et la symptomatologie de l'intoxication, et la localisation des substances toxiques.

Après cette unique communication, la séance a été levée à trois heures trois quatrs, faute d'orateurs.

REVUE DE LA PRESSE

OBSTÉTRIQUE

De la valeur du sérum de Marmorek dans l'infection puerpérale. M. Lop (de Marseille). — Le sérum de Marmorek étant fort discuté, M. Lop l'a expérimenté sur cinq malades : Toutes les cinq étaient en pleine infection quand il est intervenu activement.

La temporisation apportée à l'intervention instrumentale chez deux d'entre elles, n'avait fait que prolonger la situation dans un cas et l'aggraver dans l'autre.

M. Lop est convaincu que l'action du sérum a été indiscutable dans ces cinq cas, aussi bien que dans les deux déjà publiés (*Marseille méd.*, 1896).

Et, d'accord avec MM. les professeurs Pinard et Wallich, Bar et Tissier, Gaulard (de Lille), il croit pouvoir conclure qu'en présence de l'innocuité absolue du sérum de Marmorek, et aussi de son efficacité, ajoute-t-il, il y a lieu, dans la septicémie puerpérale, d'intervenir simultanément par l'utérus et par la sérothérapie.

« Le sérum anti-streptococcique doit toujours être injecté à titre prophylactique, quand, pour une raison quelconque, l'intervention doit être différée.

Mais jamais la sérothérapie ne devra faire rejeter le nettoyage de la cavité utérine. Cette opération s'impose; elle devra toujours avoir le pas sur l'injection du sérum.

Pour obtenir tout l'effet désiré, il ne faut pas craindre d'injecter des doses dont le point maximum m'a paru varier entre 60 et 100 centimètres cubes.

On peut, sans inconvénient, injecter 10 centimètres cubes matin et soir tous les deux jours. » (*Ann. de la Soc. d'obst. de France*, 1901.)

L. G.

MÉDECINE INFANTILE

Un père cocaïnomane engendrant des enfants idiots. — M. Marfan a observé récemment un fait qui peut se passer de commentaires.

Appelé auprès d'un enfant atteint d'idiotie complète, il fit une enquête qui lui donna les renseignements suivants : du côté de la mère aucune tare nerveuse, aucune intoxication. Le père, qui n'appartient pas d'une manière évidente à une famille de névropathes, après avoir été longtemps un homme vif, mobile, emporté, fut, il y a huit ans, à la suite d'une

rhinite hypertrophique qui gênait la respiration, amené à se cocaïniser.

Actuellement, sous des formes diverses, il *absorbe par le nez près de 3 grammes de chlorhydrate de cocaïne chaque jour*. Sous l'influence de l'intoxication, il est devenu obèse et a éprouvé des troubles nerveux divers (hallucinations avec cris violents). Il est devenu incapable de travailler.

Ce ménage a eu quatre enfants : 1° une fille âgée de treize ans, intelligente et bien portante ; 2° une fille âgée de huit ans, conçue deux mois après les opérations nasales, c'est-à-dire à une époque où le cocaïnisme commençait à peine ; cette petite fille est chétive, un peu pâle, mais très intelligente ; 3° un fils âgé de six ans, conçu lorsque le cocaïnisme du père était déjà à son apogée : c'est l'idiot complet pour lequel on était venu consulter M. Marfan ; 4° un dernier enfant âgé de dix mois, engendré aussi en plein cocaïnisme et qui est également un idiot microcéphale. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, sept. 1901.) F. R.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Au point de vue de la médication salicylée, l'aspirine constitue un progrès considérable. On peut dire qu'elle a toutes les qualités de l'acide salicylique à leur maximum de puissance, sans en avoir les multiples inconvénients. C'est presque un médicament idéal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 1er octobre 1901, M. le médecin-major de deuxième classe Brau, en congé dans la métropole, a été mis à la disposition de M. le ministre des colonies, pour être attaché à l'Institut Pasteur.

Marine. — M. le médecin de première classe Pourtal, du cadre de Lorient, est désigné pour aller occuper les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Rochefort, en remplacement de M. le docteur Titi.

M. le médecin de deuxième classe Regnault (J.), en service à l'école de pyrotechnie à Toulon, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira dans ce port le 1er octobre prochain, pour l'emploi du prosecteur d'anatomie.

M. le médecin principal Théron, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Gaulois* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Couteaud, qui a reçu une autre destination à la mer.

— Voici la liste d'embarquement des officiers du corps de santé, à la date du 1er octobre 1901 : Médecins en chef de première classe : MM. Manson, Dhoste, Balbaud et Abelin.

Médecins en chef de deuxième classe : MM. Ambiel, Kermorvant, Brémaud et Frison.

Médecins principaux : MM. Laugier et Dufourcq.

Médecins de première classe : MM. Pélissier, Duville, Guitton, Autric, Amouretti, Branzon-Bourgogne, Rousseau, Deblenne, Vinas et Audibert.

Médecins de deuxième classe : MM. Bellet, Maille, Laurent, Dargein, Madon, Aldeberi, Loro, Delaporte, Lafolie, Manine-Hitou, Coquin, Roustan, Bellamy, Alain, Balcam, Marchenay et Chemin.

La lutte contre l'alcoolisme dans l'armée. — Le chef de bataillon Driant, commandant le 1er bataillon de chasseurs, a inauguré l'an dernier un mode de lutte contre l'alcoolisme qui lui a donné d'excellents résultats. Pour appuyer ses conseils, il a imaginé d'accorder en prime aux compagnies qui compteraient le moins de cas d'ivresse dans le cours d'une année, des permissions supplémentaires. La compagnie qui a bénéficié de la prime de 1900, n'a eu pendant l'année que 3 cas d'ivresse à son actif.

Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. — Les écoles de Lariboisière et de la Pitié (infirmiers et infirmières) ont ouvert leurs cours professionnels le mercredi 2 octobre, à huit heures du soir ; l'école de la Salpêtrière (infirmières) ouvrira ses cours professionnels le lundi 7 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration ; éléments d'anatomie et de physiologie ; pansements ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; hygiène ; petite pharmacie.

Ces cours sont publics et gratuits. — Pour se faire inscrire, s'adresser : à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2 (bureau de la direction), et à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1 (bureau de la direction), de huit heures du matin à cinq heures du soir ; à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'hôpital, n° 47 (bureau de la direction), de neuf heures du matin à midi.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Chemin, médecin de deuxième classe de la marine ; Druyelle (de Troyes).

Tableaux synoptiques pour la pratique des autopsies, par Ch. Valery, 1 vol in-16 de 72 p., avec 13 fig. cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 115. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 5 OCTOBRE 1901. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson (*fin*), par MM. E. WEILL, professeur de clinique des maladies infantiles à l'Université de Lyon, et M. PÉHU, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (IIIe session, tenue à Nantes du 23 au 29 septembre 1901 [*suite*]). Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille : *De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement* (M. BAUDRON, rapporteur); — *Vomissements incoercibles de la grossesse* (M. HUGÉ, rapporteur); — *Mensuration radiographique du bassin* (M. MORIN, rapporteur). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson (1).

Par MM. E. WEILL, professeur de clinique des maladies infantiles à l'Université de Lyon,
et M. PÉHU, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

IV

Diagnostic. — Les symptômes de la sténose pylorique sont le plus souvent assez nettement différenciés pour qu'on ne fasse pas d'erreur. Cependant, quand le tableau clinique de la maladie n'est pas très bien défini, l'hésitation est possible.

Le diagnostic de la maladie sera basé sur les symptômes suivants : vomissements opiniâtres apparaissant à une époque variable après la naissance et se reproduisant après chaque tétée, ne contenant jamais de bile, et la constipation opiniâtre, avec cependant émission peu abondante de selles ayant le plus souvent les caractères normaux, sans ballonnement du ventre.

Il est à peine besoin d'indiquer la possibilité d'une confusion avec la *régurgitation* chez le nourrisson qui prend trop avidement le sein ou le biberon. Cette régurgitation se produit immédiatement après l'ingestion du lait. Celui-ci est rejeté en nature, non caillé. D'ailleurs, il ne se produit pas d'amaigrissement; c'est un incident sans importance aucune pour la santé générale du nourrisson, et il suffit d'une réglementation dans la tétée pour que le symptôme disparaisse.

La difficulté est un peu plus grande quand il faut différencier le vomissement de la sténose pylorique avec l'expulsion du lait dans les cas de *rétrécissement congénital de l'œsophage*. Cependant, dans ce cas comme dans le précédent, il s'agit d'une régurgitation, c'est-à-dire que le rejet de liquide se fait à peu près immédiatement après l'ingestion et que le lait n'a subi aucune modification due au contact des sucs digestifs. Parfois, il arrive que l'enfant, après la tétée, présente (en général au bout de dix à quinze minutes) un degré plus ou moins accusé de cyanose : c'est qu'alors le diverticule fermé de l'œsophage, interrompu dans sa continuité, presse sur la bronche, comprime ce canal et empêche l'afflux de l'air dans les poumons. Il en était ainsi dans un cas que nous avons récemment publié dans le *Lyon médical* (1). Avec tous ces éléments, la question pourra aisément être tranchée.

Les *rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle* sont caractérisés par deux symptômes qui appartiennent également à l'histoire clinique des rétrécissements pyloriques. On y rencontre, en effet, des vomissements tenaces, ne permettant qu'une absorption minime de nourriture, et de la constipation. Mais cette dernière est beaucoup plus accusée que dans les sténoses pyloriques. Le petit malade ne rend absolument aucune selle. Tout au plus, dans les premières heures qui suivent la naissance, expulse-t-il une certaine quantité de méconium : ce symptôme n'est pas constant, comme en témoignent les observations rapportées dans les thèses de Ducros (2), Frœhliger (3), Ecoffet (4). En outre (et il y a lieu surtout de tenir compte de cet élément), on constate du ballonnement du ventre plus ou moins caractérisé. Il manque, il est vrai, dans les sténoses duodénales intéressant la partie supérieure de la région vatériennes. Mais ces sténoses se comportent cliniquement comme des rétrécissements pyloriques, et il n'y a pas lieu de les en différencier [Emerson (5), Van Valzah et Nisbet (6), etc.].

Les vices de conformation congénitaux ne donnent pas lieu, seuls, à l'occlusion intestinale aiguë; celle-ci peut survenir à la suite de processus divers : invagination, qui est d'une certaine fréquence; néoplasmes, comme Stern (7) en a rapporté récemment un cas. Il s'agissait d'un nourrisson

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1069.

(1) E. WEILL et M. PÉHU. Sur un cas de malformation congénitale de l'œsophage, *Lyon médic.*, 3 mars 1901.

(2) DUCROS. Loc. cit.

(3) FRŒHLIGER. *Rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle*, Th. de Paris, 1893-94.

(4) ECOFFET. Th. de Paris, 1899-1900.

(5) EMERSON. *New-York med. Journ.*, août 1890.

(6) VAN VALZAH et NISBET. *Diseases of the Stomach*, New-York, 1899.

(7) STERN. Ueber primaeres dünndarmsakom beim Neugeborenen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1894, n° 35.

chez qui l'autopsie permit de constater l'existence d'un sarcome, à petites cellules, de la moitié supérieure du duodénum. Or les symptômes avaient consisté dans des vomissements opiniâtres, et dans la constipation, que rien n'avait pu vaincre.

Un autre signe, sur lequel on peut s'appuyer pour le diagnostic différentiel de ces affections, est la présence de bile au sein des matières vomies.

De même la *péritonite aiguë* du nouveau-né et du nourrisson ne saurait se confondre avec les sténoses orificielles. Le seul signe commun est le vomissement. Mais il y a en plus du ballonnement du ventre et une diarrhée souvent assez marquée.

Si le rétrécissement a une plus longue durée et surtout si, comme c'est le cas lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie musculaire du pylore, il se développe plus ou moins longtemps après la naissance, on peut confondre la sténose avec une maladie chronique de l'estomac, telle que la *dyspepsie du lait de vache*. Mais un des symptômes cardinaux de cette dernière est la diarrhée; il y a, de plus, des érythèmes diffus de la peau, un gros ventre par allongement de l'intestin (Marfan), une hypertrophie plus ou moins marquée du foie et de la rate, etc.

D'ailleurs, dans beaucoup de cas de sténoses l'enfant était nourri au sein, ce qui ne peut conduire à admettre l'origine alimentaire de la maladie.

Il n'est pas utile d'insister longuement sur la confusion possible avec l'*ulcère* gastrique, dont la rareté est très grande dans la première enfance; non plus avec le *melæna* des nouveau-nés qui se traduit par l'émission de sang dans les selles.

Certaines formes de *méningites infectieuses* se présentent parfois chez le nourrisson avec des caractères indécis. L'enfant vomit tout ce qu'il ingère, la constipation est très marquée. Mais il n'a pas une rétraction nette du ventre : pas de convulsions. L'état des réflexes est difficile à préciser exactement. L'enfant est somnolent et on ne sait à quelle cause rattacher cet état général inquiétant. La répétition de vomissements et l'absence de selles pourra faire penser un instant à une sténose pylorique; mais il est bien rare qu'il n'existe pas concurremment de la raideur de la nuque, un peu d'inégalité pupillaire et ces signes suffisent pour établir un diagnostic de probabilité tout au moius.

V

Pronostic. — Celui-ci est très différent suivant qu'il s'agit de telle ou telle forme de sténose pylorique. Il est bien évident en effet qu'on ne saurait porter pour les cas de rétrécissement organique de l'estomac avec absence de communication entre la cavité gastrique et le reste du tube digestif un pronostic favorable : la thérapeutique qu'on y peut opposer est trop inféconde, et par elle-même la maladie amène forcément la mort.

Il faut évidemment distinguer entre formes organiques et fonctionnelles. Parmi les premières, une séparation s'impose entre la *forme absolue* et la *forme relative*.

Le rétrécissement est *absolu* lorsque les symptômes apparaissent immédiatement après la naissance dans un délai très rapide. Quand on pourra obtenir des renseignements précis sur les antécédents, on apprendra que les expulsions se sont répétées à chaque ingestion de lait, avec cependant des caractères nets de vomissement et non de régurgitation, qu'il n'y a aucune selle. Le plus souvent, il s'agit dans ce cas d'une atrésie complète : le pronostic est des plus sérieux et tous les cas cités ont été suivis de mort.

Dans la forme *relative*, les symptômes apparaissent plus tard, et ont une intensité beaucoup moindre. Ce sont en majeure partie ceux qui ont permis à quelques auteurs d'édifier l'histoire clinique de la sténose par hypertrophie musculaire. La terminaison n'y est cependant pas fatale. Quelques cas ont été suivis d'une guérison complète par les seuls moyens médicaux, d'autres après tentative chirurgicale. Pour eux, on peut porter un pronostic moins sévère.

Quant à ce qui est du pylorospasme essentiel qui ne s'accompagne d'aucun signe témoignant d'une intoxication de l'organisme, qui est seulement caractérisé par le symptôme vomissement, l'évolution est essentiellement bénigne, et, à moins qu'il ne survienne quelque affection intercurrente, on peut compter sur la guérison complète du petit malade.

D'après certains auteurs, quelques formes de sténoses pyloriques de la première enfance, ne donnant lieu qu'à peu de symptômes pourraient, à un âge plus avancé, dans l'adolescence et dans l'âge mûr, produire ces formes de dilatation gastrique dont l'origine immédiate est souvent difficile à fixer. Ce sont ces faits sur lesquels quelques auteurs allemands ont insisté, Landerer (1) et Maïer (2) en particulier.

Ce dernier auteur rapporte même vingt-trois observations de malades, en général âgés de quarante à cinquante ans, et chez qui l'autopsie a permis de reconnaître l'existence d'une angustie pylorique. Ces malades avaient présenté pendant la vie des signes de dilatation gastrique plus ou moins accusée, et, hypothétiquement d'ailleurs, l'auteur conclut à une origine lointaine de la sténose productive de dilatation, avec ou sans hypertrophie musculaire. M. Bouveret, dans son *Traité des maladies de l'estomac* (3), admet aussi cette manière de voir. « Si le rétrécissement n'est pas très étroit, dit-il, il n'est pas impossible que l'enfant survive, même qu'il arrive à l'adolescence, et il est probable que c'est à des rétrécissements congénitaux de ce genre, c'est-à-dire très incomplets, qu'il faut attribuer certaines dilatations de l'estomac, précoces et considérables, observées chez des enfants, ou même chez des jeunes gens. » Il est vrai qu'indépendamment de ces sténoses, les maladies du tube gastro-intestinal chez le nourrisson peuvent laisser à leur suite des troubles persistants et entraîner un fonctionnement défectueux de la digestion stomacale et intestinale pendant la vie tout entière. Mais si l'on admet l'influence à longue distance de certains rétrécissements de la première enfance, il en découle que le pronostic pour les cas en apparence guéris sera réservé au point de vue de l'avenir fonctionnel du tube digestif.

VI

Ainsi doit être établi, suivant les données actuelles, le tableau classique des sténoses pyloriques chez le nourrisson. Il faut distinguer : des rétrécissements *organiques*, les uns dus à un vice congénital de développement de l'estomac, les autres résultant d'une hypertrophie du sphincter musculaire, et des rétrécissements *fonctionnels*. C'est le pylorospasme essentiel que nous avons décrit.

(1) Landerer. *Ueber angeborene Stenose des Pylorus*, Th. Tübingen, 1879.

(2) Maïer. Beiträge zur Angeborenen Pylorustenose, *Virchow's Arch.*, CII, 1883, p. 413.

(3) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893, p. 548.

Cette division, qui peut être considérée comme exacte, dans les cas extrêmes, ne s'applique pas toujours parfaitement aux observations publiées, en particulier pour quelques-unes de celles qui sont mentionnées sous le titre de rétrécissements par hypertrophie du sphincter du pylore. C'est ce qui ressort des travaux d'un auteur allemand, Pfaundler. Celui-ci dans ces dernières années, après des recherches entreprises sur l'estomac de nourrissons morts d'affections diverses, à la clinique du professeur Escherich, conclut en niant formellement l'existence de la sténose par hypertrophie musculaire du pylore.

Deux variétés de rétrécissement nous paraissent devoir être maintenues intégralement : la variété *organique* par vice de développement congénital ; et la variété *fonctionnelle* par spasme du pylore.

Nous avons indiqué plus haut la symptomatologie qui caractérise cette dernière et esquissé brièvement sa pathogénie. Suivant notre interprétation, il s'agit d'une hyperesthésie de la muqueuse gastrique produisant le spasme, en vertu de cette irritabilité spéciale de l'appareil sensitivo-moteur chez le nourrisson et chez l'enfant. Il n'est pas besoin d'insister sur la facilité avec laquelle surviennent, à cet âge, des manifestations à type paroxystique, indiquant un spasme, convulsions, laryngite striduleuse, œsophagienne, spasme glottique avec cyanose par exemple. Le trouble léger du fonctionnement gastrique se traduit par l'occlusion paroxystique du sphincter au niveau du pylore. Leur existence clinique nous semble tout à fait hors de doute.

Quant aux malformations d'origine congénitale, les autopsies les ont péremptoirement démontrées. Une explication exacte en est difficile à donner. Il en est de même du reste pour toutes les malformations constatées à la naissance, quelles que soient leur modalité et leur localisation sur le tube digestif.

Les données embryologiques permettent, dans une certaine mesure, de comprendre le mécanisme de leur formation. Le développement de l'intestin peut, schématiquement, être exposé comme suit : constitué au début par un simple tube rectiligne, le tractus digestif se renfle bientôt partiellement en une poche située d'abord dans le plan médian de l'embryon, et qui deviendra ultérieurement l'estomac; le reste devient l'intestin. Celui-ci prenant un développement plus rapide que l'embryon lui-même, sera, de ce fait, obligé de se plisser, de tasser ses anses de bas en haut, au niveau de l'extrémité caudale de l'embryon, de haut en bas dans la partie voisine du rudiment gastrique. Il résulte de cet accroissement dirigé en sens inverse, des torsions multiples du tube intestinal qui peut seulement, grâce à ce mécanisme, prendre place dans la cavité abdominale ; elles sont plus ou moins accentuées, suivant que la longueur ou la brièveté du mésopéritonéal permet des excursions plus ou moins étendues ; au niveau du duodénum, par exemple, le déplacement est minime ; ce dernier organe est, en effet, accolé étroitement à la corde dorsale.

D'autre part, l'estomac décrit également un mouvement de torsion, qui porte sa petite courbure en arrière, d'antérieure qu'elle était, et sa grande courbure en avant.

On conçoit que dans ces mouvements divers peuvent se produire des anomalies, entraînant un pincement, un étranglement sur les anses intestinales. M. Duval, dans sa thèse, explique par ce moyen quelques arrêts de développement intéressant le duodénum, mais il pense aussi que l'artère mésentérique supérieure, jouant normalement le rôle de pivot dans l'évolution de l'anse duodénale, peut engendrer certaines anomalies pyloriques.

Il nous semble qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir d'une façon aussi prépondérante cette anomalie artérielle : elle peut expliquer, à la rigueur, certains vices dans le développement *duodénal*, mais non *pylorique*. Plus simplement, on peut penser que la torsion mal effectuée de l'estomac entraîne mécaniquement, ou par un processus inflammatoire, la formation d'un rétrécissement pylorique. La genèse de certaines sténoses intestinales, au moyen de la torsion, a été invoquée par Hüttenbrenner (1) : il est rationnel d'assigner aux atrésies pyloriques la même pathogénie.

Quant à ce qui est de l'existence réelle des sténoses par hypertrophie musculaire, elle a été, nous l'avons dit, formellement niée par Pfaundler (2).

Ce dernier tout d'abord fait une série de recherches sur des estomacs de nourrissons morts d'affections diverses, plus particulièrement d'enfants n'ayant présenté aucun trouble digestif, vomissement ou diarrhée. Il constate que sur le cadavre frais du nourrisson, une fois sur trois, on trouve l'estomac dans un état de contraction musculaire persistante, qui lui fait donner à ces organes le nom d'estomacs *systoliques*.

La caractéristique de cet état est que la paroi de l'estomac est transformée au voisinage du pylore en tumeur saillante, rigide ou ferme, recouverte par la muqueuse plissée. Le pylore lui-même est très rétréci par suite d'une contraction persistante et souvent à peine perméable pour une sonde de moyen calibre. C'est seulement en réalisant une forte pression qu'on peut faire pénétrer une certaine quantité d'eau par le pylore. Très souvent, on trouve que la région correspondant à cet orifice est en forme de virole saillante de plusieurs millimètres dans le duodénum comme le museau de tanche dans le vagin. A l'examen microscopique, on trouve que la paroi gastrique est anormalement épaissie, principalement au niveau des tuniques musculaires : la circulaire surtout participe à cet épaississement général qui évidemment à première inspection doit en imposer pour une hyperplasie, véritable myome stomacal. Cet état systolique, d'après Pfaundler, se rencontre aussi bien chez les estomacs qu'une recherche attentive démontre sains, au point de vue fonctionnel et histologique, que dans ceux présentant des troubles de différentes façons.

Cet état systolique ne persiste pas indéfiniment d'ailleurs, et lorsque, par une injection d'eau, on a triomphé complètement de la résistance musculaire, on peut facilement constater que le pylore est normal comme aspect et comme calibre.

Une seconde série de constatations a montré à Pfaundler qu'il existait des estomacs partiellement contractés : ce sont des *estomacs hémi-systoliques*. Seul le pylore est dur, saillant, rétréci; tandis que le reste du ventricule gastrique est relâché. Devant de tels organes, le contraste entre le fond relâché et le pylore rétréci peut bien permettre d'hésiter et faire conclure à un rétrécissement orificiel, suivi d'une dilatation secondaire.

Enfin, il existe des cas où l'estomac est distendu dans sa

(1) Hüttenbrenner. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1872.

(2) Pfaundler. Analyse in *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1898; — *Wien. klin. Wochens.*, 1898, p. 1025, anal. par M. le docteur Romme, *Gaz. hebd.*, 5 mars 1899.

totalité, où les tuniques sont flasques et le pylore facilement perméable. A ces estomacs convient le nom de *diastoliques* que leur a donné Pfaundler.

Pour interpréter ces différences, l'auteur invoque très rationnellement l'influence de la contracture cadavérique.

Pour lui, il s'agit simplement de la fixation à l'état plus ou moins persistant, d'une phase normale du fonctionnement gastrique au moment de la mort. C'est une crampe entretenue ensuite par la rigidité cadavérique qui intervient pour donner à l'estomac des aspects divers ; ceux-ci n'ont rien que de fortuit, d'ailleurs.

Avec ces données, il entreprend ensuite la critique des cas publiés sous la rubrique de sténoses par hypertrophie musculaire. Ceux-ci sont au nombre de 48. Mais dans 26 seulement figure une mention plus ou moins complète relative à l'autopsie. Dans les autres cas, en effet, ou bien celle-ci n'a pas été faite, ou bien la guérison est survenue soit par les moyens médicaux, soit par une intervention chirurgicale qui n'a permis qu'un examen limité au point de vue de la modalité des lésions.

Anatomo-pathologiquement d'abord, il manque beaucoup d'éléments pour les caractériser. Il faudrait qu'on rencontrât toujours à l'autopsie : un rétrécissement orificiel, une tumeur et une dilatation gastrique.

Les auteurs parlent bien d'une sténose du pylore. Mais on n'a pas établi d'une façon certaine les dimensions au-dessous desquelles un pylore peut être dit rétréci. Pfaundler fait remarquer que les données relatives à la circonférence du pylore ont été considérablement exagérées. Le pylore d'un nourrisson de six à huit mois doit être, d'après lui, facilement perméable à un petit doigt d'adulte. Or, dans certaines observations il est mentionné que le pylore permet l'introduction d'une fine sonde (Stern), d'une sonde moyenne (Hirchsprung), d'un gros crayon (Heuschel), etc. Dans beaucoup de cas, il est seulement indiqué que l'orifice est rétréci ; cette mention ne saurait suffire. Faute de partir de données normales, on n'a rien prouvé.

La fréquence de la tumeur, en second lieu, est facilement explicable si l'on admet l'intervention de spasmes cadavériques qui simulent des myomes pyloriques. Les constatations fort variables faites à l'autopsie doivent évidemment commander le doute.

Quant à la dilatation, elle est mentionnée, à l'examen cadavérique, que dans un nombre fort restreint de cas (Gran, Hirchsprung, Henschel, Schwyzer). Dans celui de Stern, elle manquait : mais, pour l'auteur, la situation verticale de l'estomac suffirait à expliquer qu'elle eût fait défaut. Les autres observations ne la mentionnent pas. Au reste, elle pourrait bien exister sans que pour cela il s'agît forcément d'une sténose pylorique.

Les constatations anatomo-pathologiques sont donc peu favorables à l'idée d'un rétrécissement.

Mais alors, comment expliquer le *syndrome clinique* décrit (brièvement d'ailleurs le plus souvent) par les auteurs qui admettent l'hypertrophie musculaire?

Schématiquement, on doit trouver : le vomissement, la tumeur, les contractions péristaltiques, la constipation.

Le vomissement existe dans tous les cas cités, cela est indéniable. Nous avons dit précédemment qu'il ne fallait pas, au point de vue du diagnostic d'une sténose pylorique, accorder une valeur trop grande à l'absence de bile dans les vomissements. La dilatation est moins fréquente. Mais on sait combien il est difficile d'en affirmer l'existence : nous en avons déjà parlé plus haut et avons rappelé à ce propos les idées émises par Zucarelli. La tumeur elle-même n'est pas bien souvent notée. Dans quelques observations, l'autopsie manque. D'ailleurs Pfaundler insiste sur la difficulté qu'il y a à palper le pylore chez le nourrisson, cette région étant le plus souvent recouverte par le foie. Enfin, d'après le même auteur, les contractions péristaltiques pourraient être perçues de temps à autre pendant la période normale de la digestion, sur un nourrisson parfaitement sain quand la paroi abdominale est relâchée et suffisamment mince.

Quant à la constipation, elle n'est pas aussi manifeste que le disent les auteurs. Si l'on dépouille avec soin les observations, on trouve que dans plusieurs cas on a noté des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans trois cas de Gran, cités comme exemples typiques de sténoses par hypertrophie musculaire, on observe souvent de la diarrhée caractérisée par des selles catarrhales, glaireuses, fréquentes, quelques-unes fétides. Dans un troisième fait, il y a aussi de la diarrhée jaune. Il en est de même dans les observations de Schwyzer, de Hirchsprung, de Henschel, etc.

Malgré ces symptômes qui auraient pu éveiller au moins passagèrement l'idée d'une affection atteignant à la fois l'estomac et l'intestin, l'état de ce dernier est passé à peu près totalement sous silence. Il y a là une omission de la plus plus grande importance. Seul, comme nous le rapportons plus haut, Gran a pratiqué l'examen histologique de l'intestin et noté de petites hémorragies dans les plaques de Peyer qui, macroscopiquement, étaient fort hypertrophiées. Sans forcer les faits, on peut bien songer à l'existence d'une entérite folliculaire dans ce cas présenté cependant comme une sténose typique par hypertrophie musculaire.

Les traits de cette dernière n'ont donc pas, à beaucoup près, la netteté qu'on veut leur prêter.

Une interprétation autre en a été donnée par Pfaundler, qui avait d'ailleurs été précédée dans cette voie (il est vrai seulement à titre hypothétique) par les auteurs Thomson (1) et Still (2). Le premier en 1897, le second en 1899 avaient tous deux émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une sténose d'origine nerveuse, acquise après la naissance, et pouvant être comparée à l'œsophagisme ou aux autres rétrécissements spasmodiques des divers conduits contractiles de l'économie. Durante adopte cette manière de voir. Les uns et les autres cependant ont une tendance à admettre qu'il y a des faits où existe une sténose primitive du passage pylorique, l'hypertrophie n'étant alors que secondaire à la diminution de calibre de l'orifice.

Pfaundler est plus affirmatif. Pour lui, dans ces cas décrits sous le nom de sténose par hypertrophie musculaire, il s'agit simplement de *spasmes* intéressant la région pylorique et survenant dans les premières semaines de la vie, explicables par l'irritabilité spéciale de l'appareil sensitivo-moteur du nourrisson. Cette affection durerait quelques semaines, exceptionnellement quelques mois et se terminerait par la guérison.

Ces cas favorables ont été vus par Henschel qui rapporte un exemple de sténose à type familial. Dans l'une des observations, il est dit qu'un enfant présente des vomissements depuis sa naissance. Il a atteint cependant l'âge de trois ans. Hirchsprung parle également de 3 guérisons. Senator a aussi vu une terminaison heureuse par le seul

(1) THOMSON. *Arch. of Pædiat.*, 1897.
(2) STILL. Pathol. Soc. of London, 17 fév. 1899.

traitement médical chez un enfant qui était en même temps atteint de nystagmus. Nous ne parlons pas de guérisons obtenues après traitement chirurgical.

Il nous semble cependant que Pfaundler fait trop bon marché des constatations signalées pendant la vie, soit à l'examen clinique de l'abdomen, soit au cours des opérations pratiquées.

De fait, *en clinique*, bien que la tumeur ne soit pas fréquemment mentionnée, elle a été notée cependant à la palpation par un certain nombre d'auteurs. Gran, par exemple, relate que, dans un cas, on pouvait sentir une tumeur saillante, correspondant à la grande courbure de l'estomac. Finkelstein la mentionne en termes explicites aussi. Abell a perçu une saillie péri-ombilicale en forme de boudin : Stern, Cautley, Batten, Blackkader, etc.; de même, il est difficile de révoquer en doute ces constatations précises.

De plus, *au cours de plusieurs opérations*, la présence de la tumeur a été relevée. Nicoll dit que, la laparotomie faite, on rencontra un « anneau volumineux, de tissu musculaire ou myomateux, de 3 centimètres et demi de longueur ». Dans le cas d'Abell, il s'agissait d'une tumeur pylorique qui tombe immédiatement sous les yeux : elle est lisse, ronde, mesurant 3 centimètres de longueur sur autant de largeur. Stern a vu une tumeur « du volume d'une noix ». Peut-on prétendre, dans ce cas, qu'il s'agissait d'un spasme simple, « d'une fixation de l'estomac dans une phase normale de son fonctionnement ? »

Chez un jeune homme de seize ans, d'autre part, M. Jaboulay (*Lyon médical*, 1900, p. 343), dans une opération pratiquée pour obvier aux accidents d'une sténose cliniquement attribuable à une cicatrice pylorique ancienne, a vu qu'il existait à la partie antérieure des tuniques gastriques, au niveau de l'orifice, une tumeur du volume d'une noix, constituée par du tissu musculaire souple : il l'incisa et pratiqua ensuite une pyloroplastie. Il est vrai que, dans ce cas, il existait en plus une cicatrice d'une ancienne ulcération. Néanmoins, l'hypertrophie musculaire constatée de visu était certaine. Par contre, chez une jeune femme *nerveuse*, atteinte d'un spasme pylorique que caractérisaient cliniquement des douleurs vives et des vomissements incoercibles et chez laquelle on fut conduit, en raison de ces accidents, à tenter une divulsion digitale de l'orifice, ce même chirurgien put constater, malgré l'anesthésie profonde (*Lyon médical*, 1899, p. 610), des contractions antipéristaltiques de l'estomac qui partaient du pylore et se dirigeaient vers le cardia, sans qu'il ait apparu à aucun moment une tumeur : c'était du spasme simple sans hypertrophie musculaire.

Sur ce même terrain de la pathologie de l'adulte, nous dirons encore que M. Bouveret pense que la « crampe du pylore » peut donner la sensation d'une tumeur « cylindrique mobile, du *volume de l'index*, douloureuse au toucher, ferme mais sans dureté ligneuse... Cette tumeur n'est pas permanente : si la palpation est assez attentive, le doigt la sent disparaître, puis se produire de nouveau ». Chez le nourrisson, en raison des faibles dimensions de l'estomac, et particulièrement du pylore, il est inadmissible que le sphincter spasmodiquement contracté puisse donner l'impression de tumeurs aussi volumineuses que celles mentionnées par nombre d'auteurs.

Enfin, pour ce qui est de la constatation *sur le cadavre*, dans une proportion de 1 p. 3 chez le nourrisson, d'une tumeur pylorique causée par le spasme post-mortem, nous pouvons dire que nos recherches ont été négatives, qu'elles ne corroborent point les conclusions de Pfaundler. Sur vingt cadavres de nourrissons, morts dans les crèches de la Charité, d'affections absolument diverses, nous n'avons pas pu constater, une seule fois, la présence d'un anneau pylorique simulant la tumeur.

Que faut-il retenir des critiques entreprises par Pfaundler, touchant l'existence de la sténose par hypertrophie musculaire ?

Ceci : que, dans la classe des rétrécissements pyloriques, une certaine catégorie de faits encore obscurs est difficilement classifiable. Ce sont ceux où il s'agit de nourrissons chez qui l'on constate, avec les signes habituels de l'atrésie pylorique, l'existence d'une tumeur de la région, avec troubles intestinaux concomitants et altérations de l'état général. Pour la majorité des auteurs, il s'agit d'un véritable *myome*, développé aux dépens du sphincter : c'est le rétrécissement par hypertrophie musculaire, peu connu en France, surtout décrit par les Allemands et les Anglais. Une opinion différente (Thomson, Still, Pfaundler) veut que tous ces cas cliniques soient explicables par un *spasme simple* du pylore.

Cette dernière interprétation les rapprocherait ainsi des faits que nous avons récemment décrits. Cependant, nous ne croyons pas qu'ils puissent être identifiés avec l'affection que nous avons nommée : pylorospasme essentiel.

Dans nos cas, le vomissement était le seul signe positif de la maladie. Jamais on ne constate aucune tumeur au niveau du pylore. Il n'y a aucun trouble intestinal ou de l'état général. L'anatomie et l'histologie pathologiques démontrent l'intégrité du tractus gastro-intestinal.

Au contraire, dans les cas d'hypertrophie pylorique, la présence signalée, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, de la tumeur, l'existence de troubles intestinaux (selles glaireuses, diarrhéiques), les modifications de l'état général éloignent de cette idée que les deux affections sont similaires. Les lésions à l'examen histologique sont multiples : altérations de la muqueuse, gastrite catarrhale diffuse (Finkelstein, Schwyzer), hémorragies du tissu conjonctif, sclérose dense sous-muqueuse. Une différenciation entre ces deux ordres de maladies est donc nécessaire.

La conclusion est, en résumé, que la question appelle de nouvelles et plus complètes recherches, et que, pour le moment, on ne peut accepter sans discussion les critiques émises par M. Pfaundler.

VII

Le traitement des sténoses pyloriques chez le nourrisson était jusqu'à ces dernières années uniquement médical. Ce n'est que depuis 1897 que l'on a cherché à faire appel à l'intervention chirurgicale.

A. Traitement médical. — Celui-ci est indiqué tout d'abord. Senator insiste sur la nécessité qu'il y a à l'instituer pendant un certain temps, à moins bien entendu qu'il ne s'agisse d'une *sténose absolue* de l'orifice, ne permettant aucune ingestion de lait, si minime qu'en soit la quantité.

La réglementation des tétées est signalée en premier lieu. Elle suffit quelquefois à faire disparaître certains vomissements habituels dus à une ingestion trop fréquente de lait. Le changement de nourriture, le choix d'une nourrice peuvent également rendre des services. Dans les cas de pylorospasme nettement caractérisés, nous avons obtenu de

bons résultats par l'administration d'une certaine quantité de bicarbonate de soude avant chaque tétée. En général, nous donnions 0g25 centigrammes dissous dans de l'eau avec un peu de saccharine. Le bicarbonate semble agir surtout comme anesthésique de la muqueuse : nous avons en effet obtenu également de bons effets par la potion de Rivière. Comme médication sédative, on pourra encore conseiller l'application de linges chauds au niveau de l'épigastre, des cataplasmes émollients, la belladone à dose faibles (Hutinel).

L'opium doit être proscrit en raison de sa grande nocivité chez le nourrisson. Certains auteurs conseillent le calomel à la dose de 0g03 à 0g05 centigrammes : il peut être utile passagèrement pour lutter contre la constipation. On a également essayé les lavages de l'intestin et la cure de repos de l'estomac par des lavements alimentaires (?). Pfaundler insiste beaucoup sur la valeur thérapeutique du lavage de l'estomac. Il a l'avantage de diminuer la quantité du résidu gastrique, d'empêcher l'hyperchlorhydrie secondaire; en outre, il agissait, d'après cet auteur, sur le spasme pylorique lui-même; car le lavage chez un nourrisson sain peut produire l'incontinence du sphincter. Senator croit nécessaire, avant toute intervention chirurgicale, d'attendre le résultat du traitement médical. Celui-ci suffit le plus souvent quand il s'agit d'une affection non organique. Nous l'avons nous-même employé avec succès dans les cas de pylorospasme, en faisant précéder chaque tétée d'un lavage gastrique à l'eau tiède.

B. Traitement chirurgical. — Mais si l'on a soupçon qu'il s'agit d'une sténose par vice de conformation congénital, si l'on se trouve en présence d'un rétrécissement absolu dont nous avons, d'après Stern, indiqué plus haut les caractères, alors il faudra intervenir. Un diagnostic rapide est nécessaire : il est bon de ne pas attendre que l'enfant soit amaigri et cachectique pour prendre le bistouri; seule l'intervention précoce peut faire escompter des succès.

Il est bien entendu qu'une contre-indication absolue de l'opération serait la présence dûment constatée d'une autre malformation congénitale (œsophage, rectum, etc.). Toute tentative serait, bien entendu, illusoire.

L'intervention chirurgicale a été essayée un certain nombre de fois déjà : nous avons pu recueillir en tout *treize* observations; douze concernent la sténose par hypertrophie musculaire. Une seule opération a été faite par M. Maygrier dans un cas de malformation congénitale de l'estomac : elle consistait en une gastro-entérostomie. Malgré que l'opération ait été pratiquée avec toutes les précautions désirables (narcose à l'éther par la méthode des gouttes; injections répétées de sérum artificiel, le petit malade mourut au bout de sept heures.

Dans les cas de sténoses par hypertrophie musculaire, on compte cinq guérisons et sept terminaisons fatales (neuf gastro-entérostomies, une pyloroplastie, deux divulsions digitales de l'orifice). D'après l'article de Nicoll (*Brit. med. Journ.*, 1900, p. 572), c'est Willy Meyer (de New-York) qui, le premier, tenta une gastro-entérostomie dans un rétrécissement de ce genre. Le cas se termina fatalement au bout de trente heures par « l'obstruction due au bouton de Murphy ». Par la même méthode, Meltzer eut également un insuccès. Un cas de Stern se termina par la mort : on avait fait aussi une gastro-entérostomie; cet auteur prétend à tort avoir été le premier à essayer une tentative chirurgicale. En 1899, Abell obtient un succès par l'entéro-anastomose et emploie la méthode de Wölfler. Douze jours après l'enfant sortait de l'hôpital complètement guéri. Thomson, à propos de la communication de Nicoll, rappelle que lui-même a exécuté une gastro-entérostomie sans résultat sur un nourrisson atteint de sténose par hypertrophie. Enfin, au XXIXe Congrès allemand de chirurgie, Kehr cite deux cas terminés heureusement, dans lesquels il avait fait soit l'opération de Wölfler, soit celle de von Hacker. Löbker rapportait aussi deux observations de gastro-entérostomie suivies l'une de guérison, l'autre de mort. Donc, sur un total de neuf gastro-entérostomies, on compte quatre terminaisons heureuses et cinq morts. Il y a lieu cependant, théoriquement au moins, d'en attendre un résultat heureux. Les auteurs semblent s'accorder pour préférer la méthode de Wölfler à celle de von Hacker, en raison de la plus grande longueur opératoire de cette dernière, qui entraîne pour les malades un degré plus accusé de shok abdominal. Löbker recommande en pareil cas de compléter la technique en fixant l'intestin à la paroi de l'estomac sur une certaine longueur pour éviter la formation d'un éperon, que faciliterait la brièveté anatomique du mésentère chez l'enfant du premier âge. La gastro-entéro-anastomose est particulièrement indiquée lorsqu'on peut présumer l'existence d'une malformation anatomique atteignant la région du pylore.

Il semble difficile de réaliser convenablement la *pyloroplastie*. Comme le fait remarquer Abell, on ne peut y songer en raison de la dureté particulière du tissu myomateux qui constitue l'hypertrophie musculaire.

Quant à la *pylorectomie*, elle n'a amené aucun résultat entre les mains de Thomson. C'est une opération dangereuse qu'on doit réserver aux cas, fort rares d'ailleurs, où l'on constate, la laparotomie faite, qu'on est en présence d'une tumeur maligne de la région pylorique.

Enfin, on a appliqué encore dans certains faits de sténoses pyloriques, la *divulsion digitale* de l'orifice ou opération de Loreta. Nicoll (1900, loc. cit.) a obtenu ainsi une guérison datant d'un an. Schmidt (1901) a eu récemment aussi un résultat favorable. L'inconvénient, d'après quelques auteurs, est la possibilité d'une récidive au bout d'un temps plus ou moins long; la coarctation de l'orifice, tout d'abord suffisamment dilaté, peut en effet réaliser à nouveau son imperméabilité.

La conclusion, en définitive, est que la gastro-entérostomie est essentiellement la méthode de choix au point de vue chirurgical. Nous n'oserions pas, cependant, conseiller une intervention de ce genre, *en l'absence d'une sténose franchement organique* et nous ne citons les cas publiés avec des fortunes différentes, moins pour en faire des exemples à suivre que pour montrer le résultat heureux d'une intervention sur le tube digestif chez le nourrisson, quelles que soient les réserves que nous faisons sur son indication dans chaque cas particulier.

Bibliographie. — ABEL. *Münch. med. Wochens.*, 1899, n° 18, p. 1607. — V. AMMON. Anomalies de l'estomac, in *Die Angeborene chirurgische Krankheiten des Menschens*, p. 34. — ASHBY. *Arch. of Pædiat.*, 1897. — BATTEN. *The Lancet*, déc. 1899. — BENDIX. *Lehrb. der Kinderheilk.*, Wien, 1899. — BLACKADDER. *Brit. med. Journ.*, 30 mars 1901. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893. — BRISSAUD. *Semaine méd.*, 1900. — BRUÏN-KOPS. *Een congenit. tumor pyl. Neederlansch. Zidjsch. voor Geneesk.*, 1896. — A. CADE. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1898. — CAUTLEY. Royal med. and chirurg. Society of London, 1898. — COYON et LEGROS. Rev. gén. sur

les sténoses pyloriques, in *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 917. — Crooks. *Arch. gén. de méd.*, 1828. — Dawosky. *Arch. gén. de méd.*, 1843. — Dechambre. *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*, t. XXXVI, p. 149. — Ducros. *Imperforations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle*, Th. de Paris, 1894-95. — Durante. Ipertrophia congenita del piloro, *La Pediatria*, 1898. — Duval. *La sténose congénitale du pylore chez les nouveau-nés*, Th. de Paris, 27 fév. 1901. — Emerson. *New-York med. Journ.*, août 1890. — Ecoffet. *De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né*, Th. de Paris, 1899-1900. — Einhorn. Diagnostic et traitement de la sténose du pylore, *Med. Record*, 10 janvier 1895. — D'Espine et Picot. *Traité des maladies de l'enfance*, nouv. édit., 1900, p. 631. — Fenwick. *The diseases of digestion in infancy and childhood*, London, 1897. — Finkelstein. Ueber Angeborene Pylorusstenose, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896. — Frœhliger. *Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle*, Th. de Paris, 1894. — Gillot. *De la sténose congénitale du pylore chez les nourrissons*, Th. de Paris, 1899-1900. — Gran (de Christiania). Bemerkungen über die Magenfunctionen und die anatom-veränderungen bei Angeborener Pylorusstenose, *Jahrb f. Kinderheilk*, 1896. — Hammer, *Prag. med. Wochens.*, 1898, t. XXIV-p. 25. — Hansy. *Wien. klin. Wochens.*, 1900. — Henschel. Ueber Magenweiterung im Säuglingsalter, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1891. — Hirchsprung. Fälle von Angeborener Pylorusstenose beobachtet bei Säuglingen, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1888. — Kehr. 29ᵉ Cong. de la Soc. allem. de chir., avril 1900. — Huttenbrenner. *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1872. — — Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 410. — Landerer. *Ueber Angeborene Pylorusstenose*, Th. Tübingen, 1879. — Lesshaft. Ref. in *Jahrb. f. Kinderheilk.*, t. XXII. — Luton. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, p. 150. — Löbker. 29ᵉ Cong. de la Soc. allem. de chir., avril 1900. — Maïer. Beitr. zur Angeborener Pylorusstenose, *Virchow's Archiv*, 1885. — Martin. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1826. — Macé. Oblitération complète du duodénum au-dessus de l'ampoule de Vater, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 21 déc. 1899. — Mathieu. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1896. — Maygrier et Jeannin. Occlusion congénitale de la région pylorique, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, avril 1900. — Meltzer. On congenit stenosis of the pylorus in infants, *Med. Record*, 1898. — Monti. *Die Erkrankungen der Kindl. Verdaungs organe*; *Wiener Klinik*; erster supplementheft, 1897. — Nicoll. Cas de sténose congénitale diagnostiquée et guérie par l'opération, *Brit. med. Journ.*, 1ᵉʳ sept. 1900. — Neurath. Die Angeborene hypertrophische Pylorusstenose, *Centralbl. f. die Grenzgebiet. der med. und chir.*, 1899. — Parizet. *Le pylorospasme essentiel de l'enfance*, Th. de Lyon, 1900-1901. — Peden. Case of congenit. stenosis of the pylorus, Glasgow path. and clin. Society, 1892. — Pfaundler. Ueber Magencapacität im Kindesalter, *Wien. klin. Wochens.*, 1897; — Zur Frage der sogenannte congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung, *Wien. klin. Wochens.*, 1898, p. 1025. — Pitt. Hypertrophy of the pyloris in infant, *Brit. med. Journ.*, 1891. — Rolleston et Hayne. *Brit. med. Journ.*, 1898. — Rolleston et Crofton-Atkins. *Brit. med. Journ.*, 28 déc. 1900. — Romme. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1899. — Schmidt. XXXᵉ Congr. de la Soc. all. de chir., 1901. — Schwyzer. *New-York med. Journ.*, 1896. — Sons. *Gaz. méd. de Paris*, 1859. — Sonnenburg. *Centralbl. f. Chir.*, 1898. — Southworth. *Arch. of Ped.*, janv. 1901. — Stern. *Deuts. med. Wochens.*, 1898. — Still. Patholog. and chir. Society of London, 17 fév. 1899. — Thomson. *Brit. med. Journ.*, 1895 — Van Valzah et Nisbet. *Diseases of the Stomach*, 1899. — E. Weill et M. Péhu. Un syndrome gastrique particulier du nourrisson, *Lyon méd.*, 9 déc. 1900; — Sur un cas de malformation congénitale de l'œsophage, *Lyon méd.*, 3 mars 1901. — Zucarelli. *L'estomac chez l'enfant*, Th. de Paris, 1893-1894.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[IIIᵉ session, tenue a Nantes, du 23 au 29 septembre 1901 (1)]

Compte rendu par M. Platon, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille.

De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement,

Par M. le docteur Baudron (de Paris), rapporteur.

L'auteur de ce rapport n'envisage que les cas d'antéflexions congénitales décrites par tous les auteurs, et qu'on considère de plus en plus, selon les idées de Schultze, comme la persistance d'un état infantile de l'utérus et que le médecin allemand a proposé de dénommer *antéflexion puérile*.

Ce qui caractérise l'utérus de l'enfant c'est un col volumineux à paroi postérieure plus développée, tandis que le corps est relativement plus petit et relié au col par une portion très flexible. Au moment du développement, lorsque le bassin s'élargit et que la vessie vient se fixer derrière le pubis, la partie antérieure de la matrice est attirée en avant et l'antéflexion est constituée.

Gaillard Thomas a décrit 3 types d'antéflexion : flexion corporelle, type ordinaire, flexion cervicale et flexion cervico-corporelle. Quel qu'en soit le type, la conséquence de la flexion est de déterminer un rétrécissement du canal utérin. Très souvent, comme l'a montré Pozzi, les cavités corporelle et cervicale sont dilatées au-dessus et au-dessous du point de constriction et prennent la forme d'un sablier. Il ne faut pas oublier que l'orifice externe du col est très souvent aussi sténosé.

Exceptionnellement cette déviation utérine permet des fonctions physiologiques normales. Dans la grande majorité des cas, elle se manifeste par la *dysménorrhée* et la *stérilité*. Ce dernier symptôme est souvent le seul qui existe et c'est parce qu'elles n'ont pas d'enfants que les femmes viennent consulter.

L'antéflexion utérine, dans les cas où la fécondation peut se faire, permet quelquefois une évolution normale du produit de la fécondation. On signale cependant une évolution plus douloureuse avec coliques utérines. Mais nombreuses sont les observations où se sont produits des avortements et des présentations vicieuses. D'après Bandl, il pourrait y avoir véritable distocie par dilatation sacciforme de la partie antérieure du segment inférieur par suite des pressions de la présentation qui n'appuyerait pas sur l'orifice utérin.

La grossesse a une très heureuse influence sur cette déviation utérine et avec Pinard il faut répéter qu'elle est sa meilleure thérapeutique.

Tous les efforts du gynécologue doivent donc tendre à supprimer la flexion et la sténose pour supprimer les obstacles à la fécondation et pour permettre à la grossesse une évolution sans accident.

Parmi les opérations qui suppriment la sténose de l'orifice interne citons les opérations de Simpson et de Sims et celles beaucoup plus récentes de Defontaine ou hystérectomie sphinctérienne et l'opération d'Alexandrow qui donnerait d'excellents résultats au point de vue de la dysménorrhée, mais dont les conséquences obstétricales ne peuvent encore être connues, puisque les interventions sont de date récente.

Les opérations qui s'attaquent à la sténose de l'orifice externe comprennent parmi les plus récentes : l'opération de

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1089.

Küster ou évidement conoïde de la lèvre postérieure, et l'opération de Pozzi ou évidement commissural du col. Dans cette dernière opération, après avoir sectionné transversalement le col aussi haut que possible et l'avoir ouvert comme un livre en formant deux valves, on a sous les yeux quatre surfaces cruentées, triangulaires, limitées en dedans par la muqueuse cervicale et en dehors par la muqueuse vaginale du col. Sur chacune de ces surfaces triangulaires, le chirurgien circonscrit un triangle plus petit et dans l'épaisseur du parenchyme taille un lambeau prismatique et triangulaire. Les surfaces cruentées offrent alors l'aspect d'une gouttière dont les bords sont rapprochés au fil d'argent. Après l'opération le col se présente sous la forme de deux valves inclinées à la façon d'un bec de canard, valves qui, avec le temps, se rétractent peu à peu et donnent un orifice à lèvres rectilignes.

Nous citerons, parmi les opérations qui s'adressent à l'angle de flexion, l'opération de Thiriar ou cunéihystérectomie abdominale, l'opération de Reeld ou cunéihystérectomie vaginale, l'opération d'Abbot et celle de Dudley.

La vieille pratique qui consiste à faire la dilatation lente et progressive avec des tiges de laminaires est une excellente méthode qui, par son action sur les tissus utérins, assure la guérison tout en assouplissant le stroma musculaire. Elle assure en même temps le redressement de la matrice.

Quant aux pessaires intra-utérins depuis la tige flexible de Muller jusqu'à la tige rigide d'Osiander et à celle plus récente de Lefour si on peut constater de nombreuses guérisons par leur emploi, il n'est peut-être pas sans danger de suivre cette pratique consistant à laisser une tige durant plusieurs mois dans l'utérus.

Il est préférable d'employer la méthode du professeur Pinard, c'est-à-dire le *cathétérisme dilatateur répété.*

Ce traitement doit commencer deux ou trois jours après la fin des règles, il comprend :

La dilatation et le redressement de l'utérus avec les laminaires;

Le cathétérisme dilatateur répété avec les bougies d'Hegar.

Le traitement cesse quelques jours avant les règles et se reprend lorsqu'elles sont terminées. La femme peut reprendre sa vie conjugale au deuxième mois. A partir de ce moment, tout de suite après la menstruation, avant toute possibilité de fécondation, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilatateur et cela jusqu'à guérison.

Conclusions. — 1° L'antéflexion congénitale est une des causes les plus ordinaires de la stérilité.

2° La sténose du canal utérin et en particulier de l'orifice interne au niveau de l'angle de flexion est l'obstacle à la fécondation et la cause de la dysménorrhée.

3° La grossesse complétée par l'allaitement qui favorise la bonne involution de l'utérus est la véritable thérapeutique de l'antéflexion congénitale; tout traitement doit donc tendre à faciliter la grossesse.

4° La dilatation lente, méthodique et prolongée est le traitement le plus complet, le plus efficace et le plus inoffensif de l'antéflexion congénitale.

5° Les opérations sanglantes, même après échec absolu de la dilatation conduite avec la plus grande persévérance, ont des indications exceptionnelles.

6° Quand l'antéflexion se complique de métrite ou d'annexite, la thérapeutique devient celle de la complication inflammatoire.

M. Pozzi fait remarquer, après l'intéressant rapport de M. Baudron, qu'en effet, ce qui était considéré jadis comme une entité morbide, antéflexion ou rétro-déviation, n'est plus actuellement qu'un épiphénomène.

Dans l'antéflexion il faut se rappeler que la cavité du corps n'est pas en rapport avec celle du col, elles sont toutes les deux superposées en sablier présentant un étranglement au niveau de la flexion; si l'on se souvient de la sténose de l'orifice externe, on conçoit que la cavité cervicale devienne non pas une cavité close, mais une cavité séquestrée qui a une action considérable sur la dysménorrhée : cette cavité s'enflamme facilement et peut aussi très facilement s'infecter, à cause du très mauvais drainage des liquides sécrétés.

Lorsqu'on examine une femme atteinte d'antéflexion, on constate toujours, venant sourdre entre les deux valves du spéculum qui presse le col, une larme semblable à du verre fondu, et formant un bouchon muqueux qui s'oppose d'une part à la menstruation facile, d'autre part gêne considérablement la fécondation. Ainsi donc le phénomène le plus considérable est l'engouement muqueux du col : c'est ce qu'il faut combattre.

Les indications sont par conséquent d'assurer un bon drainage du col, tout en supprimant la flexion utérine. Les opérations, comme celles de Thiriar, sont inutiles, puisqu'elles ne s'adressent pas à la cause productrice de la stérilité. Grâce à la *stomatoplastie* décrite par M. Baudron, on fait à la femme un col large tout en agissant sur la coudure, qui se maintient définitivement redressée, et tout en assurant la disparition du bouchon hyalin.

Cette opération, appelée aussi *évidement commissural du col*, est facile, sans danger aucun, puisque la plaie est détruite par la suture dès qu'elle est faite; elle est efficace et définitive. De plus, elle permet un nettoyage parfait de la cavité cervicale qui présente parfois de petits polypes douloureux. Enfin elle est une thérapeutique rapide, puisqu'elle permet en très peu de temps de guérir les femmes que M. Baudron traite durant des mois.

En l'absence de M. Baudron, M. Pinard défend les idées émises par le rapporteur : le rôle d'un orifice interne dans la stérilité par antéflexion est considérable, seule la dilatation progressive assure sa dilatation sans fracas. En très peu de temps, en quinze jours dans la majorité des cas, la dilatation définitive est assurée : par cette méthode la dysménorrhée est vaincue, la stérilité est combattue et l'antéflexion est corrigée.

Il y a lieu des cas où le col revient sur lui-même, où l'on ne peut obtenir la guérison par la laminaire. Ces cas seuls seront justiciables de l'opération de Pozzi, mais il faudra toujours commencer par le traitement de Baudron.

L'opération de Pozzi n'est pas à la portée de tout le monde; il faut être habile comme son créateur pour la mener à bien; de plus, les accoucheurs la redoutent parce qu'elle est un traumatisme de l'utérus, elle produit une plaie dont la conséquence est une apparition plus ou moins rapide de tissu de cicatrice et on sait maintenant les dangers que cela peut créer au moment de l'accouchement : dystocie par non-dilatation, obligation de l'anesthésie et application de forceps avec toutes ses conséquences.

M. Potherat agit de même dans sa pratique journalière et fait souvent suivre la dilatation à la laminaire d'un curetage qui s'adresse à l'élément inflammatoire.

Le rapport de M. Hugé (de Nantes), sur les *vomissements incoercibles de la grossesse*, est un travail consciencieux et une

revue générale bien faite. C'est une mise au point d'une question pas complètement jugée et qui demandera encore pour cela de nombreuses contributions. Pour M. Hugé, les vomissements incoercibles de la grossesse sont dus le plus souvent à une auto-intoxication, mais pour le rapporteur, ce n'est pas la seule cause à incriminer, le système nerveux doit jouer un grand rôle au point de vue étiologique. C'est à ces deux indications que devra répondre le traitement médical : tout en agissant sur le système nerveux, il faut lutter contre l'intoxication et empêcher la dénutrition de la femme enceinte.

Si le traitement médical n'amène aucune modification, il faudra recourir à l'évacuation de l'utérus. Le moment de l'évacuation est difficile à préciser : l'auteur attend, des discussions qui vont être suscitées, la conclusion de ce problème.

M. GUILLEMET (de Nantes) a insisté pour que cette question des vomissements incoercibles fût soumise aux membres du Congrès, il est nécessaire de trouver une formule venant en aide aux praticiens fort souvent très péniblement perplexes en présence des cas de vomissements dits incoercibles.

Pour lui, le vomissement n'est pas un symptôme de grossesse, mais une complication de cet acte physiologique; c'est un premier signe que l'organisme ne fonctionne plus, qu'il y a intoxication. Aussi, soumet-il tout de suite ses clientes au régime lacté approprié dès les premiers vomissements, afin d'éviter les redoutables conséquences qu'entraîne l'évolution de ces phénomènes pathologiques. Cependant, il est resté embarrassé souvent en présence de femmes amaigries, délabrées, pour savoir s'il devait, oui ou non, arrêter le cours de la grossesse; il voudrait savoir quel est le critérium nécessaire pour justifier et nécessiter une pareille intervention.

En présence de la question posée par MM. Hugé et Guillemet, le professeur PINARD déclare nécessaire que tout le monde sache que les vomissements de la grossesse ne sont que des manifestations de l'intoxication gravidique, ce sont les premières réactions pathologiques de la grossesse. De même que l'éclampsie ne doit plus être considérée comme une entité morbide, il en est de même des vomissements, qui ne sont que la conséquence d'une toxémie de la grossesse, d'une hépato-toxémie, parce que l'insuffisance hépatique, est dans ces cas, le phénomène le plus saillant : du reste, le traitement démontre la vérité de cette conception, puisqu'on obtient des résultats heureux en privant l'organisme de toute toxine alimentaire.

Il est absolument indispensable de laisser aux vieux âges la classification de Dubois en trois périodes : la période fébrile décrite, comme la deuxième par le vieil accoucheur, n'existe pas : elle n'existait pas davantage à l'époque de Dubois, puisqu'on ne connaissait pas la thermométrie et que l'accélération du pouls était alors synonyme de fièvre ; or, nous savons trop à l'heure actuelle que la fréquence du pouls peut fort bien ne pas coïncider avec une élévation thermique, pour insister là-dessus.

Ce qu'il faut bien savoir, ce qu'il faut bien enseigner, c'est que toute femme grosse, qui a des vomissements graves, est une femme qui est presque condamnée à mourir par empoisonnement du système nerveux. Dans ces cas, où la responsabilité du praticien peut être engagée, le pouls sera le seul guide : le pouls n'est pas à 100. Il faut avoir confiance dans le régime lacté ou dans ses succédanés comme le képhyr; et son emploi est une question de vie ou de mort qu'il faut faire comprendre à la famille de la malade. Le pouls dépasse-t-il 100 : il faut vider l'utérus le plus rapidement possible. Il faut considérer la femme dans cet état comme si elle avait une hémorragie abdominale.

Mensuration radiographique du bassin,

Par M. MORIN (de Nantes), rapporteur.

La mensuration du bassin par la radiographie, sans avoir la prétention de se substituer aux autres modes d'investigation, est cependant indispensable à la connaissance approfondie de la ceinture osseuse, et principalement du détroit supérieur. Elle vient en aide aux anciens procédés en précisant le plus facilement, ce que ceux-ci ne pouvaient donner, c'est-à-dire le diamètre transverse.

Les premiers résultats obtenus d'une façon pratique ont été présentés au XIIe Congrès de médecine, par MM. les professeurs Budin, Pinard et Varnier. Cette première méthode de mensuration, dont les applications pourraient parfois encore être fort utiles, était la pelvimétrie par comparaison.

On peut atteindre maintenant à une plus grande précision, grâce à l'emploi de la radiographie métrique, méthode dont l'honneur revient à MM. les docteurs Fochier, Fabre et Dutot. Une première modification de cette méthode mère, si l'on peut s'exprimer ainsi, est celle de MM. Marie et Cluzet; une seconde modification, dans laquelle l'outillage est profondément modifié, a été imaginée par M. Bouchacourt.

Une troisième modification est celle de l'auteur de ce rapport. Elle comporte plusieurs variétés, procédés relevant de la simple géométrie élémentaire, et aboutit, en somme, à la suppression complète de l'outillage, tout en conservant l'avantage de la précision, et rendant possible très facilement la mensuration du bassin *en pronation*.

L'auteur, après avoir décrit l'appareil mensurateur de M. Contremoulins, passe à la radiographie à longue portée, mise en pratique par M. le professeur Varnier : le tube est là placé très loin, ce qui offre l'*avantage* d'une erreur qui peut être à peu près nulle, d'où suppression des corrections nécessaires avec les autres méthodes; mais l'*inconvénient* de prolonger très notablement la durée de la pose. Il arrive ensuite à des modifications proposées : dans les radiographies exécutées avec la direction des rayons employés généralement, *le promontoire n'apparaît pas*. Pourquoi peut-on faire apparaître ce promontoire dans certaines conditions, et *le bassin étant en pronation?* Ce sont des raisons physiques sur lesquelles nous ne pouvons insister.

Le rapport se termine par des considérations sur *le plan* du détroit supérieur. On sait à quel point ce plan est imparfaitement connu, et combien, d'autre part, il est indispensable de le connaître (en passant, une considération géométrique sur la radiographie à longue portée : les rayons X doivent être perpendiculaires non pas au plan du détroit supérieur, mais à la bissectrice de l'angle formé par ce plan et la plaque photographique). L'auteur propose un appareil destiné à donner exactement la connaissance du plan cherché, ce qui faciliterait singulièrement la mensuration. Le même appareil donnerait, d'une façon absolument mécanique, la position du promontoire dans le plan déterminé : les dimensions antéro-postérieures seraient alors connues aussi bien que les autres, le promontoire pouvant être déterminé après coup sur la radiographie.

Voici enfin les conclusions :

1° La mensuration radiographique du bassin est possible.

2° Elle est utile, car les renseignements complets qu'elle fournit ne peuvent l'être, actuellement du moins, par aucun autre mode de diagnostic. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(2 octobre 1901)

Cette séance de rentrée a été assez calme et, sans le secours d'un de nos confrères de Péronne, M. Mathieu, qui a communiqué, dans ses moindres détails, une longue observation de **plaie pénétrante du rachis**, l'ordre du jour eût été bien vite épuisé. Nous reviendrons sur cette intéressante observation, qui sera l'objet d'un rapport de M. Demoulin.

C'est encore du rachis qu'il s'agit dans une communication de M. Loison relative à la **pénétration d'une balle dans le canal sacré**. Cette observation pourrait s'intituler : « Injection intra-arachnoïdienne d'une balle de revolver. » Il s'agit d'un jeune homme qui reçut, dans le dos, au niveau de la troisième apophyse épineuse lombaire, une balle Flobert. L'orifice, à ce niveau, mesure 5 à 6 millimètres; un examen à l'écran resta sans résultat. Une radiographie montra la balle dans le cul-de-sac arachnoïdien, la pointe en haut. Une première intervention, faite par M. Mignon, reste sans résultat. On a recours alors à M. Contremoulin qui, à l'aide d'un nouvel appareil de son invention, analogue à celui qu'il a déjà construit pour le crâne, détermine le siège exact de la balle et la profondeur à laquelle il faut pénétrer. Ainsi éclairé, M. Mignon pratique une seconde intervention et extrait la balle qui, en effet, après avoir pénétré dans le canal rachidien, était tombée dans le cul-de-sac arachnoïdien par le fait de sa pesanteur, ainsi que l'indiquait sa situation, la pointe en haut.

A propos de cette observation, M. Loison s'est livré à une série d'expériences sur le cadavre dans le but de déterminer exactement le mode de pénétration de la balle dans ces cas. Dans chacune de ces expériences, la balle a été retrouvée dans le même siège et dans la même position que dans l'observation de M. Mignon.

M. Demoulin, à propos de l'intervention de M. Contremoulin dans ce cas, cite une observation qui lui est personnelle et dans laquelle M. Contremoulin lui a été également d'un grand secours. Il s'agit d'un jeune homme qui, dans une tentative de suicide, se tire une balle dans la clavicule droite. La radiographie montre que la balle est contre le bord de l'omoplate. M. Contremoulin, appelé par M. Demoulin, intervient, applique son appareil, et ses recherches furent couronnées d'un plein succès. En effet, grâce à ses indications, M. Demoulin fit une incision dans l'aisselle et alla directement chercher la balle qui était située sur le bord du muscle sous-scapulaire.

Il résulte de ces faits que, grâce à M. Contremoulin, nous sommes aujourd'hui en possession d'un appareil permettant d'appliquer à toutes les parties du corps les mêmes recherches que sur le crâne.

M. Contremoulin présente un appareil destiné à prendre les dimensions rigoureusement exactes du détroit supérieur du bassin. On voit d'ici tout le parti qu'on pourra tirer de cet appareil en obstétrique.

Au début de la séance, M. Picqué a fait un rapport sur deux observations adressées par M. Toubert, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Dans le premier cas, il s'agit d'un déserteur qui, dans une tentative de suicide, se tira une **balle de revolver dans la fosse temporale droite**. Il n'y eut pas d'hémorragie; le blessé tomba dans un coma absolu, la pupille droite était dilatée; il y avait une chute de la paupière; le pouls était à 60; pas de vomissements. On fait la trépanation, on ne trouve pas la balle, et le blessé succombe trois jours après avec une hyperthermie excessive, ayant présenté de l'albuminurie, de la glycosurie et une broncho-pneumonie. Le malade avait, en outre, présenté tout le syndrome d'un épanchement sanguin intracranien. Cependant, l'autopsie montra qu'il n'y avait pas d'épanchement sanguin; mais en suivant rigoureusement le trajet de la balle et en les différents points du cerveau qui ont été touchés, M. Toubert croit avoir la raison de tous les phénomènes observés chez ce blessé.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une **otite moyenne suppurée** guérie en apparence, récidivant et entraînant une méningite suppurée de la base qui fut mortelle.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'aspirine est décidément un analgésique puissant. Weil a pu calmer les douleurs de sujets atteints de cancer du rectum ou de l'utérus, avec des doses d'un gramme seulement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision du ministre de la Guerre du 28 septembre 1901, sont nommés professeurs agrégés à l'École d'application du service de santé militaire pour les matières de l'enseignement ci-après indiquées :

Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires : M. le médecin-major de première classe Bernard, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Anatomie chirurgicale; opérations et appareils : M. le médecin-major de deuxième classe Bonnet, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire.

Chirurgie d'armée; blessures de guerre : M. le médecin-major de deuxième classe Jacob, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

— MM. les médecins de première classe Pélissier et Duville, ayant opté pour le corps de santé des troupes coloniales, sont désignés : le premier, pour le 2e d'infanterie à Brest; le second, pour le 3e d'infanterie à Rochefort.

Marine. — M. le médecin de première classe Deblenne, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller servir sur le *Pascal* (escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. le docteur Thamin.

— Les élèves du service de santé dont les noms suivent sont autorisés à se présenter au concours pour l'externat des hôpitaux de Bordeaux, qui aura lieu le 8 octobre courant :

MM. Bellot (V.) et Colat (L.), de l'école annexe de Brest, et MM. Hérissé, Bongrand, Fouladoux, Maupetit, Jauréguiber, Dufranc et Jubin, de l'école annexe de Rochefort.

Ces élèves devront être dirigés immédiatement sur l'école principale de Bordeaux.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 39e semaine, 694 décès, au lieu de 740 pendant la semaine précédente et de la moyenne 793. Ce chiffre est le plus faible qui ait été constaté depuis plusieurs années; pour trouver un nombre analogue il faut remonter à la 38e semaine de 1899 et à la 38e semaine de 1890, où nous avons eu 698 décès.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 8 pendant la

semaine précédente (la moyenne est 14). Le nombre des cas nouveaux reste stationnaire (42); la variole a causé 8 décès, au lieu de 1 pendant la dernière semaine; le nombre des cas signalés par les médecins a augmenté : 37 au lieu de 30 et de 16, sans que ce chiffre ait encore rien d'inquiétant; la rougeole a fait 2 victimes (moyenne 4); la scarlatine, 1 (chiffre identique à celui de la moyenne et des deux dernières semaines); la coqueluche, avec 6 décès au lieu de 10 (moyenne 5), la diphtérie, avec 6 décès également, au lieu de 7 (moyenne 2), restent à peu près stationnaires.

La diarrhée infantile a causé 39 décès de 0 à 1 an, au lieu de 42 pendant la semaine précédente (la moyenne est 70). On a constaté en outre 3 décès d'enfants de 1 à 2 ans et 5 adultes par diarrhée; de plus 1 décès a été attribué à la dysenterie.

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 80 décès, au lieu de 73 pendant la semaine précédente et au lieu de 86, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 10 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 17 (au lieu de la moyenne 20); autres maladies de l'appareil respiratoire, 47 (au lieu de la moyenne 45), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la bronchopneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 178 décès (au lieu de la moyenne 173); la méningite tuberculeuse, 13 décès; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 6 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 29 décès; les maladies organiques du cœur, 45; le cancer a fait périr 42 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 19; enfin, 21 vieillards sont morts de débilité sénile.

La rage à Madagascar. — La *Revue de Madagascar* consacre un article à l'Institut vaccinogène de Tananarive, que dirige le docteur Thiroux :

Depuis le 9 février dernier, vingt-quatre personnes ont été soignées pour morsures faites par des animaux reconnus enragés ou suspects d'hydrophobie. Dans treize cas, la rage des chiens mordeurs avait pu être vérifiée par un vétérinaire. Un Européen et deux enfants malgaches avaient été mordus à la face, ces deux derniers présentant, à hauteur de l'arcade sourcilière et de la bouche, des morsures très graves et profondes de plusieurs centimètres. Treize personnes avaient été, le même jour, assaillies et mordues par le même chien. Deux Européens et huit Malgaches furent peu après mordus au tronc et aux membres par des chiens atteints de la même maladie, et, plus tard encore, deux Européens, huit Malgaches et un Sénégalais se présentaient à l'Institut pour y être traités en conséquence. Les morsures des chiens malgaches peuvent être rapprochées de celles des loups de Sibérie, par le nombre et la gravité. La pullulation, à Madagascar, des chiens dits de brousse constitue, par conséquent, un danger permanent, tant pour les populations des campagnes que pour les voyageurs. Ces chiens, en effet, rôdent en bandes, s'attaquent aux troupeaux de bœufs, dont ils dévorent les jeunes veaux, et pénètrent de nuit dans les villages pour y saccager les poulaillers ou enlever les moutons. Il m'a été plusieurs fois raconté, par des indigènes absolument dignes de foi, que des porteurs ivres, s'étant laissés choir sur des routes peu fréquentées, aux environs des régions forestières ou désertiques, parcourues par des chiens sauvages, avaient été fréquemment dévorés.

Hôpital Saint-Joseph. — Un cours de bactériologie élémentaire commence le 17 octobre à deux heures — 25 leçons. Le cours comprendra tous les points de bactériologie courante et les élèves seront individuellement exercés aux manipulations après chaque conférence. S'adresser à MM. Merlay et Lorrain, 7, rue Pierre-Larousse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 116. — MARDI 8 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 8 OCTOBRE 1901. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — RUPTURE BRUSQUE DE LA VESSIE CONSÉCUTIVE A LA PRESSION EXERCÉE PAR UN FIBROME UTÉRIN; PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE; MORT, par M. MAILLAND, interne des hôpitaux de Lyon. — CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (IIIe session, tenue à Nantes du 23 au 29 septembre 1901 [*suite*]). Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille : *Communications diverses :* Gynécologie; — Obstétrique; — *Section de pédiatrie :* L'arthritisme chez les enfants (M. COMBY, rapporteur). — IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES, tenu à Amsterdam du 23 au 26 septembre 1901. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

RUPTURE BRUSQUE DE LA VESSIE

CONSÉCUTIVE A LA COMPRESSION EXERCÉE PAR UN FIBROME UTÉRIN. PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. MORT (1)

Par M. MAILLAND, interne des hôpitaux de Lyon.

Bien que mentionnée par la plupart des auteurs, la rupture de la vessie consécutive à la compression exercée par un fibrome de l'utérus est une complication des plus rares. L'observation suivante recueillie dans le service de notre maître M. le professeur Poncet nous a paru présenter, en dehors de sa rareté, un certain nombre de particularités intéressantes.

J. M..., âgée de quarante ans, est amenée le 12 septembre 1901 à l'Hôtel-Dieu. Cette femme trouvée sur la voie publique est dans une démence absolue qui la rend incapable de fournir le moindre renseignement; son admission dans un service de chirurgie est motivée par une plaie accidentelle du pied droit du reste sans gravité.

A part cet accident de peu d'importance son état général est bon, l'appétit est conservé, les fonctions intestinales sont régulières, les mictions s'effectuent normalement. Pendant la journée elle est assez calme, mais le soir et surtout la nuit elle est fréquemment en proie à des crises de délire aigu nécessitant l'emploi de la camisole de force.

Le 17 septembre au soir, la malade, qui devait être prochainement transportée à l'asile de Bron, eut un nouvel accès de folie furieuse plus violent que les précédents et il fallut le concours de plusieurs personnes pour la remettre au lit et l'y maintenir.

Le lendemain l'état général devint brusquement assez mauvais; la malade refusa la nourriture, elle eut quelques vomissements, le ventre se ballonna légèrement, son exploration était très douloureuse et la température monta à 39 degrés. Le surlendemain l'état devient très grave brusquement; le thermomètre s'élève à 40 degrés, le facies est grippé, le pouls petit, le ventre est très ballonné avec un peu de matité dans les flancs; quelques vomissements porracés; constipation absolue. Cependant les mictions continuent à s'effectuer spontanément et les urines ne contienent pas de sang.

On diagnostique une péritonite, mais aucun indice ne permet d'en soupçonner la nature; néanmoins on décide de tenter la laparotomie qui fut pratiquée par M. Delore, sans anesthésie par suite de l'état précaire de la malade.

A l'ouverture du péritoine il s'échappe environ un litre de liquide rougeâtre; le péritoine est enflammé, et présente quelques fausses membranes; pas de pus.

Il est impossible de trouver la cause de la péritonite; tous les organes intra-abdominaux sont sains, sauf l'utérus qui est fibromateux. La gravité de l'état général met dans l'obligation de terminer le plus rapidement possible l'intervention, aussi néglige-t-on d'explorer spécialement la vessie sur laquelle du reste rien n'appelle l'attention.

Drainage à la Mikulicz. Pansement.

Mort quarante-huit heures après le début des accidents.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

La cavité péritonéale contient encore une certaine quantité de liquide rougeâtre, il existe sur la séreuse quelques fausses membranes inflammatoires, mais le tube digestif et ses annexes sont sains.

L'utérus est bourré de fibromes interstitiels durs, quelques-uns calcifiés, dont le volume varie de la dimension d'une noisette à celle d'une petite pomme. Explorant alors le cul-de-sac vésico-utérin on constate sur la face postérieure de la vessie dans sa portion sous-péritonéale une rupture complète de la paroi vésicale mettant ainsi en communication les cavités péritonéale et vésicale. La déchirure, dirigée transversalement, de forme linéaire, présente environ 4 centimètres de longueur; ses bords déchiquetés sont amincis, usés, et cet aspect d'usure se remarque également sur tout le pourtour de la rupture. Dans cette portion de la vessie, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs à peu près, la paroi est amincie, comme usée par un frottement continu du côté de sa face péritonéale qui est en contact avec l'utérus sans qu'il existe cependant aucune adhérence entre les deux organes. A part cela la vessie ne présente aucune lésion appréciable, elle n'est pas distendue, sa muqueuse est absolument saine.

(1) Travail de la clinique de M. le professeur Poncet.

Par suite du manque de lésions vésicales proprement dites et de l'absence d'un traumatisme suffisant à produire à eux seuls la rupture, le mécanisme nous paraît être le suivant :

Par le fait de son état de démence (nous insistons sur ce fait qui, croyons-nous, a dû jouer un rôle important dans la pathogénie de l'accident), la malade vidait irrégulièrement et incomplètement sa vessie, qui se trouvait ainsi dans un état constant de réplétion complète ou de demi-réplétion et était en contact permanent avec l'utérus fibromateux. Sous l'influence de ce contact avec un organe dur et pesant, il s'est produit une diminution progressive dans la vitalité de la paroi vésicale voisine et, par suite, dans sa résistance. Il a suffi alors d'un simple effort, ou peut-être d'un choc certainement léger pour donner lieu à la rupture de cette paroi au niveau du point où sa résistance était affaiblie.

Les observations de fibromes utérins produisant, par la pression qu'ils exercent sur les organes voisins (vessie, rectum, vagin) ou sur la paroi abdominale, une sorte d'usure susceptible d'aboutir à la perforation, sans qu'il survienne auparavant le moindre phénomène inflammatoire, sont sinon exceptionnelles, du moins rares; elles se rapportent le plus souvent aux fibromes calcifiés. Ce mode d'élimination, parfois suivi d'une terminaison heureuse quand il s'agit de la paroi abdominale ou du vagin, est au contraire particulièrement grave lorsque la perforation siège sur le rectum ou la vessie; il est rare cependant que la terminaison soit aussi soudaine que dans le cas que nous avons eu sous les yeux.

Ordinairement, malgré l'absence de phénomènes inflammatoires, il se produit avant la rupture un certain degré d'adhérence du fibrome à la paroi vésicale, adhérence suffisante, pendant quelque temps au moins, à empêcher l'irruption brusque de l'urine dans le péritoine, et même parfois à permettre aux fibromes de pénétrer progressivement dans la vessie sans qu'il se produise de réaction péritonéale immédiate. A ce point de vue, certaines observations sont véritablement curieuses; dans un cas de Flemming et de Lisfranc, un fibrome devenu intra-vésical fut pris pour un calcul; dans un autre, rapporté par Demarquay, la disposition était plus extraordinaire encore; la tumeur, sous-muqueuse, avait perforé la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, pour venir en contact direct avec la symphyse pubienne; il s'était ainsi créé une fistule vésico-utérine par laquelle une partie de l'urine s'écoulait dans l'utérus. Le doigt, introduit dans la cavité utérine et replié en crochet, arrivait sur la symphyse pubienne. La malade mourut d'une péritonite généralisée à évolution lente et progressive.

Chez notre malade, les faits se sont au contraire passés avec une extrême rapidité. Lorsque la rupture s'est effectuée sous une influence quelconque, mais certainement légère, l'utérus, malgré l'usure qu'il avait produit, était encore complètement indépendant de la vessie et ne pouvait, par conséquent, apporter aucun obstacle à l'issue brusque de l'urine dans le péritoine. Faut-il voir, dans la rapidité avec laquelle la vessie s'est laissé altérer, la conséquence de l'irrégularité des mictions ou d'un état spécial, troubles trophiques par exemple, lié à l'état cérébral de la malade? il est impossible de le dire.

En tous cas, il s'agit là d'un accident d'autant plus terrible que rien ne peut le faire prévoir et qu'il est même impossible de le soupçonner.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[IIIe SESSION, TENUE A NANTES, DU 23 AU 29 SEPTEMBRE 1901 (1)]

Compte rendu par M. Platon, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille.

COMMUNICATIONS DIVERSES

GYNÉCOLOGIE

Nous ne nous attarderons pas à donner en détail toutes les observations apportées aux séances de cette section. Nous en ferons une énumération rapide, renvoyant au compte rendu *in extenso* ceux que ces questions particulières pourraient intéresser.

M. MONTPROFIT, avant d'opérer les **cancers étendus de l'utérus**, commence toujours par désinfecter à la curette et au thermocautère, les bourgeons charnus et saillants dans la cavité vaginale, après quoi dans la même séance et tout de suite il pratique l'opération plus ou moins radicale qui est indiquée. M. SEGOND est absolument de l'avis de M. Montprofit, et ces deux auteurs diffèrent dans leur pratique de celle de M. POZZI, qui fait la désinfection au fer rouge la veille, de celle surtout de M. POTHERAT, qui la préconise sept ou huit jours avant l'hystérectomie. Dans cette dernière façon de faire, l'utérus a des chances de se réinfecter durant cette période et, de plus, nous semble-t-il, il sera assez difficile, comme le fait remarquer M. SEGOND, de faire comprendre en clientèle la nécessité de ces deux interventions à distance; il faut agir en une seule fois vite et bien : employer les opérations palliatives pour les cancers très étendus, réservant les grandes interventions, les ablations complètes, pour les cancers diagnostiqués dès leur début.

M. VERDELET (de Bordeaux) attire l'attention sur la **bilatéralité possible des lésions annexielles au cours de la grossesse ectopique** et la possibilité observée quelquefois d'une nouvelle grossesse extra-utérine. Il insiste sur la nécessité d'une exploration des annexes du côté opposé, si cela est possible, sans prolonger l'opération ou causer de nouveaux risques. L'ablation de ces annexes, si elles sont malades d'une façon bien appréciable, comme il l'a rencontré, peut alors s'imposer malgré les considérations qui surgissent relatives à l'avenir génital de la femme.

M. MALHERBE (de Nantes) apporte deux très remarquables observations de **kystes de l'ovaire ayant provoqué une hydronéphrose.**

Quelques considérations sur l'hystérectomie supra-vaginale. — M. VERDELET (de Bordeaux). Dans cette communication, l'auteur signale quelques complications qui peuvent se produire dans l'hystérectomie supra-vaginale et sur les moyens d'en éviter une partie.

Passant rapidement sur les accidents causés par le reliquat de col utérin (néoplasie cancéreuse ou fibromateuse), il étudie les divers degrés de deux complications fréquentes : les cellulites pelviennes et les phlébites.

Dus le plus souvent à un hématome facilement infectable, ces deux accidents doivent être pris en considération sérieuse pour les retards qu'ils apportent à la guérison. Le meilleur moyen de les éviter est de pratiquer une hémostase rigoureuse, que l'on peut obtenir en ayant soin de lier les artères utérines, aussi bas que possible au-dessous de la tranche de section, qui sera alors absolument exsangue.

OBSTETRIQUE

A propos des **signes de la grossesse tubaire**, M. ALBERT MARTIN (de Rouen) montre que l'étude attentive d'un certain nombre de signes de grossesse tubaire permet d'arriver à une plus grande précision dans le diagnostic de grossesse extra-utérine. Il insiste à ce propos sur les tra-

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1089 et 1103.

vaux récents de M. Doléris et de M. Muret (de Lausanne). Il pense que l'avortement tubaire, bien décrit par ces deux auteurs, et les crises douloureuses paroxystiques, qu'on observe dans les cas de grossesse tubaire, sont caractéristiques. Il cite ensuite une série d'observations qui prouvent toute la valeur clinique des symptômes dont il vient de parler.

M. CRIMAIL (de Nantes) montre une **pièce anatomique** enlevée par hystérectomie totale à une femme qui, à terme, présentait une rigidité du col considérable, ne se laissant vaincre par aucun instrument. Il s'agit d'un utérus double et dans cette observation l'utérus gauche un peu prolabé agissait absolument à la façon d'un fibrome compliquant la grossesse.

M. PINARD profite de cette présentation pour indiquer que le chapitre de la dystocie par utérus double est un chapitre intéressant à écrire. Il rappelle que M. le professeur Fochier (de Lyon) a envoyé à l'Académie de médecine une observation semblable, il est chargé d'en faire le rapport, il n'oubliera pas de signaler cette intéressante communication de l'accoucheur nantais.

M. HIRIGOYEN (de Bordeaux) fait l'histoire sommaire de deux malades accouchées dans son service, et qui présentaient **deux cavités utérines et vaginales, c'est-à-dire un utérus et un vagin qui étaient restés cloisonnés par la persistance de la cloison primitive.** Dans un cas, l'enfant à terme se chargea de rompre la membrane médio-vaginale; dans un autre, on fut obligé d'intervenir par une opération très simple. Il est bon de faire remarquer à ce propos que dans ces utérus et vagins cloisonnés, l'accouchement se fait normalement, avec la nécessité de rompre la membrane vaginale, mais sans qu'il y ait de ce fait, comme l'a montré le professeur Pinard, une possibilité de dystocie. La dystocie se produira dans les cas analogues à ceux de M. Crimail où le second utérus devient une gêne dans l'accommodation et dans les phénomènes du travail.

M. SEDAN (de Marseille) apporte une série d'observations sur l'emploi de l'**aniodol en obstétrique.** Elles viennent confirmer celles apportées au Congrès de 1900. Ces observations, prises dans la clientèle des docteurs Coche et Platon (de Marseille), recueillies à la Maternité de la même ville, démontrent la puissance infertilisante de l'aniodol, la constance de ses effets, son innocuité absolue, son pouvoir désodorisant, la facilité de son emploi.

Ces conclusions sont confirmées par M. PINARD, qui emploie l'aniodol dans son service et n'a eu qu'à s'en louer.

Au sujet de la question si importante de l'**engagement et du placenta sur le segment inférieur,** M[lle] MOUREN, la distinguée sage-femme de la Maternité de Marseille, à la suite des travaux du professeur Pinard et sous l'inspiration du professeur Queirel, apporte une série d'observations avec une statistique dont les conclusions méritent l'attention des accoucheurs :

1° L'insertion sur le segment inférieur est très fréquente dans la pratique hospitalière (presque la moitié). Elle peut s'expliquer par ce fait que les filles-mères qui composent la grande majorité de la clientèle hospitalière, appartiennent toutes à la classe pauvre et se livrent jusqu'à leur accouchement à un travail pénible.

2° La station debout nécessitée par les métiers qu'elles font rend compte de la possibilité du glissement de l'œuf qui vient se greffer sur le col.

3° Les primipares sont plus exposées que les multipares aux hémorragies. Il faut essayer d'éviter l'engagement en suivant le conseil du professeur Pinard : repos absolu dans la position horizontale.

4° Le défaut d'engagement dans un bassin normal peut et doit faire penser à une insertion vicieuse.

M[lle] LE CERF (de Marseille) suscite les applaudissements spontanés et unanimes de l'auditoire, par sa remarquable communication sur le **traitement moral de l'avortement.** Les sages-femmes des grandes villes sont tous les jours sollicitées pour interrompre le cours d'une grossesse chez des filles-mères ou chez des femmes mariées qui, pour une raison ou pour une autre, ne veulent pas d'enfants. Le rôle de la sage femme est dans ces cas délicat et décisif. Elle trouvera dans son cœur de femme des termes, des expressions pour faire comprendre à la malheureuse les devoirs de la maternité, tout en la persuadant que la meilleure façon de se relever dans un cas, et d'être respectée dans l'autre, est encore de comprendre le rôle de la mère et d'accepter gaiement avec toutes ses responsabilités une maternité qui approche. Tout cela doit être dit dès la première fois que la femme enceinte va consulter la sage-femme. Il faut que celle-ci sache aussi employer la peur pour arrêter la malheureuse dans son acte criminel, il faut qu'elle lui montre les dangers énormes de l'avortement et, peut-être, l'égoïsme fera plus que la crainte de la maternité. Par cette noble façon d'agir, la sage-femme rehaussera la profession qu'elle placera au rang qu'elle doit occuper d'auxiliaire précieux et sagace de l'accoucheur savant et expérimenté.

M. PINARD remercie le professeur Queirel des communications si intéressantes de ses deux élèves M[lle] Mouren et M[lle] Le Cerf; grâce à la première, on est en possession de nouveaux arguments démontrant d'une facon décisive la nécessité de l'asile pour la femme enceinte à partir du sixième mois ; grâce à la seconde, l'avenir permet d'entrevoir que l'action moralisatrice de la sage-femme sur la femme qui veut avorter, supprimera cet énorme déchet social que l'on ne peut actuellement évaluer, mais qui supprime une des forces vives de la nation.

M. HIRIGOYEN présente une note sur **26 cas d'éclampsie** observés dans son service à la Maternité de Bordeaux, sur 2500 accouchements.

La mortalité maternelle totale a été de 3 sur 26 et peut être réduite à 2 sur 26, la troisième femme ayant succombé à une rupture utérine due à un fibrome du col.

La mortalité fœtale a été de 17 p. 100.

5 enfants morts sur 27 et parmi ces 5 sont compris un fœtus de six mois et un prématuré de 1420 grammes.

L'auteur signale comme particularités cliniques, dans les cas qu'il a observés, la jeunesse et la primiparité ou encore la grande multiparité chez des femmes relativement jeunes.

L'époque de l'apparition des accès a été pendant la grossesse de cinq mois à huit mois et demi, 8 fois, pendant le travail, 6 fois, pendant la délivrance 3 fois, après la délivrance, 9 fois.

L'existence d'une albuminurie plus ou moins marquée, son absence jusqu'au moment des accès, la température, les troubles hépatiques, les troubles nerveux ne donnent pas toujours des renseignements semblables au point de vue du pronostic.

Le traitement employé comprend l'usage des anesthésiques, de la saignée dans quelques cas, et des injections de sérum artificiel avec lavage intestinal.

Dans les cas graves avant le travail ou pendant, l'auteur s'est bien trouvé de l'usage de l'accouchement méthodiquement rapide, par la dilatation manuelle principalement.

M. SCHMITT (de Nantes). — De l'étude de **85 cas d'intervention obstétricale pendant les accès éclamptiques,** dont 10 personnels, l'auteur conclut ainsi :

Le traitement obstétrical pendant les accès éclamptiques est légitime mais insuffisant par lui même. Il ne doit qu'être le complément du traitement médical (régime lacté, chloral, chloroforme, saignée).

Il est utile à la mère, mais surtout au produit de conception, dont il abaisse la mortalité de 50 à 25 p. 100.

Il trouve par conséquent ses indications, lorsque la femme est au moins à la fin du septième mois, l'enfant vivant.

La provocation du travail est moins anodine que son accélération.

Avant sept mois, il ne faut intervenir qu'après échec complet du traitement médical et la certitude absolue de l'impossibilité de prolongation de la grossesse.

L'enfant mort, il y a peu d'avantages à intervenir.

Les meilleurs procédés sont la dilatation bimanuelle et les ballons dilatateurs.

M. QUEIREL à propos des deux si intéressantes communications de MM. Schmitt et Hirigoyen, rappelle que, dans sa statistique de la Maternité et de la Clinique obstétricale de Marseille, on relève, pour l'année 1900, **25 cas d'albuminurie dont 10 cas d'éclampsie au moment du travail et 2 décès.** Une de ces femmes est morte en sortant de la voiture qui l'amenait à l'hôpital, l'autre, apportée en pleine crise, est morte au troisième jour dans le coma. Ces deux décès ont échappé au traitement prophylactique : quant aux 23 autres cas, il y en a 15 qui n'ont eu aucune manifestation et 8 qui, quoique ayant eu des crises, ont guéri. Cela démontre bien l'influence du régime lacté.

M. Hirigoyen a oublié de mentionner les recherches faites par le professeur Queirel et le docteur Reynaud (de Marseille) sur la tension sanguine chez les albuminuriques et les éclamptiques : dans ces cas, d'ailleurs indiqués aussi par le professeur Pinard, la tension augmente considérablement : il faudra se souvenir de ces faits pour ne pas employer l'injection de sérum qui augmentera encore cette tension artérielle et pourra créer des lésions rénales. Tout au plus l'injection de sérum pourra-t-elle être pratiquée après l'accouchement quand la femme se sera fait une saignée naturelle.

Au point de vue thérapeutique, l'orateur n'est pas partisan de la provocation du travail, surtout quand la femme n'est pas à terme, on ne peut avoir que des désastres. Il ne faut agir qu'au moment du travail quand la dilatation naturelle est faite : mais si l'enfant est mort il vaut mieux attendre. Au point de vue médication à employer il faut recommander le chloroforme, les évacuations de l'intestin, au besoin les lavages de l'estomac d'après la méthode de Fochier et se bien rappeler que le traitement préventif de Tarnier est le seul traitement de l'éclampsie.

M. GUILLEMET n'est pas non plus partisan de la provocation du travail, mais il se trouve bien d'une saignée de 3 ou 400 grammes qu'il considère comme un puissant diurétique.

M. HIRIGOYEN emploie, comme ses collègues, le traitement préventif et n'a eu qu'à s'en louer. C'est surtout dans les cas d'hypertension artérielle signalée par Queirel, qu'il est d'avis de pratiquer, comme M. Guillemet, des saignées peu abondantes. Mais il est partisan, dans certains cas, de l'intervention de l'accoucheur qui, lui semble-t-il, est autorisé, dans les bassins normaux, à pratiquer une application de forceps au détroit supérieur, lorsque la dilatation est suffisante.

M. PINARD insiste sur la grande valeur du traitement prophylactique : si toutes les femmes étaient soignées comme elles le devraient, l'éclampsie avec ses terribles conséquences serait l'exception. Cependant il faut que tout le monde sache ce qui a été déjà dit et répété au Congrès de 1900, qu'il y a des cas rares d'éclampsie sans albuminurie; il faut qu'on le sache pour dégager les responsabilités, quand on a rempli consciencieusement son rôle d'accoucheur par l'analyse sérieuse des urines.

Mais ce qu'il y a de plus nécessaire à dire, c'est de se demander s'il existe un traitement rationnel curatif de l'éclampsie. Le professeur Pinard n'en connaît pas. En face d'une femme qui présente cette terrible complication de la grossesse, on ne peut dire ce qui se passera. La saignée, recommandée par Guillemet et Hirigoyen, l'orateur la connaît bien puisqu'il a été l'interne de Depaul, qui lui a infligé l'obligation à cette époque de saigner toutes les éclamptiques à plusieurs reprises, avec des évacuations de 500 grammes par fois. A ce moment où cette thérapeutique faisait fureur, les femmes mouraient dans des proportions telles qu'on n'en voit pas aujourd'hui.

Il faut s'en tenir au traitement de l'accès nerveux : chloroforme, chloral et attendre les événements ; ils seront plus ou moins désastreux, selon que l'intoxication sera plus ou moins considérable, et que l'intégrité du foie sera plus ou moins atteinte.

On peut échafauder des séries heureuses avec tous les traitements : au Congrès de 1900, M. Porack, accoucheur de la Maternité de Paris, apporta une statistique merveilleuse, trois mois après tout cela s'écroulait et laissait l'accoucheur aussi perplexe qu'avant.

Il est néeessaire à tous les médecins qui apportent des statistiques brillantes de suivre les enfants nés dans de pareilles circonstances, longtemps après leur mise au monde. Combien, au bout d'un an, de deux ans, y en a-t-il encore de vivants? Combien de dégénérés, combien de débiles? C'est un immense déchet social.

Le Congrès doit voir sa IVe session s'ouvrir en 1904, à Rouen, c'est là que sont conviés tous les accoucheurs qui, s'occupant de cette importante question, voudront bien apporter les résultats de leur pratique journalière pendant ces trois années. De cet ensemble précieux se dégagera un enseignement et peut-être y trouvera-t-on enfin la solution de ce grave problème.

M. HIRIGOYEN lit l'observation d'une femme rachitique, à bassin de 7 centimètres, sur laquelle la **symphyséotomie** a été pratiquée trois fois avec succès : trois enfants vivants, très bien constitués; M. GUILLEMET (de Nantes) relate à ce propos le cas d'une femme sur laquelle furent faites deux symphyséotomies à un an d'intervalle, avec parfaite conservation de l'intégrité du bassin.

M. LARGER (de Maisons-Laffitte) propose d'ajouter aux stigmates moraux et physiques, les **stigmates obstétricaux**, et il fait entrer dans cette dénomination tout ce qui, dans la conception, la grossesse et l'accouchement, s'écarte du type physiologique. Cela comprend les anomalies de la conception, de la grossesse et de l'accouchement : et permet de conclure : 1° qu'étant donné une de ces anomalies, on peut toujours remonter à la dégénérescence héréditaire ou acquise de l'un ou des deux procréateurs; 2° que certaines intoxications, comme l'éclampsie, ne se développent que sur un terrain de dégénérescence.

SECTION DE PÉDIATRIE

L'arthritisme chez les enfants.

M. COMBY (de Paris), rapporteur.

L'*arthritisme*, ce trouble permanent de la nutrition qu'a si bien étudié M. Ch. Bouchard, est une diathèse le plus souvent héréditaire. Fréquente chez les peuples civilisés, dans les classes riches, intellectuelles, urbaines, la diathèse se transmet de génération en génération avec une déplorable facilité. Mais elle ne s'accuse pas tout de suite, dès la naissance, en traits frappants et reconnaissables ; il faut à l'observateur des qualités d'expérience, de finesse, de flair, pour en dépister les manifestations embryonnaires et prodromales.

Quand on se trouve en présence d'un gros désordre, depuis longtemps étudié et classé, le *diabète*, l'*asthme*, la *goutte*, la *migraine*, l'*obésité*, la *gravelle*, le diagnostic est facile, car ces maladies sont les mêmes à tous les âges, elles ne diffèrent pas essentiellement chez l'enfant et chez l'adulte.

Doit-on attendre, pour reconnaître l'arthritisme et pour le traiter, ces grandes manifestations? Non, évidemment. Et dès lors, s'imposent la recherche et le classement des autres

manifestations moins graves, moins expressives, relevant néanmoins de la même diathèse et comportant le même pronostic.

C'est le but que je poursuis ; en d'autres termes, j'ai voulu réunir dans une esquisse, sommaire mais large et aussi complète que possible, toutes les formes frustes, ébauchées, typiques, obscures ou méconnues de l'arthritisme infantile.

I. *Habitus extérieur.* — L'arthritisme infantile n'a pas un facies uniforme, une physionomie invariable. On peut distinguer au moins deux types : le type gras ou polysarcique, et le type maigre ou lymphatico-nerveux.

Le premier peut présenter deux variétés, suivant qu'il est associé à la pléthore ou à l'anémie ; chez certains enfants les joues sont colorées, les muqueuses rouges ; chez d'autres, il y a de la pâleur et des souffles vasculaires ; la polysarcie, d'ailleurs, n'est pas forcément durable, elle peut disparaître avec l'âge.

Le second type est presque toujours accompagné d'anémie : pâleur de la peau et des muqueuses, bruit de diable dans les vaisseaux du cou, hypoglobulie.

Le développement corporel est généralement suffisant, parfois au-dessus de la moyenne. L'enfant arthritique est intelligent, quoique parfois mal équilibré. C'est un dégénéré supérieur, plus ou moins nerveux, suivant que l'arthritisme a été plus ou moins croisé de névropathie.

II. *Lymphatisme et anémie.* — On trouve souvent, dans la descendance des arthritiques, les attributs du tempérament lymphatique : peau blanche et fine, organes lymphoïdes engorgés et irritables, polyadénopathie. Les enfants arthritiques sont souvent anémiques, et cela dès le berceau, malgré une hygiène alimentaire irréprochable. Dans quelques cas, on peut observer l'*anémie périodique*, revenant tous les ans et durant plusieurs semaines. Plus tard aux approches de la puberté, la chlorose s'observe fréquemment chez les filles d'arthritiques. Cette chloro-névrose guérit bien, mais elle peut être remplacée par la migraine ou par une autre manifestation de la même famille. Dans l'anémie arthritique des nourrissons, comme dans la chlorose, on observe des souffles vasculaires (bruits de diable), et parfois aussi un souffle de la base du cœur.

III. *Appareil circulatoire.* — L'appareil circulatoire est très souvent touché par l'arthritisme : troubles vaso-moteurs émotifs (alternatives de rougeur et pâleur), modifications du pouls (tachycardie, arythmie), palpitations de cœur. Certains enfants, surtout les obèses, ont des ralentissements du pouls (bradycardie). Tandis que les filles d'arthritiques deviennent facilement chlorotiques dans l'adolescence, les enfants du sexe masculin présentent au même âge l'éréthisme cardiaque et les troubles qu'on a décrits sous le nom d'*hypertrophie cardiaque de croissance*. Les troubles fonctionnels sont très accusés : palpitations, douleurs, céphalalgie, dyspnée, lypothymies, syncopes. Mais, en réalité, il n'y a pas de lésion notable. Les souffles, qu'on peut entendre à la base du cœur ou à la pointe, sont inorganiques ou extracardiaques ; c'est un cœur irritable, sans lésion durable.

IV. *Appareil respiratoire.* — Les enfants arthritiques s'enrhument facilement et présentent fréquemment le coryza spasmodique et le hayfever, les épistaxis périodiques et à répétition, la laryngite striduleuse et les spasmes de la glotte, les fluxions soudaines du côté des bronches, l'asthme, la congestion pulmonaire à l'occasion d'un refroidissement, d'une grippe, d'un rhumatisme, etc. Chez eux, toutes les muqueuses des voies respiratoires sont d'une sensibilité exquise et d'une irritabilité extraordinaire.

V. *Tube digestif.* — Les troubles digestifs ne sont pas moins fréquents que les troubles respiratoires. A noter l'anorexie et les perversions de l'appétit : boulimie, parorexie, pica et malacia, les poussées de gastrite catarrhale et gastro-entérite, la tendance à la constipation, les accès intermittents de fièvre de digestion, l'entérite muco-membraneuse avec sable intestinal. A ajouter les poussées congestives du foie, l'ictère, les hémorroïdes dans quelques cas.

Mais le syndrome le plus frappant est le vomissement périodique ou cyclique, qui se répète à des intervalles plus ou moins éloignés, et se caractérise par une intolérance absolue de l'estomac durant trois, cinq, huit jours ; la crise survient brutalement et se termine avec la même brusquerie.

VI. *Organes génito-urinaires.* — Il y a très souvent, chez les enfants arthritiques, des modifications physico-chimiques de l'urine : acidité forte, densité élevée, azoturie, excès d'acide urique. L'urine peut renfermer du sucre, mais surtout de l'albumine. Cette albuminurie est intermittente, variable, orthostatique. Elle est généralement faible et se chiffre par centigrammes. Dans quelques cas, elle monte à un ou plusieurs grammes par litre.

Certains enfants ont de la polyurie ou de la pollakiurie, du spasme vésical, de la cystite, voire même de l'urétrite uricémique. Beaucoup ont la lithiase rénale latente et on peut observer de véritables coliques néphrétiques. On doit signaler ensuite la lithiase vésicale, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite, qui sont des complications des calculs du rein. Le rein mobile est relativement fréquent dans les familles arthritiques.

Chez les fillettes arthritiques, on rencontre parfois une vulvite tenace ou à répétition sans gonocoque. On observe chez elles aussi, au moment de la puberté, des troubles menstruels, de la dysménorrhée douloureuse, des ménorragies, etc.

VII. *Système nerveux.* — Les enfants de souche arthritique sont nerveux, excitables, agités. Dès le berceau, ils sont remuants, criards, dorment mal, se pâment sans raison et sont susceptibles de tomber en convulsions. Plus tard, dans la seconde enfance, ils seront sujets aux terreurs nocturnes. La migraine est commune chez eux. Outre la migraine, ils présentent parfois des céphalées paroxystiques et intermittentes, survenant par crises plus ou moins éloignées et pouvant s'accompagner de neurasthénie.

VIII. *Téguments.* — La peau des enfants arthritiques est très irritable et les dermatoses sont fréquentes chez eux. On trouve d'abord l'hypéridrose localisée ou généralisée, l'urticaire et les érythèmes urticariens, les œdèmes aigus de la face et des membres, le prurigo chronique et à répétition, la séborrhée et le pityriasis capitis, l'acné de la puberté, le psoriasis et surtout l'eczéma. L'eczéma des nourrissons arthritiques est tenace, récidivant, prurigineux, sec plus souvent que suintant, symétrique comme localisation. Il alterne parfois avec des crises asthmatiformes et peut céder la place à l'asthme vrai.

IX. *Appareil locomoteur.* — En dehors du rhumatisme articulaire aigu franc, maladie infectieuse qui se rencontre à tous les âges, les enfants arthritiques peuvent présenter des manifestations articulaires subaiguës ou chroniques que je désigne sous le nom d'arthrites uricémiques. On peut observer des craquements articulaires, des raideurs et fausses ankyloses, des gonflements sans caractère inflammatoire (hydarthrose), des impotences fonctionnelles passagères (boiterie, torticolis), etc., qui sont sous la dépendance de la diathèse arthritique. On peut ajouter à ces arthrites des myalgies et ostéalgies réunies sous le nom de rhumatisme vague, de douleurs de croissance, etc. Toutes ces manifestations pseudo-rhumatismales ou rhumatoïdes sont généralement apyrétiques. Elles se rapprochent plus de la goutte que du rhumatisme. D'ailleurs la goutte franche peut se rencontrer chez les enfants.

X. *Fièvre arthritique.* — Certains enfants, de souche arthritique, sont atteints périodiquement d'accès fébriles

rappelant la fièvre palustre. Les crises qui peuvent durer cinq, huit, quinze jours, sont caractérisées par une fièvre très vive, intermittente, quotidienne, avec abattement, pâleur, amaigrissement, état général inquiétant. La crise terminée, l'enfant se rétablit vite, mais pour retomber au bout de cinq à six mois. La quinine n'a aucune action sur cette fièvre, qui est une sorte de goutte larvée, de manifestation fébrile uricémique.

XI. *Pathogénie.* — Les troubles décrits plus haut sont d'origine dyscrasique, mais comment se produisent-ils? On pourrait invoquer la dyspepsie, qui existe chez beaucoup de sujets. Mais les enfants arthritiques ne sont pas tous dyspeptiques, et les accidents qu'ils présentent seraient inexplicables sans l'hérédité. L'arthritisme héréditaire, transmissible des parents aux enfants, domine tous ces accidents et en fait des membres de la même famille. Cette notion de l'arthritisme a été acceptée, proclamée par de nombreux médecins français et acceptée par quelques médecins étrangers.

Comme agent toxique, on a incriminé l'acide urique et les urates, puis les corps alloxuriques (xanthine, hypo et paraxanthine, etc.). Le dernier mot n'est pas dit sur cette question de chimie biologique. Mais il nous semble évident que les paroxysmes de la diathèse arthritique, que nous avons essayé de dégager, dérivent d'une véritable auto-intoxication, dont la formule est à trouver. D'ailleurs, les bons effets de l'hygiène thérapeutique plaident en faveur de cette doctrine.

XII. *Prophylaxie et traitement.* — Revenir autant que possible à la vie champêtre, faire de l'enfant un rural, lui inspirer le goût des exercices physiques, de la vie au grand air, lui éviter la sédentarité, la suralimentation, le surmenage cérébral, c'est le mettre dans les meilleures conditions pour remonter le courant fâcheux où l'entraînent ses prédispositions héréditaires.

Tous les enfants ne peuvent pas vivre à la campagne; on usera du moins intelligemment de la période des vacances pour rétablir l'équilibre nutritif troublé par la vie urbaine et la scolarité.

L'alimentation joue un rôle capital : allaitement naturel prolongé, sevrage graduel, pas de viande avant trois ans, pas de boissons alcooliques, grande sobriété. Écarter les viandes froides, les mets faisandés, épicés, pratiquer le végétarisme, boire de l'eau. Agir sur la peau par l'hydrothérapie, les frictions, les massages.

Contre la maladie déclarée, on luttera aussi par les alcalins, les antiseptiques intestinaux, les lithontriptiques. On conseillera les cures thermales alcalines, les eaux chlorurées sodiques chaudes et froides, suivant les cas, les arsenicales et sulfureuses, etc. Les paroxysmes aigus seront traités par le repos au lit et la diète.

Bref, c'est par une bonne hygiène thérapeutique visant le fonctionnement régulier du tube digestif, de la peau, des muscles, du poumon, du cerveau, qu'on luttera avec le plus d'avantage contre l'arthritisme chez les enfants.

Pour M. AUSSET, le rapporteur a trop généralisé. Le type gros d'enfant bouffi, pâle et anémique se retrouve chez les rachitiques sans tare arthritique : de même pour la muco-polyadénopathie. La pseudo-hypertrophie de croissance s'observe chez les adénoïdiens à cage thoracique insuffisamment développée. Quant aux dermatoses, il faut les mettre plus souvent sur le compte des intoxations gastro-intestinales.

M. MÉRY aurait voulu que M. Comby insistât sur la constipation dans les vomissements périodiques. Par arrêt des matières et fermentations consécutives, il y a intoxication et vomissements. Le grand lavage de l'intestin est le seul traitement.

M. HALLOPEAU craint que le rapporteur ait donné trop d'importance à l'arthritisme, surtout en ce qui concerne les affections cutanées. (*A suivre.*)

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL

DES MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCE, TENU A AMSTERDAM DU 23 AU 26 SEPTEMBRE 1901.

Après l'intérêt qu'a soulevé le premier Congrès des médecins des compagnies d'assurances, tenu à Bruxelles il y a deux ans, on aurait pu s'attendre à voir les médecins français se rendre en grand nombre à l'invitation qui leur était faite cette année à Amsterdam. Il n'en a malheureusement rien été et, sans le dévouement des quelques médecins français présents, en particulier de M. Siredey (de Paris), qui a été sans cesse sur la brèche, la science française n'aurait pas occupé au IIe Congrès des médecins des Compagnies d'assurances, la place qu'il convenait.

Et, cependant, les questions inscrites au programme étaient de celles qui n'intéressent pas seulement les médecins de compagnies d'assuran e, mais aussi tous les praticiens.

L'admissibilité aux assurances sur la vie est, en effet, une question qui s'élargit de jour en jour, puisque les Compagnies d'assurances sur la vie au lieu de refuser systématiquement tous les sujets atteints d'une affection pathologique semblent entrer dans une voie nouvelle en admettant maintenant, à des conditions spéciales, naturellement, des candidats plus ou moins atteints dans leur santé. C'est cette admissibilité des *risques tarés* qui a fait le grand intérêt du Congrès d'Amsterdam, puisque 8 rapports sur 19 y étaient consacrés.

D'une façon générale, il ressort de tous ces rapports et des discussions auxquelles ils ont donné lieu que le principe de l'admissibilité des risques tarés à l'assurance sur la vie est acquis. Mais, d'autre part, il serait nécessaire que les compagnies publiassent des statistiques mortuaires pour les albuminuriques et les glycosuriques. Ces statistiques comparées aux statistiques mortuaires générales peuvent, seules, permettre de déterminer le pronostic moyen des risques tarés et de calculer ainsi les risques et la prime à fixer.

Les différents rapports, en attendant les statistiques des sociétés, ont permis de poser quelques jalons.

M. Stokvis (d'Amsterdam) estime, en ce qui concerne l'*albuminurie*, qu'un grand nombre d'albuminuriques sont parfaitement admissibles à l'assurance sur la vie.

Leur admissibilité ne dépend ni du caractère permanent, ni du caractère transitoire de l'albuminurie, mais des symptômes morbides qui l'accompagnent.

Le risque des albuminuries rénales organiques semble jusqu'ici inacceptable pour les compagnies d'assurances sur la vie.

Dans chaque cas d'albuminurie il faut exiger absolument un examen microscopique des urines, ceci afin de ne pas confondre des albuminuries rénales avec des albuminuries extra-rénales.

Dans son rapport sur la *glycosurie*, M. Siredey (de Paris) pense qu'il faut refuser les diabétiques maigres, les diabétiques gras âgés de moins de trente-cinq ans, et ajourner à six mois ou un an, les diabètes d'origine nerveuse. On pourrait accepter les diabétiques gras, mais non obèses, âgés de plus de trente-cinq ans, avec une majoration de la prime.

M. E. Poëls (de Bruxelles), chargé du rapport sur les *cardiopathies*, conclut à l'acceptation des cardiaques (sous certaines conditions, et à l'exception des aortiques). On limiterait l'assurance à cinquante ans.

L'*artério-sclérose*, d'après M. Moritz (de Saint-Pétersbourg), ne sera pas admise si les troubles cardiaques ont fait leur apparition.

Signalons encore un certain nombre de rapports : la *syphilis* et l'assurance sur la vie par M. Salomonsen (de Copenhague) qui estime qu'un syphilitique de dix ans sans récidives peut être accepté; *La femme au point de vue de l'assurance* sur la vie, par M. Mahillon (de Bruxelles), qui pense qu'on peut admettre les femmes après un premier accouchement normal.

M. Crocq (de Bruxelles) conclut que l'abolition des *réflexes* est un motif de refus.

L'*appendicite*, d'après M. Weil-Mantou (de Paris), lorsqu'il y a eu déjà une crise, lorsqu'il reste de la sensibilité, est une cause de refus. Par contre, on admettra les opérés à chaud ou à froid.

Autres rapports : *Anomalies et maladies de la peau* en matière d'assurances (M. Grosse, de Leipzig) ; — *habitudes alcooliques* (M. Dyce-Duckworth, de Londres) ; — *tremblements* (M. Wertheim-Salomon, d'Amsterdam) ; — séjour dans les *pays chauds* (M. van der Burg, de Laag-Sœren) ; — *hernies* (M. Coert, de la Haye) ; — *infections des plaies* (M. Poëls, de Bruxelles) ; — *otite moyenne* (M. Burger, d'Amsterdam) ; — *affections oculaires* (M. de Lantsheere, de Bruxelles), etc.

Le prochain Congrès aura lieu à Paris, en 1903.

CORRESPONDANCE

Neuilly-sur-Marne, le 3 octobre 1901.

Cher confrère,

La *Gazette des hôpitaux* de ce jour publie un entrefilet où il est raconté que le commandant Driant a pris l'heureuse initiative, à Troyes, d'accorder, à ses hommes qui ne s'enivrent pas, des permissions périodiques. Et vous louez avec juste raison cette mesure.

Mais il faut rendre à César ce qui lui appartient.

Si le commandant Driant applique cette mesure, l'initiative en revient au colonel du 70e régiment de ligne, à Vitré, qui, il y a trois ans, a eu l'heureuse idée de créer dans ce régiment ce qu'il a appelé des *concours de sobriété* entre les compagnies. Celles qui ont eu le moins d'ivrognes punis disposent d'un certain nombre de permissions.

Je certifie l'authenticité de ce fait, dont le commandant Driant a été par la suite un autre propagandiste, car j'ai été le premier à le rapporter dans mon journal l'*Alcool*, d'où il a été extrait par la suite et dénaturé.

Vous jugerez peut-être que la rectification n'a pas grande importance, mais puisque vous avez jugé intéressant de raconter le fait, vous jugerez peut-être qu'il est équitable d'en attribuer l'originalité à qui de droit.

Croyez, etc. Dr LEGRAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris est définitivement composé de la manière suivante :

MM. Nageotte, Dufour, Enriquez, Claude, Lyot, Michon, Savariaud et Bouffe de Saint-Blaise.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est ouvert le 7 octobre, à l'Hôtel-Dieu.

Le jury est composé de MM. Chatin, Garel, Lannois, Rabot, médecins des hôpitaux ; Albertin, Tixier, Vallas, chirurgiens des hôpitaux.

Le nombre des candidats inscrits est de 97, pour 12 places à décerner.

Association française d'urologie. — La cinquième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 24 au 26 octobre 1901, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Rein mobile ; pathogénie et indications opératoires. »

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Les épidémies. — La *peste* à Naples reste stationnaire, les 133 suspects isolés sont jusqu'ici en bonne santé.

Le professeur Proust s'est rendu à Marseille pour juger des mesures à prendre éventuellement.

La *fièvre jaune* s'est déclarée à Saint-Louis et à Kayes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 117. — JEUDI 10 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 10 OCTOBRE 1901. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Sur l'isolement des enfants coquelucheux dans les compartiments de chemins de fer, par M. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (IIIe session, tenue à Nantes du 23 au 29 septembre 1901 [*suite*]). Compte rendu par M. Platon, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille : *Rapports et discussions :* Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant (M. Poisson, rapporteur); — La défense de l'enfant (MM. Ollive et Schmitt, rapporteurs). — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine:* Accident mortel consécutif à l'administration d'un lavement; — *Chirurgie :* Le tétanos et la méthode de Baccelli; — *Thérapeutique* : Traitement du rhumatisme par l'acide citrique; — *Médecine tropicale :* Les bourbouilles et leur traitement. — Notes de thérapeutique. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SUR L'ISOLEMENT DES ENFANTS COQUELUCHEUX

DANS LES COMPARTIMENTS DE CHEMIN DE FER

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de soumettre aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* quelques remarques sur la prophylaxie de la coqueluche, spécialement lorsque nous faisons voyager les enfants atteints de cette maladie.

Cette année, la coqueluche a sévi avec une assez grande intensité non seulement à Paris, mais aussi par toute la France, d'après les divers renseignements que j'ai pu recueillir.

Nous sommes bien mal armés, tous les médecins le savent, pour combattre cette maladie; nous n'avons pas encore de remède spécifique. Nous sommes réduits à employer des calmants, des antispasmodiques plus ou moins efficaces, et nous recourons volontiers au *changement d'air* pour abréger la durée d'un mal que nous ne parvenons pas à enrayer.

Il faut donc faire voyager les coquelucheux. Or, comment sont-ils admis dans les compartiments de chemin de fer? Quelles précautions prend-on pour les isoler, pour éviter la propagation des germes morbides? Voici la réponse.

Dans le courant de juillet de cette année, je donnais mes soins à trois enfants coquelucheux dans la même famille; je conseillai un changement d'air et l'on se décida à conduire ces enfants sur une plage bretonne.

Le père alla se renseigner à la compagnie de l'Ouest, déclara la maladie de ses enfants et demanda qu'on voulût bien les isoler dans un compartiment réservé. On répondit à ce père bien intentionné que le cas n'était pas prévu par les règlements de la compagnie, mais qu'il lui était loisible de louer *à plein tarif un compartiment entier* pour transporter ces enfants. Le père de famille n'insista pas, fit ce que tout le monde aurait fait à sa place, c'est-à-dire qu'il fit monter ses enfants coquelucheux dans un compartiment ordinaire, se refusant à supporter des frais considérables qui, en toute justice, ne devaient pas lui incomber.

Que se passa-t-il pendant le trajet qui dura plus de douze heures? Chacun des trois enfants eut des quintes multiples, pulvérisa des sécrétions muco-purulentes, sur les coussins, les rideaux, etc.

Il est bien probable même que des crachats, ou des vomissements alimentaires furent projetés sur les tapis.

La coqueluche, les mères de famille le savent comme les médecins, est une maladie aussi malpropre que bruyante; et, quoi que l'on fasse, on ne parvient pas à empêcher les enfants, ayant des quintes violentes, de souiller avec les crachats, leur linge, leurs vêtements et même leur lit. On se figure aisément dans quel état devaient être les coussins et les tapis d'un compartiment après que trois coquelucheux y eurent séjourné douze heures et plus. Cette souillure par l'expectoration virulente peut être fort périlleuse pour d'autres enfants qui monteront plus tard dans ce wagon, et qui ne manqueront guère de s'agiter, de se rouler, de jouer, de toucher avec leurs doigts les passementeries, etc.

Nous cherchons souvent comment un petit malade a été contaminé par les germes de la coqueluche; est-ce que des contacts indirects dans un véhicule ainsi contaminé ne sont pas suffisants?

Pour éviter de tels accidents, il me semble qu'on devrait imposer aux Compagnies de chemins de fer d'aménager des compartiments spéciaux pour isoler les petits coquelucheux, au vu d'un certificat dûment légalisé du médecin traitant.

Un compartiment ordinaire suffirait avec la mention *réservé* : les rideaux seraient enlevés et les coussins et tapis seraient complètement recouverts de housses en étoffe souple et imperméable, faciles à laver et à stériliser. Lorsque les coquelucheux auraient quitté la voiture, les housses seraient enlevées et désinfectées et les vitres lavées au sublimé.

Est-ce là un dispositif trop compliqué pour être adopté? Eh bien, que l'on imagine autre chose, qu'on ne reste pas dans le *statu quo*.

Mais, dira-t-on peut-être, ce que vous proposez pour la coqueluche devrait être appliqué aussi aux autres maladies contagieuses des enfants et même des adultes.

Où serait le mal, je le demande, si l'on prenait des dispositions en ce sens?

Je les réclame immédiatement pour la coqueluche, parce que nous sommes obligés de faire voyager nos petits coquelucheux, parce que ce déplacement est même actuellement notre principale ressource thérapeutique.

Cette question de prophylaxie ne mérite-t-elle pas d'attirer l'attention de ceux de nos confrères qui ont une action plus ou moins directe ou efficace sur les pouvoirs publics?

Veuillez agréer, etc.

G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[IIIe SESSION, TENUE A NANTES, DU 23 AU 29 SEPTEMBRE 1901 (1)]

Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS

Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant.

M. POISSON (de Nantes), rapporteur.

Le traitement des tuberculoses locales a subi depuis quelques années une évolution conservatrice un peu inattendue qu'il a paru intéressant d'étudier.

La *tendance naturelle à la guérison* domine la pathologie des tuberculoses locales de l'enfance. Ce fait, en contradiction avec la folie opératoire, la *resécomanie* des Volkmann et des Kœnig que, du reste, les chirurgiens français suivirent avec répugnance, est étayé sur les importants travaux de MM. Kirmisson, de Calot, de Ménard et sur les intéressantes communications de MM. Potherat, Tuffier, Schwartz, etc.

La chirurgie sanglante des tuberculoses locales repose sur un certain nombre de préjugés :

Ce fut une erreur d'assimiler les tuberculoses locales à une néoplasie envahissante : la tuberculose reste localisée et n'est pas, en général, si infectante qu'il faille l'enlever sous peine d'autres manifestations locales ou viscérales. Le danger dans les tuberculoses opérées sont les infections secondaires, les méthodes conservatrices pourront éviter cette complication tout en n'exposant ni plus ni moins que la méthode sanglante à la méningite : les statistiques, de Kirmisson et de Joüon relevées à l'hôpital Trousseau, de Poisson à l'hôpital maritime de Pen-Bron, en font foi.

Ce fut une seconde erreur d'assimiler la suppuration tuberculeuse à la suppuration de l'abcès ordinaire.

La suppuration fermée tuberculeuse, ne deviendra un danger que du jour où il y aura infection mixte. Ce qu'il faut éviter, c'est l'ouverture spontanée ou non de cette collection.

Si l'on considère d'autre part que les résultats tant immédiats qu'éloignés des interventions, ne sont pas brillants, on est amené à formuler les propositions suivantes :

1° Ne jamais ouvrir, à moins d'une extrême nécessité, une tuberculose locale fermée, suppurée ou non suppurée.

2° Empêcher, par tous les moyens possibles, l'ouverture spontanée d'une tuberculose suppurée.

3° Faire intervenir sur ces tuberculoses fermées des agents modificateurs généraux ou locaux.

4° Rester fidèle à ce traitement conservateur, alors même qu'il s'agit d'une tuberculose ouverte, en se tenant prêt à agir s'il survenait un état septicémique.

Pour cela il faudra avoir recours : 1° au traitement général; 2° à l'immobilisation et l'extension continue; 3° à la compression; 4° aux topiques; 5° aux injections modificatrices; 6° à l'ignipuncture.

1° *Traitement général.* — Il a une importance considérable. Il faut enlever l'enfant tuberculeux de ses appartements confinés et étroits, il faut l'envoyer au bord de la mer et l'y faire séjourner longtemps. Il faudra s'aider de la balnéation et des eaux mères qui dans les tuberculoses ouvertes rendent d'éminents services, des toniques généraux et de l'huile de foie de morue.

2° *Immobilisation et extension continue.* — L'immobilisation est absolument nécessaire dans toute tuberculose articulaire; une articulation n'est vraiment immobile que quand ses deux voisines le sont aussi : c'est sur ce précepte que l'on s'appliquera dans la confection des appareils plâtrés.

L'extension continue calme les douleurs quelquefois horribles de la coxalgie, elle permet le redressement lent, préférable au redressement rapide sous chloroforme, qui constitue un choc regrettable. Il sera nécessaire dans le cas d'immobilisation et d'extension continue de placer les enfants dans le décubitus dorsal. C'est une erreur de croire que cette attitude anémie les enfants, quand ils peuvent être transportés au bord de la mer, ils la supportent admirablement; ils engraissent et reprennent des forces.

Grâce à la méthode des injections modificatrices, une tumeur blanche *au début* peut n'être immobilisée que pendant quelques mois.

Quand le foyer tuberculeux paraît éteint, on peut donner à l'articulation quelques mouvements très prudents, et faire quelques massages méthodiques, tout en continuant les injections et en gardant le décubitus s'il s'agit du membre inférieur.

Il faut revenir immédiatement à l'appareil immobilisateur si l'enfant souffre, et si l'articulation a la moindre tendance à reprendre une position vicieuse.

3° *Compression.* — Elle peut être faite avec du coton et des bandes de flanelle ou avec la bande élastique selon la méthode de Bier. Ce traitement long se termine souvent par ankylose.

4° *Les topiques.* — Le vésicatoire doit être rejeté. L'iode ne mérite pas d'être recommandé : ils sont capables d'excoriation et par conséquent d'infection. Il vaut mieux l'emplâtre mercuriel ou l'onguent napolitain, qui a donné des résultats à Lucas-Championnière. Hoffa préconise des frictions avec le savon noir.

5° *Injections modificatrices.* — Parmi leur nombre, il faut en retenir trois :

A. Injections de chlorure de zinc (méthode sclérogène et Lannelongue), elles donneraient des guérisons dans la tuberculose des grandes articulations, rendant peu de services dans les adénopathies et le mal de Pott (Coudray).

B. L'éther iodoformé de Verneuil à 5 p. 100 doit être injecté avec de très grandes précautions antiseptiques.

On l'emploiera :

a. Dans les tuberculoses fermées, non suppurées, surtout dans les adénopathies. Il faut tous les cinq à six jours injecter, dans chaque ganglion malade, quelques gouttes de la solution qui amènera une fonte permettant l'évacuation et le lavage à l'iodoforme. La conduite à tenir devant des masses ganglionnaires sera la même.

Dans l'articulation du genou, il faut injecter deux fois par semaine un demi-centimètre cube dans le cul-de-sac supérieur, de chaque côté de la rotule, et si la douleur le permet en bas à travers le ligament rotulien. Il n'est pas prudent d'employer le chloroforme, qui ne peut être prolongé aussi longtemps que la douleur que l'on calmera par l'application d'une compresse froide. Pour les autres articles, on procédera de façon analogue, en se souvenant qu'au cou-de-pied, articulation très serrée, pouvant entraîner une très violente douleur, l'éther pourra être remplacé par la glycérine.

---

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1089. 1103 et 1110.

Cette méthode est employée pour le mal de Pott, surtout à la période d'abcès, et dans les synovites tendineuses. Signalons la méthode de Mauclaire qui injecte de la glycérine iodoformée par voie épidurale dans certains maux de Pott. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1901, p. 762).

b. Dans les tuberculoses suppurées fermées. L'injection empêche l'ouverture spontanée de la collection tuberculeuse, et conduisant l'agent modificateur jusqu'au siège de la lésion, tarit la source du pus tuberculeux. La technique consiste après ponction à vider la collection et à remplacer le pus par le liquide modificateur. Ce traitement est renouvelé jusqu'à guérison produite quelquefois très vite.

c. Dans les tuberculoses suppurées, ouvertes; l'intervention est souvent nécessaire et permet la désinfection des trajets, tout en permettant à la solution d'agir utilement sur les tissus.

C. Les injections de naphtol camphré de Reboul ont de nombreux succès à leur actif, mais peuvent produire des accidents graves avec coma et mort.

6° *Ignipuncture.* — Cette méthode de Vincent tient le milieu entre les méthodes conservatrices et les interventions chirurgicales. Elle est surtout applicable dans les articulations superficielles. Après un nettoyage sérieux il faut traverser les parties molles, pénétrer jusqu'à l'os, sans craindre d'entrer dans l'articulation.

Ainsi donc, même dans les cas de suppuration ouverte et de trajet fistuleux, le traitement conservateur ne doit pas être abandonné.

Il est cependant des circonstances qui doivent armer la main du chirurgien : il pratiquera toujours des interventions de nécessité, elles seront dictées surtout dans les tumeurs blanches par la fièvre et l'état général septicémique. Il en sera de même dans les abcès confluents infectés.

L'intervention ne se discute guère dans le mal de Pott, à moins d'une lésion postérieure très limitée et très accessible. Dans la paraplégie, l'intervention qui paraissait séduisante, n'a pas donné à Chipault les résultats attendus. Les accidents menaçant l'existence (troubles respiratoires), de très violentes douleurs autoriseront seuls une action chirurgicale au niveau de la tuberculose vertébrale et méningée.

On peut opérer dans les tuberculoses osseuses très limitées et très isolées. L'opération peut guérir plus vite et aussi sûrement.

Dans les adénopathies suppurées, il sera nécessaire d'intervenir pour nettoyer des trajets et substituer à des cicatrices vicieuses une cicatrice chirurgicale régulière.

La défense de l'enfant.

Le rapport de MM. OLLIVE et SCHMITT (de Nantes) est inspiré du beau discours prononcé en 1898 au Congrès de Marseille par le professeur Pinard.

La défense de l'enfant comprend trois grandes étapes : avant la procréation ; — depuis la procréation jusqu'à la naissance; — après la naissance.

Avant la procréation. — C'est la lutte contre l'alcoolisme, contre la tuberculose et la syphilis, dont les produits sont fatalement condamnés et contre les intoxications.

Depuis la procréation jusqu'à la naissance. — Bien d'autres causes que les tares héréditaires menacent la vie de l'enfant. Le professeur Pinard a montré que le *surmenage* avait sur le produit de la conception les plus tristes conséquences physiques, sans compter cette misère morale de la mère si fertile en infanticides. Il est du devoir de l'État de créer la défense légale de la femme enceinte, il faut proclamer par une loi le droit au repos pendant les derniers mois de la gestation; il faut, comme dans certains pays voisins, secourir pécuniairement la femme enceinte avant et après son accouchement : l'indemnité quotidienne devra être humaine et égaler les deux tiers du salaire. Il est indispensable aussi de fournir à la fille-mère un asile où elle pourra abriter sa grossesse, et il est monstrueux que tout soit à créer en France, un siècle après la proposition Maigret à la Convention nationale, qui demandait la construction, dans chaque district, d'un abri où la fille-mère pourrait entrer à telle époque de la grossesse qu'elle voudrait.

La création d'ouvroirs où le secret de la grossesse sera absolument gardé, doit avoir comme conséquence l'hospitalisation secrète au moment de l'accouchement, sans aucune ingérence administrative : plus de regards indiscrets, plus de fiches révélatrices et pour la mère plus de crainte, plus de honte et peut-être plus d'infanticide.

A Paris, il existe l'asile Michelet qui offre un abri aux femmes enceintes nécessiteuses; à Nantes, une œuvre analogue : l'œuvre du travail réparateur, existe et fonctionne avec ses propres ressources. Il faudrait que l'État se chargeât de construire partout de pareilles maisons pour que sur notre terre de France, toute femme eût le droit d'être mère.

A l'assistance matérielle de la femme enceinte doit s'ajouter l'assistance médicale : la femme enceinte ne se doute pas des soins particuliers auxquels elle doit s'astreindre. Il faudrait qu'une consultation pour femmes enceintes fût instituée dans toutes les communes. Il faudrait faire plus : nombreuses sont les femmes pauvres qui meurent privées des secours de l'art; à l'instar de Milan, un service d'accoucheurs devrait être institué pour pratiquer en ville les opérations d'urgence dans les familles appartenant à l'Assistance publique ou aux bureaux de bienfaisance.

Après la naissance. — L'œuvre de défense n'est point achevée : elle commence à peine. Dès 1878, Bergeron déclarait que le nouveau-né a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de quatre-vingt-dix ans et la statistique de Balestre et Giletta indique que la mortalité des enfants d'un an est égale au cinquantième de la population et au sixième des décès de toute nature !

Les affections gastro-intestinales et pulmonaires tuent plus de la moitié des enfants : ce sont des maladies évitables, mais par quels moyens ? L'assistance médicale des nourrissons, l'assistance pécuniaire de la mère indigente, et son éducation.

Pourquoi les pouvoirs publics n'exigeraient-ils pas, de toute mère riche ou pauvre, un certificat médical obligatoire ? On criera à la violation du domicile et de la liberté, mais la liberté du meurtre n'existe pas et la société a le devoir de protéger tous les enfants en bas âge.

Il faut, de plus, faire en sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère comme l'a dit M. Pinard, et pour cela l'assistance à domicile jusqu'au sevrage est une chose qui s'impose, car le « sein et le cœur d'une mère ne se remplacent pas ».

La création de crèches s'impose donc, mais la crèche ne doit pas être une garderie, elle doit répondre à toutes les règles de l'hygiène et observer tous les préceptes de l'alimentation des nouveau-nés (pesées, examen médical journalier, etc.).

Si la création des crèches pour les mères est nécessaire, il est indispensable de créer aussi des asiles secrets pour les filles-mères qui pourront ainsi nourrir leurs enfants. C'est le complément de l'asile et de la maternité secrète.

Quand la mère ne pourra pas nourrir, il faudra exiger pour la « remplaçante » l'application de la loi Roussel, et l'obligation pour la nourrice d'emmener avec elle son nourrisson qui serait, lui aussi, mis au sein. Si la mère est obligée de recourir à l'allaitement mixte ou artificiel, il est indispensable que les pouvoirs publics lui assurent du lait pur, privé de toutes falsifications et dont le prix de revient sera accessible à la femme pauvre.

Pour celle-là, les œuvres de la Goutte de lait du docteur

Dufour (de Fécamp) doivent être encouragées et soutenues, tout en évitant la trop grande distribution de lait qui pourrait aller à l'encontre de l'allaitement maternel.

Mais pour la défense de l'enfant il est urgent que l'État intervienne, car il faut en résumé :

Avant la procréation. — 1° Réglementation plus sévère de la prostitution et surveillance plus active des maladies vénériennes dans l'armée.

2° Modification des lois sur la vente des alcools, diminution du nombre des cafés, etc.

3° Multiplication de l'enseignement des moyens prophylactiques contre la tuberculose, les intoxications professionnelles, les maladies infectieuses. Surveillance rigoureuse des ateliers et fabriques, surtout de ceux où l'on se sert de plomb, de mercure, de sulfure de carbone.

4° Création de sanatoria et d'asiles de tuberculeux.

5° Multiplication des œuvres luttant contre l'alcoolisme et la tuberculose : ligues antialcooliques, antituberculeuses, cantines ouvrières.

Pendant la grossesse. — 1° Création de la défense légale de la femme enceinte.

2° Multiplication des œuvres charitables en faveur de la femme enceinte.

3° Développement des moyens d'assistance médicale pendant la grossesse et le travail par la création de consultations obstétricales, de services de secours pour les opérations d'urgence, et par la modification de l'admission à l'enseignement des sages-femmes (suppression de la sage-femme de seconde classe).

Après la naissance. — I. Création de la défense légale du nourrisson.

II. Multiplications des Gouttes de lait, et autres œuvres semblables en en faisant surtout des consultations avec secours pour le nourrisson et en évitant l'abus d'une trop grande distribution de lait stérilisé.

III. Surveillance active du médecin qui favorisera de tous ses efforts l'allaitement maternel, le règlera, et détruira les préjugés trop nombreux dont s'entourent les mères.

Dans le même ordre d'idées (défense de l'enfant), M. LE GENDRE (de Paris) vient faire une très intéressante communication sur le rôle des médecins pédiatres dans l'instruction et l'éducation de l'enfance. Il y a, dit-il, une hygiène nerveuse et morale applicable à la pédagogie et que le médecin doit connaître pour initier à ses règles les familles qui lui ont confié la santé de leurs enfants.

A quel âge l'enfant doit-il travailler? Doit-il vivre à la ville ou à la campagne? Dans quelle voie faudra-t il l'orienter? Quelles sont ses dispositions, ses tendances, ses aptitudes toujours faciles à retrouver pour le médecin qui connaît les antécédents familiaux et qui a suivi l'enfant depuis sa naissance dans toutes ses crises physiologiques?

Le médecin ne doit-il pas être le meilleur collaborateur des mères et des chefs d'institution? Grâce à ses conseils on saurait appliquer une hygiène utile et profitable à l'enfant à tous les âges, on saurait le surveiller dans ses vices, ses tendances mauvaises, le redresser et le corriger.

Le rôle du médecin devrait être plus élevé encore : il devrait avoir une action sur l'élaboration des programmes pédagogiques et des divers examens et concours. C'est une erreur colossale de notre organisation scolaire d'avoir voulu placer tous les cerveaux d'enfants dans le même moule universitaire, sans tenir compte de leurs dissemblances et de leurs dispositions naturelles. Il y a autant de différences entre les aptitudes intellectuelles des enfants que dans leurs constitutions physiques.

Il serait donc nécessaire de faire une répartition des écoliers d'après l'ensemble de leurs aptitudes et de leur capacité de travail et de demander aux pouvoirs publics d'introduire un médecin dans la commission chargée des programmes pédagogiques.

M. GASTOU apporte un travail remarquable sur les *stigmates héréditaires* constituant un appoint considérable et précieux à la puériculture.

M. QUEIREL tient à dire combien il insiste, depuis qu'il est à la tête de la Maternité de Marseille, auprès de la Commission administrative, pour que les femmes enceintes soient reçues au sixième mois de leur parturition. Dans la statistique de 1900, établie par son chef de clinique, les faits démontrent, comme ceux apportés depuis longtemps par le professeur Pinard, que les femmes auxquelles le repos a été assuré vers la fin de leur grossesse ont mis au monde, dans d'excellentes conditions, des enfants dont la moyenne du poids est bien supérieure à celle des enfants nés de femmes entrées au moment du terme.

Au sujet de la défense des enfants en bas âge, il demande non des lois et des règlements de police, mais il est de l'avis si sage de M. Gastou, qui réclame l'éducation rationnelle de la mère.

M. PINARD est heureux de constater que, depuis quelques années, la puériculture, à laquelle il a consacré tous ses efforts, a fait de notables progrès. Cette science comprend trois étapes : surveillance de l'enfant avant la procréation, pendant la grossesse, après la naissance.

Aujourd'hui, tout le monde sait que, pour avoir un enfant sain, il faut deux conjoints dans des conditions morales et physiques particulières. On ne pense pas assez à cet acte si important de la fécondation. Quel est celui qui a réfléchi à ce qu'il faisait lorsqu'il a eu un enfant? C'est presque toujours un enfant du hasard, et les déchets de l'amour sont considérables, en admettant que l'amour présidât à toutes ces unions.

Certes, les ligues qui agissent contre l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, sont très utiles, très louables; mais ce qu'il faut, c'est l'action individuelle de chaque médecin dans le milieu où il se trouve : lorsqu'il sera appelé dans sa clientèle pour une maladie grave quelconque, il devra, au moment de la convalescence, dire devant les deux conjoints réunis, et dire avec conviction : « Surtout, pas d'enfants; remettez-vous, revenez à la santé, et alors nous verrons; pour l'instant, vous risqueriez de donner le jour à un petit malheureux à constitution débile, s'il n'est pas un véritable dégénéré, désespoir de vos jours à venir. »

La défense de l'enfant pendant la grossesse consiste dans la défense de la femme enceinte.

Que faire à ce moment? Cela est très simple à énoncer : assurer le repos physique et la tranquillité morale à toute femme enceinte, et pour cela ouverture d'asiles et de maternités où chaque femme grosse pourra se réfugier à toute période de sa parturition ou accoucher sans être inquiétée, ni tracassée par des obligations administratives.

Il y a, au Sénat, un projet de loi demandant le repos des femmes enceintes quinze jours avant leur accouchement. Il faut croire que les sénateurs ont en obstétrique une science que n'ont pas les accoucheurs, et ces derniers leur seraient très reconnaissants d'indiquer ce qu'ils entendent par ces quinze jours? Ont-ils trouvé un signe leur permettant de dire à une femme : « Vous accoucherez dans quinze jours. » Non, certes.

A cela, les sénateurs et tous les hommes chargés de nous réglementer répondent : « Il est impossible d'accorder un plus long repos sans grever le budget d'une somme considérable. » Eh bien! il faut qu'on le sache, loin d'entraîner une charge énorme pour les finances publiques, l'application de cette loi aurait comme conséquence de sérieuses économies, si l'on songe à la quantité de femmes qui accouchent sans enfant, si l'on peut ainsi s'exprimer, et qui de ce fait entraînent pour les établissements d'assistance publique

des dépenses sans résultat. Et tous ces débiles, tous ces prématurés, victimes des inégalités actuelles, ne coûtent-ils pas plus cher par les soins qu'ils nécessitent que ne coûteraient des enfants vigoureux et sains? M. Pinard n'aime pas les lois restrictives; il préférerait que toutes ces réformes fussent dues à l'initiative privée; mais, hélas! personne ne pense à l'enfant, personne ne s'en occupe parce qu'il ne sera électeur que beaucoup plus tard, et il est du devoir des médecins et surtout des accoucheurs de s'intéresser à cette force vive de la nation.

Après la naissance, la puériculture va jusqu'à la puberté et c'est le rôle du pédiatre de le surveiller et de le conduire. Mais, durant la première année, il faut *tout faire pour que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère.* Les *crèches*, les *gouttes de lait* sont des établissements qui font honneur à leurs organisateurs, mais ils favorisent l'agglomération des enfants, séparent les bébés du sein de leur mère, facilitent l'allaitement artificiel.

Ici, encore, c'est par l'instruction qu'on arrivera au résultat : il faut montrer aux petites filles que, si elles portent leur poupée à leur poitrine, c'est poussées par un instinct magnifique, il faut leur apprendre que, si elles ont des seins, c'est pour allaiter plus tard et, dès qu'elles pourront le comprendre, leur enseigner ce qu'est et ce que doit être cet allaitement. Qu'on ne s'insurge pas, poussé par une pudibonderie mal placée, ce n'est pas la science mais l'ignorance qui influe sur la conduite de la femme et il ne faut pas qu'à nos filles on puisse dire, comme à cette héroïne d'une comédie récente : « Vos seins, tout le monde les connaît, sauf vos enfants! »

Comme conclusion, l'orateur demande au Congrès de mettre aux voix et d'approuver le vœu suivant : *Toute femme enceinte sera soumise au repos obligatoire durant les trois derniers mois de sa grossesse.*

Après quelques mots de MM. Pozzi et Treille, sénateurs, les membres du Congrès adoptent, à la majorité, le vœu suivant, proposé par les docteurs Ollive, Schmitt et Pinard :

TOUTE FEMME ENCEINTE A DROIT A L'ASSISTANCE POUR ELLE ET SON ENFANT, TROIS MOIS AVANT ET UN MOIS APRÈS LA NAISSANCE. LES MEMBRES DU IIIe CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE RÉUNIS A NANTES, ENGAGENT LES POUVOIRS PUBLICS A RECHERCHER LES MOYENS POUR ARRIVER A CE RÉSULTAT.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(8 OCTOBRE 1901)

Ouverte à trois heures dix, cette séance a été levée à trois heures trente, faute d'orateurs. Cependant, la salle était plus remplie que lors de la séance de rentrée; mais il faut croire qu'on n'est pas encore en train de travailler.

Nous n'avons à enregistrer que deux courtes communications. M. Hervieux lit une note intitulée : **Variolisation et vaccinateurs indigènes.** Il rappelle les efforts que nos médecins militaires et nos médecins de colonisation n'ont cessé de faire pour combattre la variolisation; mais il fait remarquer que, malgré la persévérance de nos vaillants confrères et les progrès réalisés dans cette lutte, le fléau ne cesse jamais de faire un certain nombre de victimes par cette raison bien simple que la variole est engendrée et entretenue par la variolisation.

M. Hervieux, après avoir cité quelques-unes des tentatives qui ont été faites pour tarir la source du mal, signale la création de médecins indigènes recommandée par le docteur Gros, médecin de colonisation en Kabylie, comme un excellent moyen de convertir les indigènes à la pratique de la vaccine. Cette création aurait le double avantage d'augmenter le nombre des médecins vaccinateurs, très insuffisant dans certaines contrées, mais surtout de laisser à des coreligionnaires le soin de l'inoculation.

Ajoutons à cela deux petits rapports de M. Hallopeau sur deux communications adressées par M. Bonnet (de Massiac), l'une sur le **traitement de l'ozène par des injections nasales de bleu de méthylène à 2g50 pour 1 litre,** on pratique deux à trois injections par jour. Ce traitement est efficace, paraît-il, mais aurait l'inconvénient de bleuir les narines et la lèvre supérieure; l'autre sur la **vésication à l'aide de l'hydrate de chloral,** vésication n'ayant pas l'inconvénient de produire de cystite cantharidienne, mais ayant, par contre, l'avantage d'endormir les malades. C'est tout.

L'Académie de médecine a déclaré vacante la place qu'occupait M. Napias dans la huitième section (hygiène publique, médecine légale et police sanitaire).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Accident mortel consécutif à l'administration d'un lavement. [M. GROSS (de Nancy).] — Il est toujours prudent d'utiliser pour les injections rectales des canules assez molles pour éviter toute lésion des parois. L'observation, rapportée par M. Gross père (de Nancy), en est un nouvel exemple.

Le 5 mars entrait dans le service de M. Gross un homme de quarante-cinq ans, souffrant d'une ostéo-périostite chronique de l'extrémité inférieure des os de la jambe gauche, survenue à la suite d'une fracture bi-malléolaire et qui avait déterminé un pied bot equin varus accidentel prononcé. Le 14 mars, on pratiqua une résection semi-articulaire supérieure pour remédier à la difformité. Tout allait bien, quand, le sixième jour après l'opération, à la visite du matin, l'opéré fut trouvé souffrant. Des symptômes de péritonisme avec constipation, vomissements et accidents généraux inquiétants s'étaient déclarés et s'aggravèrent rapidement. Toutes les hypothèses du diagnostic étaient discutées quand la religieuse du service fit connaître un détail dont l'importance lui avait échappé.

Le 19 mars, le malade n'étant pas allé à la selle depuis le jour de l'opération, l'infirmier de la salle s'apprêtait à lui administrer un lavement glycériné, quand le malade, lui prenant la canule des mains, lui dit de le laisser faire, qu'il s'y prendrait mieux que lui. L'infirmier laissa faire et le malade se blessa maladroitement pendant l'opération. Informé du détail, on pratiqua aussitôt l'examen du rectum qui permit de constater un sphacèle partiel de l'organe. Toute chance de sauver le patient était perdue. Celui-ci succomba dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva un phlegmon de l'espace pelvirectal supérieur.

De pareils cas sont loin d'être exceptionnels, M. Gross a pu réunir 29 observations semblables avec 16 morts. (Observation communiquée à la Soc. de méd. de Nancy, *Revue méd. de l'Est*, 1er oct. 1901.) F. R.

CHIRURGIE

Le tétanos et la méthode de Baccelli. [M. F. SBRANA (de Monastir, Tunisie).] — La thérapeutique du tétanos est si décevante que les chirurgiens sont encore loin d'être tous d'accord sur la méthode à employer. Le travail de M. Sbrana qui est basé sur l'étude de quinze cas de tétanos, est donc intéressant à rapporter. Sur ces quinze malades dix seulement furent traités par la méthode de Baccelli, cinq guérirent, ce qui est un joli résultat. Cette méthode, comme on le sait, consiste dans des injections hypodermiques d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100, selon l'âge du malade; injections que l'on pratique à proximité du foyer d'infection, et qui

sont répétées quatre ou cinq fois par jour; on y ajoute des bains chauds prolongés et des lavements de chloral et bromure. Jamais M. Sbrana n'a eu à constater des signes d'intolérance, les urines sont restées toujours claires.

Les résultats ont toujours été meilleurs lorsqu'il a été possible de procéder à l'ablation du foyer; dans les autres cas, M. Sbrana a désinfecté énergiquement au sublimé à 2 p. 1000, il a détruit les anfractuosités et cautérisé au nitrate d'argent avant de procéder aux injections phéniquées.

La conclusion de M. Sbrana c'est que le meilleur traitement du tétanos est incontestablement le traitement *prophylactique* : désinfection sérieuse de toute blessure ou écorchure produite par chute sur le sol; dans les graves traumatismes souillés de terre, pratiquer les injections de sérum antitétanique; enfin, si le tétanos est déclaré, le traitement de Baccelli, avec ablation du foyer ou désinfection énergique de la plaie, donnera les meilleurs résultats et sera employé de préférence. (*Bull. de l'hôp. civil français de Tunis*, sept. 1901.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du rhumatisme par l'acide citrique. — M. Desplats (de Lille), dans une récente séance de la Société des sciences médicales de cette ville, a rapporté l'observation de quelques malades atteints de rhumatisme articulaire qu'il a traités par le jus de citron.

Cette méthode a été lancée en Allemagne et consiste à absorber le jus d'un citron le premier jour, de deux le second jour, et ainsi de suite, d'une façon progressive, jusqu'à prendre le jus de vingt-cinq citrons en un jour. Quand ce chiffre est atteint on diminue progressivement le nombre de citrons.

Dans un premier cas le malade ne put dépasser la dose de trois citrons. Dans un autre cas, le malade parvint au chiffre de vingt-cinq et obtint une guérison complète et persistante depuis dix mois d'accès de rhumatisme qui survenaient tous les trois mois. Le troisième cas est celui d'un malade ankylosé à tel point qu'il ne pouvait plus s'habiller seul, et qui aujourdhui possède la presque totalité des mouvements de ses membres et ne souffre plus.

M. Desplats a expérimenté cette méthode de traitement sur un malade de son service, sujet à des poussées de rhumatisme et à des accidents cardiaques sur lesquels tous les traitements employés n'avaient produit que des résultats palliatifs. Au bout de quelques jours de traitement le malade accusait un soulagement manifeste des symptômes articulaires, mais il éprouvait une douleur au niveau de la partie droite et supérieure du thorax, douleur vive, persistante et tenace. Dans un second cas on nota la même amélioration, quoique un peu moins marquée, et la douleur thoracique apparut également à la fin du traitement. Un troisième cas donna les mêmes résultats.

M. Desplats a traité un malade de sa clientèle de ville, atteint de rhumatisme rebelle au salicylate et au corps thyroïde, par l'acide citrique, à la dose de 2 à 10 grammes par jour, et obtint une amélioration.

Quelle que soit l'interprétation qu'il faille donner à l'action de l'acide citrique dans ce cas, elle n'en était pas moins intéressante à signaler. (*Nord méd.*, 12 octobre 1901.)

F. R.

MÉDECINE TROPICALE

Les bourbouilles et leur traitement. — M. Geo Gray (de Sainte-Lucie) rappelle les lésions anatomiques trouvées par S. Pollitzer. Pour lui, le traitement des bourbouilles est nul. On devra porter des vêtements de laine et prendre des bains froids sans savon. Se faire des onctions sur tout le corps avec de la lanoline ou d'autres matières grasses constitue le meilleur mode de traitement.

On peut employer la formule de Fred. Pearse :

Huile d'amandes douces...... 8 parties.
Lanoline.................... 1 —

(*Arch. de méd. navale*, juillet 1901.) L. T.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le professeur von Noorden déclare que, pour combattre la chlorose, aucun remède n'est supérieur à la Ferro-somatose, qui fournit à l'organisme affaibli des chlorotiques non seulement de l'albumine sous une forme concentrée, mais encore lui procure du fer facilement assimilable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. le docteur Condamin, agrégé, est chargé, pour l'année 1901-1902, d'un cours de propédeutique des maladies des femmes.

Nancy. — M. le docteur Gross, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

Écoles de médecine. — *Alger.* — M. le docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite École.

Angers. — M. le docteur Raimbault, professeur de pharmacie et matière médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Clermont. — M. le docteur Blatin, professeur de physiologie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire; — M. le docteur Billard est chargé d'un cours de physiologie.

Nantes. — M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite École.

Rennes. — M. le docteur Bellamy, professeur de chimie médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Rouen. — M. le docteur Tinel, professeur d'anatomie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Guerre. — Par arrêté du 28 septembre 1901, M. Dhoste a été nommé dans le corps de santé des troupes coloniales, à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire.

— Par décret, en date du 6 octobre 1901, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins stagiaires Jacquin, Pin, Crenn, Doreau, Laurenti, Rouffiandis, Mouillac, Violle, Puysségur, Thibault, Bouillet, Dagorn, Honorat, Aubert, Munier, Mongie, Rousseau, Revault, Lartigue, Normet, Thébaud, Tardif, Vallet, Audiau, Chapeyrou.

Marine. — M. le médecin en chef de deuxième classe Brémaud (P.), du port de Brest, est désigné pour faire partie de l'état-major de M. le vice-amiral de Courthille, en qualité de médecin d'escadre.

— M. le médecin de première classe Guitton, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le croiseur le *Gueydon*, qui entrera en armement pour essais à Lorient, le 15 octobre courant.

— Par décret en date du 6 octobre 1901, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Ambiel, médecin en chef de deuxième classe, en remplacement de M. Beaumanoir, retraité.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Léo, médecin principal, en remplacement de M. Ambiel, promu.

Au grade de médecin principal. — M. Planté, médecin de première classe, en remplacement de M. Léo, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. Gouls, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Planté, promu.

Médecins sanitaires maritimes. — Les docteurs en médecine sont informés qu'un examen pour le titre de médecin sanitaire aura lieu à Marseille, le 28 octobre prochain.

En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, sont priés de vouloir bien se présenter à la direction de la Santé (consigne Saint-Jean), à l'effet de se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur.

Les tramways empoisonneurs. — Une dizaine de voyageurs qui se trouvaient hier dans un tramway électrique à accumulateurs, ont été pris subitement de coliques, syncopes et crachements de sang.

Il y avait longtemps qu'on avait signalé les mauvaises odeurs dégagées par certains de ces tramways. L'enquête démontrera la cause exacte des troubles graves observés sur les voyageurs.

Les « mégots » et les maladies contagieuses. — Le conseil d'hygiène de Jersey-City, attribuant en grande partie la propagation de la tuberculose et du cancer à la fabrication des cigares et cigarettes avec de « vieux mégots », vient de donner des ordres à la police pour empêcher les ramasseurs de mégots d'exercer leur métier.

La défense sanitaire en Angleterre. — Extrait d'une étude de M. Paul Strauss dans la *Grande Revue* :

La victoire remportée sur la tuberculose par les administrations anglaises est à bon droit célèbre. De 1851 à 1897, le gain réalisé sur l'invasion tuberculeuse sous différentes formes a été de 45 p. 100. Un chiffre brut est encore plus saisissant : d'après les statistiques de Kœhler, récemment reproduites par M. le docteur Romme, la tuberculose fait annuellement en Grande-Bretagne 58 000 victimes, 150 000 en France, 130 000 en Autriche-Hongrie, 112 000 en Allemagne, 60 000 en Italie.

Plus d'une cause concourt assurément à cette supériorité des Anglais dans la lutte contre la tuberculose, M. Monfet, M. le docteur Romme ont très justement noté l'influence de l'alimentation, des salaires, des conditions du travail sur la santé de l'ouvrier, sur son équilibre physiologique. Les mesures sanitaires largement exécutées au prix de trois milliards d'argent dépensés en quinze ans, d'après l'estimation de M. Henri Monod, ont eu le plus heureux effet, elles ont été fructueuses et rémunératrices au delà de leur prix de revient.

Nulle part, mieux qu'en Angleterre, n'a été appliqué le principe toujours vrai de la préservation et si l'on peut dire de l'asepsie du *terrain*. Vienne le *germe*, importé du dehors ou propagé sur place, il trouvera devant lui le roc impénétrable dont a parlé Trousseau ; les voies d'accès sont presque toutes fermées, les moyens de locomotion font à peu près complètement défaut.

Une grève de médecins. — Les médecins et les internes de l'hôpital civil de Venise viennent de se mettre en grève, parce que l'administration n'a pas tenu compte de l'ultimatum qu'ils lui avaient remis, pour réclamer à brève échéance une réorganisation des services et une augmentation du nombre des médecins.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vanier (de l'Isle-Adam).

Mot de la fin. — A signaler au metteur en pages des *Informations et documents divers du XIV*e *Congrès de chirurgie*, la jolie transposition suivante : Traitement de la *cervicite* chronique, par R. Pichevin, communication égarée au chapitre des adénites cervicales tuberculeuses.

La psychologie du rêve au point de vue médical, par N. Vaschide et H. Piéron, chefs des travaux au laboratoire de psychologie expérimentale des Hautes-Études. Un vol. in-18 de 98 p. cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 118. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 12 OCTOBRE 1901. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CHIRURGIE DE LA RATE (extrait du rapport sur la première question mise à l'ordre du jour du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie), par M. CH. FÉVRIER, médecin principal de l'armée, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, rapporteur). — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

CHIRURGIE DE LA RATE (1)

Par M. le docteur Ch. FÉVRIER,
Médecin principal de l'armée.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Après quelques pages consacrées à l'histoire de la chirurgie de la rate, le rapporteur divise son sujet en plusieurs chapitres :

RUPTURES SOUS-CUTANÉES DE LA RATE. — 1° Dans un premier groupe, la rate est réduite en bouillie. Un fait domine l'histoire de ces ruptures, c'est l'hémorragie. C'est elle qui fournit les éléments du diagnostic, qui imprime à l'indication opératoire un caractère d'urgence absolue et qui, au moment de l'intervention, peut dicter au chirurgien la technique à employer.

Parfois l'hémorragie peut être tellement rapide que le blessé n'a même pas le temps d'être apporté à l'hôpital. Il succombe sur-le-champ.

Sur 44 cas de ruptures de la rate rassemblés par Edler, 21 furent mortels sur-le-champ, 9 dans la première heure. En somme, 21 blessés sur 44, soit 47 p. 100, sont morts au bout d'une heure.

Ainsi s'expliquerait dans une certaine mesure la rareté relative des ruptures sous-cutanées de la rate.

Du reste, pour qu'une rate normale puisse être lésée aussi gravement, il faut une violence énorme qui ne borne pas ses dégâts à la rate, mais intéresse le foie, les reins, les poumons.

2° Dans un second groupe, la rate n'est pas détruite. Elle peut être broyée partiellement, séparée en plusieurs fragments ou fissurée.

Il peut dans certains cas se faire, sous l'influence du spasme des vaisseaux, ou de la production de caillots dans la capsule rétractée, et formant capuchon, que l'écoulement du sang soit retardé ou momentanément suspendu. Mais cette hémostase spontanée provisoire, bien que rarement durable, permet au chirurgien d'intervenir avant que le malade soit dans un état d'anémie irrémédiable. C'est dans ces cas que la précocité de l'opération joue le plus grand rôle.

On peut dans ce deuxième groupe établir deux catégories d'observations.

a. Dans une première catégorie, la rate, sans être broyée, est déchirée en plusieurs morceaux, qui peuvent rester adhérents au pédicule vasculaire ou devenir libres dans l'abdomen.

Dans ces faits la mort est survenue deux fois.

Dans cinq autres cas, les blessés ont guéri mais il n'y avait pas eu de lésion concomitante et l'intervention avait été précoce. Le laps de temps écoulé avait varié de trois heures et demie à vingt-quatre heures.

b. Dans une troisième catégorie se classent les faits dans lesquels la rate est entamée plus ou moins profondément, sans que toutefois la division soit complète.

La profondeur de ces fissures varie : ou bien elles creusent profondément leur trajet, laissant à peine sur la face opposée un mince pont de tissu intact; ou bien elles sont moins profondes et, dans certains cas, il n'y a plus qu'une fissure superficielle.

Leur longueur est également variable. De quelques centimètres dans certaines observations elles vont souvent d'un bord à l'autre de l'organe ou bien divergent comme les rayons d'une étoile autour du hile.

C'est à propos de ces lésions qu'il faut dire un mot de l'*état de la capsule*.

Dans certains cas il s'est produit un hématome sous scapulaire étendu qui a secondairement déchiré la capsule. Dans ces faits, la rate est donc broyée dans la profondeur tandis que la capsule était soulevée par des caillots interposés. La capsule est donc loin de se déchirer toujours en même temps que le parenchyme; c'est celui-ci qui d'abord est profondément atteint. Il se produit un hématome sous-capsulaire qui augmente de plus en plus jusqu'à éclatement final de la capsule.

Cet éclatement peut ne se produire qu'au bout d'un certain temps, qui varie de quelques heures à plusieurs jours. Ainsi s'expliqueraient ces faits de contusion de la rate où l'hémorragie révélatrice est tardive, où le diagnostic reste en suspens, et où la capsule une fois rompue, la mort arrive brusquement.

Cette intégrité primitive et temporaire de la capsule dans les contusions de la rate mérite d'attirer toute notre attention.

Sur les trente-trois cas qui constituent la dernière catégorie, quinze se sont terminés par la mort.

S'il est des cas où le diagnostic a pu être établi avec une certitude presque complète, il en est d'autres au contraire où la lésion a pu être méconnue plus ou moins longtemps. Ce sont les faits où des lésions graves accessoires sont venues accaper l'attention du chirurgien, comme cela arrive quand il s'agit d'une chute d'un lieu élevé.

(1) Extrait du rapport sur la première question mise à l'ordre du jour du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, qui se tiendra à Paris du 21 au 26 octobre 1901.

Difficiles aussi sont les cas dans lesquels il n'y a pas eu de traumatisme localisé, lorsqu'une roue de voiture par exemple a passé sur la base du thorax, que la douleur abdominale est diffuse. On croit le plus souvent à une fracture des côtes, mais si on constate les signes d'une hémorragie interne, elle peut être aussi bien le résultat d'une déchirure du foie, des reins, du mésentère ou d'une lésion du tube digestif (rupture de l'estomac ou de l'intestin). Heureusement que, dans les faits de ce genre, l'hémorragie ou la possibilité d'une lésion viscérale quelconque commandent impérieusement la laparotomie qui permet de rectifier le diagnostic.

Cependant, nous le répétons, il est des faits où ce diagnostic a pu être établi avec une quasi-certitude, et l'étude des observations nous montre qu'il existe des symptômes qui par leur constance et leur précocité permettent de reconnaître la rupture de la rate assez tôt pour intervenir avec succès et dont la recherche méthodique dans les cas complexes cités plus haut peut souvent être du plus grand secours.

On admet généralement que, pour la rate et le foie, on établit assez facilement le diagnostic par les symptômes d'une hémorragie interne avec pâleur de la peau et des muqueuses, petitesse du pouls. De plus, la localisation d'une douleur dans l'un des deux hypocondres décèle avec assez de précision l'organe lésé, surtout quand il vient s'y adjoindre les traces extérieures d'une contusion locale, ou même simplement quand les commémoratifs montrent que la région de la rate a été le siège d'un violent traumatisme.

Tantôt l'hémorragie se produit d'emblée, profuse et abondante, quand la rate a été broyée dans sa totalité. La perte de sang est tellement rapide que l'anémie posthémorragique est trop prononcée pour que le blessé puisse survivre à l'opération la mieux conduite.

L'hémorragie est encore précoce et très abondante quand l'organe est séparé en deux fragments.

Dans les autres variétés de rupture, le tableau clinique n'est pas dessiné aussi rapidement. L'hémorragie est retardée et ne se manifeste que le lendemain de l'accident ou même les jours suivants. Dans les premiers moments qui suivent la contusion, le blessé revient à lui. Il conserve seulement de la faiblesse, de l'anxiété, de la gêne respiratoire. est un peu pâle, mais le pouls est assez fort et régulier, et on pense bien plutôt à une fracture de côte qu'à une lésion de la rate. Dans certaines observations, on note que le blessé a pu se relever et prendre le tramway pour rentrer chez lui ou venir à pied à l'hôpital, ou, chose encore plus surprenante, ramener sur un long parcours une voiture à bras.

Mais au bout de quelques heures les symptômes d'abord peu alarmants se sont accentués. Il y a une faiblesse générale croissante, le pouls devient faible, petit et plus fréquent, la face et les muqueuses se décolorent, les extrémités se refroidissent, le corps se couvre d'une sueur froide. Au début, on aurait pu à la rigueur songer à des phénomènes de choc, mais il faut dès maintenant en abandonner l'idée, on est en présence d'une hémorragie interne.

Aussitôt qu'elle se produit, alors même que les symptômes d'anémie et de collapsus n'ont pas acquis toute leur intensité, on voit apparaître deux signes objectifs de grande importance : la *contracture des muscles de l'abdomen* et une *matité disposée suivant une certaine configuration*. La contracture des parois est évidemment commune à d'autres lésions viscérales, mais elle révèle d'une façon précoce ces lésions et indique dans tous les cas une intervention urgente. La disposition de la matité met directement en cause la rate et précise le diagnostic.

La contracture abdominale, nous le répétons, est un signe qui par sa fréquence et sa précocité mérite d'être placé en première ligne. Il n'indique pas plus spécialement une lésion de la rate mais il révèle sûrement une lésion viscérale et, joint à d'autres signes tels que matité à configuration spéciale, collapsus hémorragique, il permet d'établir rapidement le diagnostic.

Quand il s'agit d'épanchements abondants dus à une déchirure de l'intestin ou une hémorragie interne, l'aspect de l'abdomen rappelle celui d'un tétanique. Les muscles ont la consistance d'une planche. Il s'y ajoute cet autre signe, c'est que le crémaster prend la part à la contraction, que le scrotum est très ramassé, que les testicules sont remontés vers l'anneau, que le pénis est rétracté comme chez un homme qui sort de l'eau après un bain très froid.

Cette contracture abdominale n'est pas signalée dans toutes les observations, notamment dans celles où le chirurgien a été appelé trop tard et où le ballonnement dû à la péritonite s'était déjà produit. On pourrait penser, dans les autres faits où le chirurgien a vu le malade de bonne heure, qu'elle a passé inaperçue. Cette manière de voir, admissible à la rigueur dans les cas anciens, ne peut être acceptée pour les faits plus récents.

Ce symptôme n'est donc pas d'une constance absolue, mais sa fréquence est assez considérable pour qu'on en tienne le plus grand compte.

Dès que l'hémorragie se produit, on ne tarde pas à rencontrer dans la plupart des cas un symptôme de très grande valeur, c'est la *matité*. D'abord peu prononcée, consistant simplement dès le début en une légère diminution de sonorité, elle devient rapidement très manifeste. Dans les observations où elle est signalée, ella a été souvent très précoce; on a pu la trouver au bout d'une heure et demie. Si on reporte sur un schéma de l'abdomen les lignes qui, dans les différentes observations limitent la zone de matité, on s'aperçoit qu'elle est surtout localisée dans les deux flancs, en particulier dans le flanc gauche, où elle déborde la matité normale de la rate de plusieurs travers de doigt, où elle peut atteindre la ligne médiane. Quelquefois, on la détermine dans les deux fosses iliaques. Enfin il est un autre point où la matité acquiert parfois une étendue plus considérable qu'ailleurs : c'est la région hypogastrique, où sa limite supérieure décrit généralement une ligne convexe en haut, plus rarement concave. Cette matité hypogastrique se relie à la matité des deux flancs par une zone occupant les deux fosses iliaques.

Les changements de position du malade font disparaître la matité dans le flanc droit, mais incomplètement dans le flanc gauche, surtout au niveau de la rate. Ainsi que l'ont démontré les laparotomies, cela tient à ce que le sang épanché autour de la rate se prend rapidement en caillots plus ou moins volumineux, tandis qu'il reste fluide dans les autres parties de l'abdomen.

On voit que les lignes qui circonscrivent le sang épanché ne répondent pas absolument à celle que donne l'ascite et que le changement de position ne détermine pas des modifications identiques dans la situation du liquide épanché. Comme le fait justement remarquer Trendelenburg, quand il s'agit d'ascite, les parois abdominales sont tout à fait flasques et les intestins non rétractés flottent librement à la surface de la sérosité. Celle-ci, très fluide, non consistante, occupe forcément les parties les plus déclives, et s'étale en une nappe parfaitement horizontale. Au contraire, dans le cas d'épanchement sanguin, la paroi abdominale étant fortement tendue, les anses intestinales contracturées sont enclavées entre les parois abdominales et le rachis, et ferment le passage au sang qui se collecte dans la cavité du bassin et les parties inférieures de l'abdomen.

On voit en somme d'après l'explication donnée par Trendelenburg, que l'existence presque constante de la zone de matité due à l'épanchement sanguin, et que sa configuration spéciale, différente de celle de l'ascite, paraissent subordonnées à deux conditions essentielles : d'une part l'existence de la rigidité de la paroi abdominale, et, d'autre part,

la contraction des anses intestinales. Si elles viennent à manquer, le sang se collectera dans les parties les plus déclives de l'abdomen et pourra ne donner que des signes peu nets à la percussion.

Enfin il est des cas où après une violente contusion dans la région du flanc et de l'hypocondre gauche, le malade éprouve pendant quelques jours dans la région de la rate des douleurs assez vives pour le forcer à rester au lit. Puis tout s'améliore, les douleurs disparaissent et parfois le malade se dispose tant bien que mal à reprendre ses occupations. Tout danger semble à peu près écarté, puis brusquement les accidents reparaissent. Ils ont la plupart du temps changé de caractère. On est en présence d'une véritable péritonite avec ballonnement du ventre, vomissements, pouls petit et misérable, facies grippé. La palpation fait découvrir dans le flanc gauche une tuméfaction considérable. On incise et on trouve un hématome en train de suppurer et contenant une rate rompue qui paraît augmentée du double et qui porte une déchirure largement béante s'étendant de haut en bas sur toute la surface convexe avec des nombreuses déchirures étoilées vers le hile.

Les accidents tardifs dus aux ruptures de la rate pourraient être divisés en deux groupes.

Tantôt il s'agit de cas où l'hémorragie se produisant lentement s'est enkystée. L'hématome s'infecte ultérieurement et donne des accidents de péritonite localisée ; tantôt il s'agit d'une rate qui, violemment contusionnée, a subi un écrasement plus ou moins considérable de son parenchyme, sans déchirure de la capsule. L'hémorragie donne naissance à une vaste collection sanguine sous-capsulaire et cet hématome peut, par la suite, ou bien s'infecter comme dans le cas précédent et en reproduire le tableau clinique, ou bien se rompre. Ce sont alors les symptômes de l'hémorragie interne qui peut suivant les cas amener une mort foudroyante ou permettre au chirurgien d'intervenir encore à temps.

Traitement des ruptures. — Sur cinquante-six cas de ruptures de la rate, traités chirurgicalement, que nous avons pu rencontrer, les traitements mis en usage se répartissent ainsi :

Quarante-six cas d'extirpation de la rate ;

Trois cas avec tamponnement ;

Un cas de suture de la plaie splénique ;

Un cas de ligature des vaisseaux du pédicule ;

Cinq cas de laparotomie pure et simple permettant l'évacuation du sang et des caillots.

Splénectomie. — La splénectomie a donné une mortalité brute de 50 p. 100. Si on s'en tenait à cette appréciation pure et simple, la splénectomie devrait en somme être considérée comme une opération très grave, puisque la moitié des opérés succombent. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, il est indispensable, pour apporter quelque précision dans le débat, d'éviter le groupement de faits peu comparables entre eux et il faut établir des catégories. Les blessés ont succombé malgré la splénectomie et non pas à cause d'elle. Elle n'est qu'un moyen d'hémostase, et il ne faut pas lui demander de guérir des blessés saignés à blanc.

De la discussion et de l'examen des cas le rapporteur conclut à ce que la mortalité du fait de l'opération est exceptionnelle, il en signale 3 cas. Dans les autres, l'opération a été trop tardive.

La *précocité* de l'intervention est, en effet, un facteur important du succès. Dans presque tous les cas où la splénectomie a été suivie de guérison, elle a toujours été précoce et pratiquée dans un laps de temps ne dépassant pas vingt-quatre heures.

Conséquences de la splénectomie. — Il est hors de doute que, dans certains cas, après la splénectomie, surviennent des troubles morbides essentiellement transitoires.

Ce sont d'abord des hypertrophies ganglionnaires qui ont été assez souvent mentionnées.

On a noté beaucoup plus souvent des modifications du côté du sang, diminution de l'hémoglobine, des globules rouges et augmentation des globules blancs.

Il est probable que ces modifications du sang sont imputables, en grande partie du moins, à l'ablation de la rate, et la plupart des auteurs y voient la conséquence directe de la suppression de son rôle dans l'hématopoièse.

Cependant Lewerens fait remarquer, avec juste raison, qu'il ne faut se servir qu'avec réserve des cas de rupture de la rate, suivis de splénectomie, pour juger le rôle encore incomplètement élucidé qu'on doit attribuer à la rate dans l'hématopoièse. Tous ces cas ont l'inconvénient d'avoir été précédés d'une perte de sang très grave, compliquant la lésion et ayant une influence immédiate sur la circulation.

Parmi les autres symptômes imputés à la splénectomie, il faut citer une sorte d'anémie, accompagnée d'amaigrissement, de faiblesse, de somnolence, de douleurs dans l'abdomen et dans les membres.

On a enfin mentionné des troubles psychiques.

Tels sont les principaux symptômes constatés à la suite de l'extirpation de la rate. Bornons-nous pour le moment à constater que les phénomènes observés et imputés à la splénectomie sont essentiellement inconstants et transitoires.

Sans conclure avec Max Madlener que la rate est un « organe de dignité inférieure » dont le sacrifice importe peu, on peut dire que la privation de la rate est parfaitement compatible avec la santé, et que la splénectomie est une opération légitime.

Les autres procédés : tamponnements, suture de la rate, ligature des vaisseaux spléniques, sont tous des procédés de nécessité.

Après avoir mis en parallèle ces différentes méthodes avec la splénectomie, M. Février conclut ainsi :

A. Lorsqu'on se trouve en présence d'une rate mobile non adhérente, on devra pour le choix de la méthode se guider sur la gravité des lésions :

1° Lorsque l'organe sera largement broyé, lorsqu'il sera rompu en plusieurs fragments ou lorsqu'il existera des déchirures simples ou multiples, mais longues et profondes, il faudra avoir recours au procédé hémostatique par excellence, à la splénectomie ;

2° Lorsqu'il existera une déchirure limitée, ne dépassant pas 2 à 3 centimètres et entamant peu le tissu splénique, on pourra user de la suture, mais il sera toujours prudent de la combiner au tamponnement.

B. Dans le cas de rate adhérente, rendant l'opération très laborieuse et exposant consécutivement à des hémorragies en nappe, au niveau des adhérences décollées, on devra, si les déchirures sont peu profondes quoique étendues, tenter la suture avec le tamponnement. Si ces deux procédés sont rendus impossibles par la profondeur des lésions, il faudra aller au plus pressé et sans hésiter avoir recours à la ligature du pédicule.

Coups de feu de la rate. — Les blessures par armes à feu de la rate sont rares. Dans les deux tiers des observations, il y a des lésions concomitantes du foie, de l'estomac, des reins, du poumon.

On conçoit dès lors le danger qu'offrent de pareilles lésions. Si le malade n'est pas tué dans la première heure par l'hémorragie, la blessure des organes creux contigus amène presque fatalement l'infection péritonéale.

La mortalité des cas traités par l'expectation oscille de 60 à 93 p. 100. Examinons maintenant celle des cas où le chirurgien est intervenu. Sur six blessures par coups de feu il y a eu quatre guérisons et deux décès, soit une mortalité de 33 p. 100.

Les deux cas suivis de mort ont été traités par la splénectomie ; mais il serait injuste de les attribuer à cette opération.

Ces deux observations montrent bien que, dans nombre de cas, la splénectomie sera impuissante. Ce sont les conditions anatomo-pathologiques exceptionnellement graves qui rendront toute intervention inutile, parce qu'il sera impossible de faire l'hémostase à temps. On pourra, dans les cas de plaies limitées de la rate, avec hémorragie peu rapide, réussir par la suture et la compression, et au besoin par la splénectomie : mais, comme nous l'avons fait remarquer à propos des sutures sous-cutanées, quand il existera des déchirures très étendues et des broiements de l'organe, la rapidité de l'hémorragie sera telle que trop souvent encore la mort surviendra.

Est-il besoin de dire que nous n'avons en vue ici que les plaies par revolver de poche ? Dans la chirurgie de guerre, ce n'est qu'aux distances où la balle a de faibles vitesses, que la perforation de la rate permettra d'intervenir. Mais dans les plaies produites par des projectiles animés de vitesses plus grandes, les dégâts seront tellement considérables, que bien souvent on arrivera trop tard.

Nous ne parlons pas des coups tirés à courte distance, des éclatements de la rate. Ceux-là tueront le blessé avant qu'on ait eu le temps de le relever.

En nous limitant aux coups de feu par revolver de petit calibre, nous voyons que, sur les quatre cas qui ont été guéris, deux ont été traités par la suture.

Ces faits sont évidemment encourageants, et la question du traitement des plaies de la rate par coups de feu, comme celles de l'abdomen en général, ne divise plus aujourd'hui les chirurgiens. Tout le monde est d'accord en présence d'un coup de feu de l'hypocondre gauche, pour pratiquer la laparotomie et explorer l'abdomen.

Quand on soupçonne une blessure de la rate, il est d'autant plus indispensable de faire la laparotomie que les lésions de cet organe sont, comme nous l'avons vu, accompagnées dans les deux tiers des faits de blessures de l'estomac, de l'intestin, du foie, du rein, du poumon. Dans le cas où, par un hasard extraordinaire, le blessé échapperait à la mort par hémorragie, les complications d'ordre septique le guettent et ne le laisseront pas échapper.

Nous croyons que, lorsque la lésion est limitée, peu profonde, on peut user de la suture, mais il sera indispensable de la combiner au tamponnement, puisque l'hémostase qu'elle donne est toujours incomplète.

Hernies traumatiques de la rate. — Il existe, en tout, trente interventions pour hernie traumatique de la rate, chiffre peu élevé puisque, suivant la remarque de Vanverts, elles doivent être réparties sur une période de trois cents ans.

Autant qu'on peut en juger par les détails souvent insuffisants de certaines observations, la splénectomie totale aurait été pratiquée vingt-quatre fois et la splénectomie partielle six fois seulement. Fait digne de remarque, c'est que ces trente interventions, bien que pratiquées pour la plupart à la période pré-antiseptique, ont constamment été suivies de succès.

Faut-il y voir simplement le résultat de ce fait que les observations heureuses sont seules publiées ? Nous ne le croyons pas, et nous pensons qu'on peut trouver, en partie, du moins, dans les circonstances anatomo-pathologiques de la lésion, l'explication de cette surprenante bénignité.

Quand, au moment de la blessure, sous l'influence de la tension intra-abdominale, la rate tend à s'engager entre les lèvres de la plaie, elle se trouve très serrée dans la boutonnière à travers laquelle elle fait hernie, et s'étrangle en quelque sorte. Cette constriction a été signalée par bien des auteurs. Du reste, les cas dans lesquels il a fallu débrider pour pouvoir attirer l'organe au dehors, attestent aussi cette constriction. La hernie de la rate ainsi produite était forcément, dans des périodes antérieures à l'antisepsie, un bienfait pour le blessé.

La plaie pénétrante de l'abdomen, hermétiquement close par la glande, prévenait l'infection de la séreuse et l'obturation provisoire, due primitivement à la simple issue de la rate, devenait rapidement définitive par les adhérences du péritoine pariétal. En se contentant d'enlever une plus ou ou moins grande partie de la glande herniée, l'intervention avait presque toujours un caractère extrapéritonéal qui assurait sa bénignité, et rendait transitoires les quelques accidents fébriles observés. Les adhérences avaient le plus souvent le temps d'être solides, car l'intervention n'était pas pratiquée d'une façon précoce. C'était après deux ou trois jours, huit jours, vingt-cinq jours même, que l'on agissait sur la rate herniée.

On pratiquait une ligature à sa base et l'excision n'était opérée que quelques jours après ; souvent même, on attendait la chute spontanée de l'organe.

Quelle doit être, en présence d'une hernie de la rate, la conduite du chirurgien ?

Si on se trouve en face d'un accident très récent, et que la rate n'ait pas été exposée à une infection manifeste, on peut être tenté, surtout si elle n'est pas blessée, d'en faire la *réduction*, après l'avoir soigneusement désinfectée, et en s'aidant au besoin d'un débridement de la paroi abdominale; mais il faut pour cela l'intégrité de l'organe ou tout au moins une très petite plaie qu'on puisse réunir facilement, car nous savons avec quelle difficulté la rate supporte les sutures. Cette réduction donne quelques succès, mais elle est quelquefois périlleuse, car nous ne pouvons jamais savoir dans quelle mesure la rate plus ou moins bien aseptisée n'expose pas le péritoine à l'infection. Aussi lorsqu'il existe une lésion de la rate ou lorsque la hernie ne date pas plus de quelques heures seulement, nous considérons comme infiniment prudent de recourir à la splénectomie.

Nous ne parlerons pas de l'expectation ou plutôt de l'abstention anciennement pratiquée ; c'est exposer les malades aux risques et aux souffrances d'une mortification lente avec suppuration et aux phénomènes infectieux. Nous n'avons à envisager ici que la *splénectomie totale* ou *partielle*.

Lorsque la hernie est de date récente, l'opération de choix est la splénectomie totale ; mais il est nécessaire au cours de l'opération d'éviter minutieusement les risques d'infection du péritoine.

Doit-on rentrer le pédicule ?

Si on est sûr qu'il n'ait pas été infecté, il vaut mieux le réduire dans le ventre. Si l'on conserve le moindre doute à cet égard, il est plus prudent d'en fixer le moignon dans l'angle de la plaie. Mais nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de placer avant la section du pédicule deux broches en croix, comme dans les anciens procédés d'hystérectomie abdominale, et de les laisser huit jours à demeure.

Lorsque la hernie est de date ancienne et que la portion prolabée de la rate est déjà flétrie, on peut évidemment se borner à enlever au thermo-cautère la partie vouée à la mortification. Mais, l'hémostase opérée en serrant un gros fil à la base de l'organe n'est pas chose facile à cause de la friabilité du tissu splénique. En outre, la chute du moignon peut amener des phenomènes infectieux. Nous croyons que ces craintes suffisent à justifier des interventions plus hardies, et, en présence d'un cas de ce genre, nous préférerons certainement avoir recours à la laparotomie.

Abcès de la rate. — Le diagnostic des abcès de la rate est souvent hérissé de difficultés. Quand il s'agit d'abcès splénique vrai, n'ayant pas encore déterminé de périsplénite suppurée, il est possible, en présence d'une splénomégalie devenue douloureuse et accompagnée de phénomènes généraux d'infection, de penser à un abcès splénique. Encore si

l'apyrexie est complète, peut-on croire à une tumeur splénique.

Les difficultés sont bien plus grandes quand il existe de la périsplénite suppurée.

L'abcès peut donner lieu aux méprises les plus variées, suivant son volume, son siège, et surtout suivant le sens dans lequel il sera porté, plèvre, rein, bassin. Ce qui complique encore ces difficultés, c'est que ces périsplénites peuvent avoir pour point de départ des lésions étrangères à la rate.

L'appendicite doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie des abcès de la rate et nous avons trouvé trois faits de ce genre.

Enfin, dans certaines collections purulentes observées au voisinage de la rate et à l'ouverture desquelles on trouve une déchirure de l'organe, doivent être étudiées comme accidents tardifs des ruptures sous-cutanées de la rate.

Quelle conduite tenir en présence d'un abcès de la rate? On a eu recours suivant les cas tantôt à l'incision pure et simple, tantôt à la splénectomie.

Relativement à cette dernière, nous devons dire que, sur les dix cas que nous connaissons, on n'est jamais parti d'emblée pour faire la splénectomie sur le diagnostic ferme d'abcès de la rate.

Une fois le diagnostic d'abcès de la rate établi, on devra inciser sans attendre. Lorsque la collection se présente au-dessous des fausses côtes, dans la région du flanc, l'incision n'offrira évidemment pas de difficultés; mais pour que la collection puisse arriver assez bas pour permettre une intervention commode, on a souvent temporisé, d'où retentissement possible sur la plèvre, ouverture dans des organes limitrophes. Cette pratique est absolument à rejeter, et il faut ouvrir dès que l'abcès est diagnostiqué. On n'a évidemment plus la même facilité d'intervention lorsqu'il s'agit d'un abcès abrité dans l'hypocondre gauche ou lorsque la périsplénite, évoluant surtout vers le haut, refoule plus ou moins le diaphragme. Alors la tuméfaction, l'œdème se montrent au niveau des côtes et un peu dans la région du flanc, indiquant que l'abcès se trouve derrière la paroi costale. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à s'attaquer aux côtes, ainsi que l'ont fait plusieurs chirurgiens.

Une fois le foyer ouvert, on se comportera suivant les circonstances et il sera indiqué, si la rate est criblée d'abcès, d'en faire l'extirpation atypique à la curette.

Quand, en incisant l'abcès, on n'aura pas rencontré le tissu de la rate et qu'il s'agira manifestement d'un abcès périsplénitique, il sera prudent de n'explorer la cavité qu'avec la plus grande douceur. Il semble recommandable, dans les abcès périsplénitiques, de ne pas chercher la rate. Mais si celle-ci est libre dans le foyer et si elle est altérée, il y a indication de l'enlever, surtout si elle n'est pas fixée par des adhérences dont la rupture pourrait être dangereuse.

Il faudra, lorsque la rate n'est plus qu'une éponge purulente, procéder à l'ablation de l'organe. Mais cette splénectomie pourra, parfois, être contre-indiquée par des adhérences trop nombreuses et trop résistantes, et il vaudra mieux recourir à la splénectomie avec marsupialisation.

Dans l'espèce, la dissociation des adhérences offre des dangers considérables d'inoculation du péritoine par la déchirure possible des parois de l'abcès, même lorsqu'il a été préalablement vidé par une ponction. De plus, il sera prudent, quand on pratiquera la section du pédicule, de le faire entre deux ligatures ou entre deux pinces. Le sang qui s'écoule d'une rate infectée et farcie d'abcès doit posséder un pouvoir septique considérable.

Kystes hydatiques et kystes séro-sanguins de la rate. — *Ponction.* — L'expérience acquise avec les kystes hydatiques du foie ne permet plus guère aujourd'hui de ranger la ponction parmi les méthodes chirurgicales applicables aux kystes de la rate.

On ne peut discuter la ponction que dans les faits de kystes contenant beaucoup de liquide et peu de vésicules. Or, pour qui connaît les difficultés qu'on éprouve dans le diagnostic des kystes hydatiques de la rate, non seulement au point de vue du siège, mais encore au point de vue de la nature de la tumeur, il est bien difficile d'admettre que la ponction soit autre chose qu'une intervention à l'aveuglette, répugnant à nos habitudes modernes de chirurgie à ciel ouvert et offrant par contre de multiples dangers.

Il est inutile d'en rappeler les dangers.

La ponction n'est rationnelle que dans des cas limités, et encore les difficultés du diagnostic en rendent-ils l'emploi singulièrement aléatoire et peu justifié; elle est dangereuse par ses conséquences immédiates ou éloignées. Ses résultats sont peu brillants et elle est infidèle.

C'est un moyen infidèle ne donnant qu'une guérison inconstante, car elle est incapable d'évacuer des kystes multiloculaires; elle est pleine de périls, périls immédiats dus à une infection hydatique aiguë, à une hémorragie possible de la rate ponctionnée, à une perforation de l'intestin adhérent; périls ultérieurs dus à des phénomènes infectieux du côté de la poche, du côté du péritoine; enfin, il faut faire entrer en ligne de compte les graves conséquences de la temporisation.

Ponction combinée à une injection parasiticide. — Tout ce que nous venons de dire de la ponction simple s'applique à la ponction suivie d'injection d'un liquide parasiticide.

L'*incision* franche du péritoine est la meilleure méthode; elle permet d'explorer le kyste et de le traiter à bon escient d'après sa forme, son volume et ses rapports.

Nous trouvons, sur trente et un cas où la terminaison est connue, vingt-deux guérisons et neuf morts, soit une mortalité de 29 p. 100, ce qui est encore considérable. Cependant, en examinant les causes de mort, nous voyons que l'incision ne saurait être rendue responsable de tous les décès portés à sa charge.

Dans les kystes de la rate, comme dans ceux du foie, l'incision a le sérieux désavantage de laisser une poche qui se comble très lentement soit par la rigidité des parois, soit par leur incrustation calcaire; aussi la guérison est lente, incertaine, et on voit persister pendant des mois une fistule intarissable, aboutissant à une poche qui finit par s'infecter; de sorte que parfois la suppuration persistante de la poche aboutit à la septicémie et à la cachexie des malades. Si la guérison survient, il persiste en outre assez souvent des éventrations pénibles.

L'idéal est donc, soit de fermer la poche après avoir décollé soigneusement de la membrane adventice les parois du kyste (membrane germinative et lame élastique comprises), soit d'extirper le kyste.

Le procédé que Delbet a inauguré pour le foie et étendu ensuite à la rate consiste à passer, à l'aide d'aiguilles très courtes, un gros catgut dans l'une des parois et à le conduire ensuite de la même façon dans le point symétrique de la paroi opposée. On passe ainsi une série de fils qui s'échelonnent en commençant par la profondeur, puis on noue les chefs des fils qui rapprochent ainsi les parois en les accolant et effacent la cavité. On ferme ensuite la poche par une série de points de suture à la Lembert. Malheureusement, ce procédé n'est pas applicable à tous les cas, et il est forcément contre-indiqué lorsque le kyste est suppuré, lorsque les parois sont calcifiées ou bien lorsqu'il s'agit de ces poches à type ascendant profondément cachées derrière les côtes et refoulant le diaphragme.

L'*extirpation du kyste* est forcément un procédé exceptionnel. Elle ne peut s'adresser qu'aux cas où le kyste est plutôt juxtasplénique qu'intrasplénique, ayant son point de départ

soit dans la capsule, soit au niveau du hile; il est alors plus ou moins pédiculé. Dans ce cas, la section pure et simple du pédicule suffit à amener la guérison.

On l'a encore appliquée aux kystes à développement excentrique nés près de la capsule qui se portent en dehors et se présentent, non plus sous l'aspect de kyste pédiculé, mais donnent à l'ensemble de l'organe un aspect bilobé. Les deux lobes de la tumeur sont réunis par un étranglement plus ou moins large, de sorte que le kyste est en général sessile. Ici l'opération n'a plus la même simplicité que dans le cas précédent; il faut inciser le tissu de la rate et pratiquer une sorte de résection de l'organe. Il faut, par conséquent, faire des sutures, et nous savons avec quelle facilité le tissu splénique, mou et friable, se déchire toutes les fois qu'on veut y passer des fils, de sorte qu'on est exposé à tous les inconvénients d'une hémorragie.

L'extirpation du kyste est donc un procédé applicable surtout aux cas très restreints où le kyste est nettement pédiculé. Si, tout en faisant saillie à la surface de la rate, il est profondément enfoncé dans le parenchyme, il vaut mieux recourir à une autre intervention, à la splénectomie de préférence.

Splénectomie. — Nous venons de voir que la ponction est un moyen infidèle et dangereux; que l'incision avec marsupialisation donne une guérison lente, incertaine, exposant le malade aux inconvénients de l'éventration et aux périls de la septicémie et de l'épuisement dus à une longue suppuration; que l'incision sans drainage avec capitonnage n'est pas applicable à tous les cas et que l'extirpation du kyste est un moyen d'exception. Il nous reste maintenant à rechercher si l'*ultima ratio*, la splénectomie, nous offre au point de vue thérapeutique des conditions meilleures.

Pour certains auteurs, toutes les fois qu'elle est possible, la splénectomie est le procédé de choix. Jonnesco a avancé que la rate dans laquelle s'est développé un kyste hydatique était fréquemment détruite au point de vue physiologique et que l'incision simple ou la marsupialisation pouvaient donner naissance à des récidives, des adhérences ou des fistules. Ces interventions ne devraient être pratiquées, selon lui, qu'à titre exceptionnel.

Au point de vue des dangers de l'opération, nous trouvons une mortalité de 15 p. 100.

Mais cette mortalité est-elle imputable tout entière à la splénectomie?

Il est permis d'envisager la mortalité de la splénectomie pour kyste hydatique avec confiance. Dans plus de moitié des cas, la rate avait conservé sa mobilité et l'opération fut facile. Lorsque, au contraire, il existe des adhérences multiples et solides, il semble plus prudent de renoncer à une tentative qui peut parfois être couronnée de succès, comme dans l'observation qui nous occupe, et de recourir plus simplement à l'incision avec réunion immédiate par le procédé de Delbet. Nous croyons que dans les kystes hydatiques de la rate, comme dans toutes les affections qui peuvent indiquer la splénectomie, la constatation d'adhérences très nombreuses et très résistantes doit entrer en ligne de compte pour peser au cours de l'opération sur les décisions du chirurgien. La déchirure de ces adhérences est longue; elle amène une perte de sang considérable, elle prolonge dangereusement la durée de l'opération. Aussi, dans les cas de ce genre, suivant nous, doit-elle être abandonnée. Il vaut mieux avoir recours à l'incision.

Limitée aux cas où la rate est libre ou présente peu d'adhérences, la splénectomie dans les kystes hydatiques donnera, nous en sommes convaincus, des résultats presque constamment heureux.

Rates leucémiques. — Lorsqu'on lit les observations de splénectomie pour rate leucémique, ce qui frappe le plus, c'est la constance presque absolue des résultats mauvais, l'inévitable terminaison par la mort.

Et la cause de la terminaison fatale ne varie pas, c'est l'hémorragie.

Que l'opération soit facile ou laborieuse, qu'il y ait ou non des adhérences, le leucémique saigne toujours. Il saignera dès le début de l'opération, au moment de l'incision de la paroi abdominale. Au moment de l'exploration de la rate, le décollement des plus minimes adhérences amènera un écoulement sanguin, persistant, qui peut parfois devenir d'une abondance extraordinaire.

Dans d'autres faits il n'est même pas besoin, pour produire l'hémorragie, de s'attaquer à des adhérences. Villar tente une exosplénopexie pour une volumineuse tumeur leucémique. Il écarte les deux lèvres de la plaie abdominale et place des compresses stérilisées entre la surface de la rate et la partie profonde de la paroi, tout autour de l'incision. Malgré la ligature d'une petite artériole, l'hémorragie en nappe des bords de la plaie continue, et le malade succombe le troisième jour.

Plus de la moitié des opérés sont morts dans les quinze premières heures. La rapidité de la mort s'explique facilement chez des individus en état de déchéance organique que viennent déprimer l'hémorragie et la durée souvent très longue de l'opération. Celle-ci a rarement demandé moins d'une heure et dans plusieurs cas a dépassé deux heures.

A l'autopsie, on trouve presque toujours que les ligatures du pédicule ont bien tenu, qu'il n'y a pas d'infection, mais on rencontre presque constamment une grande quantité de sang dans le ventre, parfois d'énormes foyers sanguins au voisinage du foie ou de l'estomac.

Ce sont les adhérences décollées qui ont continué à saigner, ou bien c'est l'éraillure d'un vaisseau insignifiant, d'une veine rampant sur la grosse tubérosité de l'estomac, d'une petite branche de l'artère diaphragmatique inférieure ou de quelque vaisseau de l'épiploon gastro-hépatique. Et ces hémorragies sont favorisées non seulement par l'altération du sang et la friabilité des parois vasculaires, mais aussi par l'augmentation de la pression intravasculaire produite par la splénectomie, ainsi que cela a été constaté dans certains cas.

Aussi ne faut-il pas s'étonner que les observations ne soient plus très fréquentes. Bessel-Hagen, dans un travail publié en 1900, a rassemblé quarante-deux cas avec quatre guérisons, soit une mortalité de 90,4 p. 100.

La splénectomie n'a pas d'action curative sur la leucémie. Pratiquée au début de l'affection, elle peut permettre la survie des malades, mais encore dans une proportion extrêmement restreinte. En tout cas l'amélioration obtenue n'est que transitoire. De l'examen des observations il résulte que, dans les cas de leucémie accentuée et à la période d'état, la mortalité est de 100 p. 100.

Splénomégalie paludique. — Les recherches modernes sur les causes de la splénomégalie dans les maladies infectieuses nous ont montré comment le paludisme agit sur la rate et amène son hypertrophie. Les expériences de Jawein ont bien mis en lumière que lorsqu'il y a destruction des globules rouges, soit par intoxication expérimentale, soit par maladie infectieuse, les hématies détruites sont absorbées par les cellules lymphoïdes de la pulpe splénique. Ces globules rouges détruits sont d'ailleurs des excitants spécifiques pour les cellules de la pulpe splénique; ils provoquent un fonctionnement exagéré de ces cellules dont l'hyperhémie et l'hyperplasie sont la conséquence.

Dans la malaria, la destruction considérable des globules rouges amène un énorme gonflement splénique. On trouve aussi dans la rate les parasites et le pigment couleur ocre formé par ces derniers; les parasites sont englobés dans les

hématies détruites et leur présence dans la rate est bien naturelle; elle est un phénomène secondaire.

Au début, la rate retient les microbes contenus dans le sang, mais elle ne peut pas toujours venir à bout de leur énorme quantité; les microbes s'y propagent et servent de foyer pour une nouvelle attaque de la maladie.

C'est à ce moment, suivant l'expression de Laveran, que la rate malarique, ce repaire du paludisme, est plus funeste qu'utile à l'organisme, malgré les phénomènes de phagocytose dont elle est le siège. Car cette phagocytose va s'atténuant à mesure que les lésions scléreuses de la rate progressent et étouffent ses éléments lymphoïdes.

C'est qu'en effet, au début du paludisme, les lésions de la rate sont bien différentes de ce qu'elles seront dans la suite et il est nécessaire d'en dire un mot pour bien préciser la valeur de la thérapeutique qu'on leur oppose.

Au début, la rate est toujours augmentée de volume. Il faut, dit Brault (d'Alger), que les accidents se soient déroulés avec une bien grande rapidité pour qu'on ne constate pas un certain degré d'hypersplénie. L'organe a triplé de poids; il a pris une forme globuleuse, son parenchyme est ramolli; la capsule est saine, mais elle est très distendue, amincie et par conséquent très friable.

La rupture spontanée est possible; on s'étonne, dit Laveran, quand on a manié la rate de sujets morts de fièvres pernicieuses, que cet accident n'arrive pas plus souvent. D'après le même auteur elle est plus fréquente lorsque des accès antérieurs nombreux ont amené des zones de périsplénite fixant la rate aux parties voisines et qu'une nouvelle rechute d'impaludisme vient à tuméfier et à ramollir un organe dont l'enveloppe inégalement consistante ne permet pas une distension uniforme.

Plus tard les lésions se sont modifiées. Chez les cachectiques l'irritation continue de la rate a amené une hyperplasie énorme. L'organe occupe toute une moitié de la cavité abdominale s'étendant depuis le dôme diaphragmatique qu'il refoule jusque dans la fosse iliaque gauche. Sa forme générale est conservée.

Dure, consistante, elle est blindée irrégulièrement par des plaques fibreuses blanchâtres de périsplénite; tandis que sur d'autres points son épaisseur est à peu près normale, d'où facilité de rupture spontanée. Des adhérences la fixant aux organes voisins, en particulier au diaphragme, favorisent encore plus cet accident. Malgré ces adhérences, on peut parfois mobiliser la tumeur soit latéralement, soit de bas en haut.

Dans d'autres cas, il n'existe pas d'adhérence. A la coupe, le parenchyme montre de nombreux tractus blanchâtres. Dans ce squelette fibreux, épaissi, les veines spléniques sont gorgées de sang. La sclérose interstitielle a non seulement envahi les travées, mais les cordons pulpeux; on ne rencontre plus de cellules spléniques, mais seulement des cellules conjonctives ordinaires.

On comprend facilement les troubles déterminés par une pareille transformation de la rate; l'organe augmenté de volume gêne d'abord par la compression qu'il produit dans la cavité abdominale; puis l'augmentation de poids fait qu'il exerce des tiraillements sur les viscères voisins. De là des troubles fonctionnels particuliers et une physionomie clinique spéciale qu'on retrouve dans presque toutes les observations.

Les troubles fonctionnels résultant de la splénomégalie paludique peuvent s'établir lentement ou rapidement, et ils ne sont pas toujours en rapport avec le degré d'hypertrophie de l'organe, qui peut ne pas être très considérable. Les sensations pénibles ressenties varient comme intensité et comme siège; dans certains cas, c'est un tiraillement à peine douloureux, une gêne dans la région splénique; ou bien, c'est une sensation vague de corps étranger amenant des nausées. Dans d'autres observations, la douleur violente siégeait dans le côté gauche, irradiant vers l'ombilic, les reins, l'épaule gauche, le bassin et même tout l'abdomen; cette souffrance peut parfois devenir atroce, syncopale, angoissante.

Quel que soit le degré de la douleur, elle est provoquée ou exaspérée, la plupart du temps, par une quinte de toux, un effort insignifiant, un travail peu pénible, de sorte que, dans bien des cas, la marche devient impossible. Les malades sont condamnés à l'inaction et obligés de rester au lit, car la perte des forces va s'accentuant; ils sont endormis, indolents. Dans d'autres cas les malades peuvent encore sortir et marcher, mais ils ont une allure spéciale.

Il n'est pas rare de rencontrer de jeunes garçons et de jeunes filles, parfois des adultes, marchant les épaules et la tête rejetées en arrière, et le ventre proéminent comme au sixième mois de la grossesse; à voir les précautions qu'ils prennent pour travailler ou traverser les rues encombrées, en s'effaçant instinctivement pour éviter toute contusion de l'abdomen, il saute aux yeux qu'ils ont conscience de leur hypertrophie.

Leur respiration est courte; ils sont souvent cyanosés; l'action mécanique de la rate hypertrophiée et adhérente, en refoulant et en tiraillant le diaphragme, prend une grande part dans la genèse de cette dyspnée.

Les tiraillements ou la compression exercée sur l'estomac et l'intestin amènent des vomissements parfois incoercibles ou une intolérable gastralgie. L'occlusion intestinale a été mentionnée; ces phénomènes parfois peu accusés, pendant un certain temps, peuvent s'exaspérer ou revenir sous forme de crises.

La compression de la vessie produit de la dysurie. Bragagnolo a cité des troubles utérins par suite des adhérences de la tumeur avec l'utérus; ces adhérences déterminent la rétroversion, la rétroflexion et le prolapsus; cette pression de la rate sur l'utérus n'a pas seulement un effet mécanique, mais elle est encore une source de métrorragies violentes. La menstruation devient douloureuse, irrégulière comme durée, se prolonge ou cesse complètement. On a observé que les crises douloureuses commençaient dans quelques cas avec la cessation des règles et disparaissaient avec le retour du flux menstruel. Le rein de son côté ne reste pas indemne. Luigi Ferrannini a insisté sur la néphrite aiguë qui peut prendre la forme hémorragique; et sur la néphrite chronique avec la dégénérescence amyloïde, toutes d'origine toxique et dues au passage abondant de toxines de produits régressifs et par-dessus tout des corpuscules sanguins à travers le rein.

Signalons encore la rupture possible de la rate bien qu'on ait peut-être exagéré sa fréquence, surtout à la suite d'une simple palpation. Il nous est arrivé souvent dans le sud tunisien de palper de ces grosses rates paludiques sans aucun dommage pour le malade, et beaucoup de nos collègues de l'armée ayant séjourné longtemps en Afrique, ont exploré bien des rates énormes sans causer jamais d'accidents. Il faut un effort plus violent ou un choc brutal pour amener la rupture de la rate. Du reste dans certains pays à malaria, cette notion de la fragilité de la rate est connue du vulgaire et Bellien (de Charkow) rapporte que, dans les rixes, les adversaires essayent de se frapper justement dans l'hypocondre gauche. Aussi, dans 5 p. 100 des autopsies judiciaires, on trouve des ruptures de la rate.

Enfin, quand nous aurons parlé des abcès et des infarctus de la rate, de la torsion possible du pédicule, nous aurons donné un tableau à peu près complet des troubles fonctionnels qu'on peut rencontrer dans la splénomégalie paludique.

D'ailleurs ce tableau n'est pas toujours aussi chargé; il est certainement des cas atténués, mais ce qui s'observe le

plus fréquemment, c'est l'impotence presque absolue des malades et l'impossibilité par eux de se livrer au moindre travail et de gagner leur vie. Dans tous les cas, pour l'avenir, c'est la mort inévitable.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que, lorsque le processus scléreux a commencé à se produire, la quinine est inefficace, employée seule ou combinée à d'autres moyens; on a utilisé la glace sur la région de l'hypocondre gauche, les révulsifs dont on a tant abusé, pointes de feu, vésicatoires; ces derniers sont particulièrement dangereux par la suppuration qu'ils peuvent amener et qui est toujours très grave chez les paludiques.

On a fait des injections intraparenchymateuses d'acide phénique à 1/20, de liqueur de Fowler, d'ergotine, d'eau stérilisée; on reste dans le doute au sujet de leur valeur.

Parona rejette les injections intraparenchymateuses qui offrent des inconvénients, et il se propose d'agir par des injections sous-cutanées. Comme les iodiques sont, d'après lui, les agents réducteurs par excellence de la splénomégalie, il les a employés sous forme de solution glycérinée, d'iode et de gaïacol à 1/10. Les résultats auraient été excellents, et leur valeur thérapeutique supérieure à celle des autres moyens.

Le traitement au quinquina combiné à l'arsenic est encore ce qui a le mieux réussi. On a également préconisé la strychnine, qui agit sur les voies digestives, et enfin l'hydrothérapie. A ce propos la douche en jet sur la région splénique vantée par quelques médecins ne nous paraît pas devoir être toujours absolument inoffensive. L'électricité a eu aussi ses partisans.

Nous n'insisterons pas sur ces traitements médicaux; si nous en avons fait l'énumération, c'est pour dire que, la plupart du temps, ils améliorent dans une mesure plus ou moins restreinte mais ne guérissent pas, et qu'à des gens qui ont besoin de travailler pour vivre, l'amélioration ne suffit pas, il faut la guérison.

Aussi ne doit-on pas s'étonner que depuis longtemps déjà on ait songé à une intervention chirurgicale et qu'on ait tenté l'ablation de la rate.

Voici les résultats que donne la statistique :

			Mortalité.
De 1855 à 1880,	2 opérations,	2 morts.	100 p. 100
De 1881 à 1885,	6 —	5 — .	83 —
De 1886 à 1890,	23 —	7 — .	30,4 —
De 1891 à 1895,	32 —	5 — .	15,6 —
De 1896 à 1900,	54 —	10 — .	18,2 —

On a peut-être un peu abusé de la splénectomie, car, il faut bien le dire, tous les cas ne sont pas justiciables de cette après splénectomie, opération. Lorsque nous étudions les causes de la mort, nous voyons immédiatement qu'on peut établir deux catégories. Tout d'abord il convient de mettre à part les décès dus à la septicémie péritonéale qu'on ne doit plus retrouver aujourd'hui. Cette réserve faite, nous pourrons classer dans un premier groupe les décès dus aux causes suivantes : chute d'une ligature; néphrite parenchymateuse et péritonite chronique, pleuro-péritonite tuberculeuse; pleuro-pneumonie. Dans un deuxième, qui comprendra presque tous les décès, se rangent les morts dues à l'hémorragie.

Est-ce à dire que nous nous trouvions là en présence de la même tendance à l'hémophilie que dans la leucémie? Nous ne le croyons pas. Il est incontestable, et la chose a été notée depuis longtemps par tous les auteurs qui se sont occupés du paludisme, que les gens atteints de malaria sont sujets aux hémorragies, que les altérations du sang, celles des vaisseaux, les obstructions plus ou moins durables des capillaires par les parasites, les polyscléroses viscérales, en font dans une certaine mesure des hémophiles. Verneuil avait insisté autrefois sur la facilité avec laquelle saignent les paludéens; mais au cours d'une intervention, on peut encore être sûr de son hémostase à condition que l'on ne s'expose pas à certaines éventualités opératoires. Ce qui constitue le danger de la splénectomie chez les paludiques, ce sont les adhérences. Lorsqu'on se trouve en présence d'une rate ectopiée, celle-ci peut parfois présenter des adhérences avec les viscères ou la paroi, mais en général elles sont molles, peu étendues, se laissent séparer sans saigner beaucoup; et l'écoulement de sang qui en résulte peut être arrêté facilement; de là l'extrême bénignité de l'intervention dans les rates mobiles. Il n'en est plus toujours de même, lorsqu'il s'agit d'une rate fixe; parfois des adhérences très étendues, extrêmement serrées, ont eu le temps de se former, et, dans leur intérieur, des communications vasculaires nombreuses et importantes se sont établies. Ces adhérences constituent une union intime entre la rate et d'autres organes, comme le foie, l'estomac, l'intestin et surtout le diaphragme : c'est là qu'elles sont le plus résistantes, et, dans certains cas, l'opérateur a dû déchirer largement le diaphragme, ouvrant toute grande la cavité pleurale. C'est dans ces faits singulièrement compliqués que presque toujours on ne peut plus maîtriser l'hémorragie, ou, si l'on réussit à faire l'hémostase, elle n'est que temporaire. Les adhérences rompues, les déchirures continuent à saigner après la fermeture du ventre et les opérés succombent au choc, double résultat de l'anémie aiguë posthémorragique et de la durée excessive de l'intervention dues aux tentatives réitérées d'hémostase.

On voit qu'avec la résistance et l'étendue des adhérences s'accroissent le danger du choc et l'incoercibilité de l'hémorragie, dont les sources peuvent être multiples : vaisseaux du pédicule facilement déchirables, tissu splénique friable, et très larges surfaces cruentées dues au détachement des adhérences.

Il ressort de ces faits que l'existence d'adhérences trop étendues et trop résistantes doit contre-indiquer l'opération d'une façon formelle, car les quelques rares succès qu'on peut obtenir sont achetés par une mortalité trop forte, et nous aurons à nous demander s'il n'est pas possible, à moins de frais, d'obtenir la guérison.

Si les adhérences doivent jouer un pareil rôle au point de vue des indications, la symptomatologie est-elle en mesure de nous renseigner suffisamment avant l'intervention? Malheureusement non. L'immobilité de la tumeur peut être le fait de son enclavement, et, d'autre part, des rates partiellement mobiles peuvent être fixées par des adhérences. La laparotomie peut seule trancher la question et nous renseigner sur le siège, l'étendue et la résistance des adhérences. S'agit-il d'adhérences rares, limitées et lâches, on peut tenter la splénectomie; dans le cas contraire, il vaut mieux avoir le courage de s'arrêter et de refermer le ventre. D'ailleurs, les observations donnent à penser que peut-être cette laparotomie exploratrice pourra ne pas être inutile, puisque dans ces cas elle est arrivée à faire diminuer d'énormes hypertrophies paludéennes.

On a proposé d'appliquer la laparotomie d'une façon suivie dans le traitement de la splénomégalie palustre. On aurait constaté la diminution du volume de la rate par la laparotomie.

Il faut évidemment attendre de nouveaux faits pour se prononcer. Quoi qu'il en soit si, en ouvrant l'abdomen pour pratiquer une splénectomie, nous constatons que l'état des adhérences s'y oppose, c'est déjà pour nous une satisfaction de savoir que notre intervention limitée à la simple incision des parois pourra rendre des services aux malades.

Nous pouvons constater qu'au point de vue thérapeutique tous les phénomènes inhérents à la splénomégalie disparaissent après la splénectomie. On rend à la vie active, au

travail, des malheureux que leur rate hypertrophiée condamnait à la misère.

On n'empêche pas, il est vrai, les accès de fièvre de reparaître dans certains cas, mais on ne peut espérer guérir la malaria par l'ablation de la rate. Laveran, tout en affirmant que la rate est le repaire du paludisme, que l'hématozoaire se cantonne dans son intérieur en dehors des accès, reconnait en même temps que la splénectomie qui supprime cet organe atténue l'infection, mais ne la guérit pas.

Nous avons vu les troubles fonctionnels graves et les dangers de la splénomégalie palustre. Le volume de la tumeur rend au malade la vie insupportable et le met dans l'impossibilité de travailler. D'autre part, les abcès, les infarctus, la torsion du pédicule, sont des accidents possibles qui doivent entrer en ligne de compte pour la détermination à prendre. De sorte qu'aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que, quand le traitement médical a échoué, il faut recourir à l'intervention, il faut débarrasser le malade de sa tumeur. Mais cette indication générale est-elle applicable à tous les cas?

Il est évident qu'il y a des contre-indications dont il faut tenir compte sous peine d'aller au-devant d'un désastre. Ces contre-indications visent l'état général du malade et la tumeur. Au point de vue de l'état général, on ne doit admettre de contre-indication que lorsqu'il sera constaté que le sujet est manifestement incapable de supporter une opération. Cette réserve établie, nous pouvons dire que le mauvais état général ne devra pas arrêter le chirurgien, puisque tous les porteurs de rates paludiques énormes ont toujours un mauvais état général, que la cachexie est non seulement le résultat de l'infection, mais des troubles fonctionnels intenses dus à la tumeur, et que c'est justement pour y remédier que l'on intervient.

On a parlé de la leucémie : c'est une contre-indication qui conserve toute sa valeur, à condition qu'il s'agisse de leucémie vraie. La simple augmentation de globules blancs ne suffit pas.

La grossesse ne constitue évidemment pas une condition favorable à l'intervention, mais on peut penser, d'après ces faits, qu'elle ne la contre-indique pas d'une façon absolue.

La tumeur, de son côté peut aussi être une source de contre-indications.

Aujourd'hui, tout le monde est à peu près d'accord pour admettre qu'on doit également s'attaquer aux rates fixes dans des conditions que nous aurons à préciser. Le volume de la tumeur splénique n'a pas l'importance qu'on lui accordait autrefois et les limites anciennes de 3 kilogrammes peuvent être dépassées. Mais ce qui constitue une contre-indication formelle, ce sont les adhérences serrées avec les organes, les parois et surtout le diaphragme. Aussitôt que la laparotomie exploratrice aura démontré leur existence, ou bien lorsque, au cours de l'opération, on aura constaté qu'elles deviennent plus nombreuses et plus résistantes qu'on n'aurait pu le croire au début, il vaut mieux s'arrêter et refermer le ventre, amener une diminution considérable dans le volume de la tumeur et une atténuation corrélative des troubles fonctionnels. Enfin, on pourrait avoir recours à l'exosplénopexie.

Jonnesco, s'appuyant sur les bons résultats obtenus par la splénectomie, a même été jusqu'à proposer l'extirpation de la rate comme traitement préventif de l'infection malarique avec menace de cachexie. Cette idée est séduisante, mais il est permis de craindre que les malades atteints d'affections malariques ne tirent pas de cette intervention le bénéfice d'une guérison radicale. Nous l'avons vu, la suppression de la rate ne guérit pas le paludisme, elle l'atténue seulement et nous avons constaté qu'après la splénectomie persistent parfois des accès de fièvre.

Du reste, les données physiologiques que nous possédons sur le rôle de la rate dans l'impadulisme sont encore trop insuffisantes pour servir d'indication ferme à une intervention chirurgicale. Actuellement, par la splénectomie, nous n'avons d'autre but que de supprimer les inconvénients d'une tumeur de la cavité abdominale. Nous ne luttons pas contre l'impaludisme, mais contre un état grave qui en est la suite. C'est la *notion de tumeur* et non celle de l'infection malarique qui doit nous guider.

Exosplénopexie. — Quand, par suite d'adhérences trop solides et trop nombreuses, il devient impossible d'enlever la tumeur, on peut recourir à un mode de traitement qui a été jusqu'ici peu employé, l'*exosplénopexie*. Il est impossible de se prononcer actuellement sur la valeur de cette opération.

Rate tuberculeuse. — La rareté des documents que nous possédons sur la tuberculose de la rate, permet à peine d'ébaucher l'histoire chirurgicale de cette affection.

Le rapporteur établit ce chapitre en s'appuyant sur une intéressante Revue générale de Bender (1).

Rate mobile et torsion du pédicule. — Dans le traitement des déplacements de la rate, deux méthodes chirurgicales sont en présence : d'une part, la splénectomie, méthode radicale, d'autre part, les différents procédés de splénopexie.

Nous croyons que la question des indications se simplifie beaucoup si on établit des distinctions nécessaires, car en réalité ces divergences de vue sont plus apparentes que réelles.

Elles proviennent de la confusion qui a été faite en groupant sous la même dénomination de rate mobile, des lésions qui ne sont pas du tout comparables entre elles.

Dans l'immense majorité des observations présentées comme des cas de rate mobile, le déplacement s'accompagne presque constamment de telles modifications pathologiques que la mobilité devrait être reléguée au second plan. Presque toujours on trouve la mention : rate triplée de volume, tumeur du volume d'une tête de fœtus, des deux poings, tumeur allant de l'ombilic à la fosse iliaque, plongeant dans le bassin, etc.

Ces faits devraient être rangés sous la dénomination de *tumeur de la rate*, de spénomégalie *avec déplacement*. Pour aucun d'eux, la désignation de rate flottante n'est légitime. Ces tumeurs de la rate rentrent suivant leur origine et leur nature dans les catégories que nous avons établies à propos des splénomégalies chroniques ; elles obéissent au point de vue opératoire aux mêmes indications et contre-indications.

Si tout en étant ectopiées, elles ont conservé leur mobilité, nous retrouvons au point de vue des résultats opératoires la bénignité déjà constatée dans les tumeurs de ce genre.

Si, au contraire, tout en étant ectopiées, elles sont fixées par des adhérences trop solides et trop étendues, soit avec la paroi, soit avec les viscères, nous voyons se reproduire les contre-indications déjà formulées dans des cas analogues pour des tumeurs fixes ; et de fait, les cas de mort survenus après l'ablation d'une rate ectopiée, sont presque tous dus à la déchirure d'adhérences trop fortes. Si, au contraire, elles sont molles et peu étendues, la guérison est facile.

Les cas de rate flottante vraie, c'est-à-dire les cas de déplacement avec rate normale ou très peu hypertrophiée ne semblent pas très fréquents. Peut-être beaucoup d'entre eux sont-ils méconnus et diagnostiqués reins flottants, aucune intervention chirurgicale n'ayant été pratiquée qui permette de rectifier le diagnostic.

Nous croyons qu'il est indispensable de ne plus classer dans la même catégorie des faits disparates. On évitera des confusions et des obscurités à propos des indications du traitement. On ne doit plus parler de rate mobile quand il

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1900, nos 38 et 41.

y a en même temps splénomégalie considérable. Là, c'est la tumeur qui domine tout, et la mobilité n'est qu'un phénomène secondaire, important à constater sans doute, mais qui doit être relégué au second plan. Pour ces cas il n'y a qu'un traitement, c'est la splénectomie.

On devrait désigner exclusivement sous le nom de *rate flottante*, celle qui, tout en se déplaçant, a conservé un volume normal ou très voisin de la normale et où l'ectopie est le phénomène morbide dominant. Ce n'est, en somme, qu'une localisation particulière des ptoses viscérales et la splénopexie est ici le traitement par excellence.

Du reste, il faut bien reconnaître que les auteurs, manifestement gênés par ce groupement défectueux d'affections dissemblables, sont obligés à propos du traitement de créer la séparation que nous proposons.

Ainsi pour Rydygier, pour Franck la splénopexie est contre-indiquée par une hypertrophie trop considérable. Faitout est d'avis que la splénopexie exige un organe sain, facilement mobilisable et ne pourra pas être pratiquée si la rate a subi une augmentation de volume considérable. D'ailleurs, l'examen du volume de la rate, dans les cas où la splénopexie a été pratiquée, montre bien que les opérateurs ont obéi aux mêmes considérations.

Il semble que toutes les fois que le chirurgien se trouve en présence d'une rate petite et mobile, soit que le diagnostic ait été fait d'emblée, soit que la nature de l'organe flottant n'ait été reconnue qu'au cours de l'opération, l'indication qui lui vient immédiatement à l'esprit est celle de la splénopexie. Et, certes, quand on trouve une rate saine, il ne viendra à l'idée de personne, sous prétexte que l'on peut enlever impunément cet organe, de conclure à son inutilité et de préconiser la splénectomie, en raison de la facilité plus grande de cette dernière opération.

La splénopexie est, en effet, une opération délicate pour de multiples raisons.

La rate est un organe difficile à fixer, il est friable et vasculaire. Les opérations pratiquées sur l'homme nous montrent qu'il supporte mal la suture, que les fils déchirent son parenchyme et amènent, la plupart du temps, une hémorragie assez abondante.

La compression, en général, arrive assez facilement à la maîtriser; mais nous verrons que, si cette compression est relativement aisée dans les cas de fixation extrapéritonéale, elle ne laisse pas que d'entraîner des inconvénients quand on agit dans la cavité péritonéale. Aussi, verrons-nous certains chirurgiens chercher, soit sur l'homme, soit dans des expériences de laboratoire, des procédés ingénieux de fixation permettant de se passer de la suture.

Le nombre des opérations de splénopexie est encore aujourd'hui très restreint, et les modes d'intervention employés sont d'ailleurs assez variables pour qu'il soit difficile de les classer et de chercher à établir la valeur relative des différents procédés.

Torsion du pédicule. — A la suite des tumeurs mobiles de la rate, nous devons parler d'un accident qui vient parfois les compliquer.

Si la mobilité constitue une circonstance favorable au point de vue de la splénectomie, elle peut dans certains cas devenir la source de complications urgentes qui commandent impérieusement l'intervention chirurgicale. C'est la torsion du pédicule.

Les symptômes qui en résultent et qui fournissent les indications peuvent se présenter tantôt assez atténués, tantôt au contraire avec une intensité véritablement alarmante.

Il y a des cas où la torsion est peu accusée, la tumeur ne fait en quelque sorte qu'un quart de tour ou qu'un demi-tour sur son pédicule. On ne constate alors que les symptômes douloureux que provoque ordinairement le tiraillement exercé sur le pédicule par la tumeur : lourdeur dans le ventre, tension douloureuse irradiant vers le bassin, les côtes, les reins et revenant sous forme de crises, à intervalle plus ou moins fixe.

Dans d'autres cas, au contraire, la torsion est beaucoup plus forte et beaucoup plus serrée; la tumeur peut faire deux ou trois tours sur elle-même. Il en résulte immédiatement des phénomènes de compression nerveuse et d'oblitération vasculaire qui impriment aux symptômes un caractère de brusquerie et d'acuité spéciales.

La malade, le plus souvent une femme paludique, ressent brusquement dans le ventre une douleur parfois intolérable, la forçant à s'arrêter immédiatement. Ils survient en même temps des vomissements, avec un état de malaise et une prostration très accentuée. Le ventre se ballonne, la constipation est absolue. On est en somme en présence d'une véritable péritonite et la mort vient terminer la scène si l'on n'intervient pas.

Il est parfois difficile d'établir le diagnostic. On sait qu'il existe antérieurement une tumeur; on croit à un kyste de l'ovaire, à un fibrome utérin. Mais ici la précision du diagnostic n'a pas une importance considérable, parce qu'on se trouve en présence d'accidents aigus exigeant une laparotomie immédiate.

En divisant les opérations en deux groupes, de 1885 à 1890 et de 1890 à 1900, nous trouvons pour la première période 8 cas avec 5 morts, soit 62,5 p. 100; et dans la seconde période 13 cas avec 3 morts, soit 23 p. 100 de mortalité.

Il est certain que les conditions iront s'améliorant dès que l'intervention sera plus précoce. Car c'est à l'intervention tardive que la plupart des chirurgiens attribuent leur insuccès. Les malades sont affaiblis par la souffrance; des adhérences ont eu le temps de s'établir qui compliquent l'opération.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les observations de Weber et de Schramm ont démontré qu'un aliment aussi facilement assimilable que la Somatose donne des résultats remarquables chez les enfants dans le rachitisme et l'atrepsie à tous les degrés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 OCTOBRE 1901)

Examens de doctorat.

VENDREDI 18 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Gosset; — (2e partie) : MM. Netter, Wurtz et Legry; — M. Teissier, suppléant.

SAMEDI 19 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Widal et Guiart.

2e (nouveau régime) : MM. Retterer, Gley et Chassevant.

4e : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Faure et Thiéry; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Marion; — (2e partie) : MM. Charrin, Achard et Renon; — M. Thiroloix, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Manson est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé à Lorient, en remplacement de M. le docteur Beaumanoir, admis à la retraite.

— M. le docteur Léo, promu au grade de médecin en chef de deuxième classe, est maintenu dans ses fonctions de médecin de division sur le *Bruix*, dans l'escadre du Nord.

— M. le docteur Planté, promu au grade de médecin principal, est appelé à continuer ses services au port de Cherbourg.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 40e semaine, 767 décès, chiffre légèrement supérieur à celui de la semaine précédente, 694. La moyenne est de 830 ; l'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (la moyenne est 10). Le chiffre des cas nouveaux signalés par les médecins est en légère augmentation (52 au lieu de 42). La variole a repris sa marche descendante ; elle a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente ; les cas nouveaux signalés ont diminué de moitié, 17 au lieu de 37 ; le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux est presque stationnaire (39 lieu de 42). La rougeole a causé 3 décès au lieu de 2 pendant la semaine précédente (la moyenne est de 2). La scarlatine a causé 1 décès comme dans les trois semaines précédentes. La coqueluche a causé 7 décès (la moyenne est de 5). La diphtérie, avec 7 décès au lieu de 6 (la moyenne est de 5), reste à peu près stationnaire ; les cas nouveaux, malgré les premiers froids, sont en diminution (52 au lieu de 73).

La diarrhée infantile a causé 48 décès de 0 à 1 an, au lieu de 39 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41). On a également constaté la mort de 8 enfants de 1 à 2 ans et de 4 adultes. De plus 1 décès a été attribué à la dysenterie.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 81 décès, au lieu de 80 pendant la semaine précédente et au lieu de 106, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 28) ; pneumonie, 12 (au lieu de la moyenne 18) ; autres maladies de l'appareil respiratoire, 45 (au lieu de la moyenne 59), dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire et 15 à la bronchopneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 144 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 16 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès ; les maladies organiques du cœur, 56 ; le cancer a fait périr 54 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès ; la cirrhose du foie, 12 ; la néphrite, 31 ; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de petite chirurgie de Jamain, 8e édition, illustrée de 572 fig. intercalées dans le texte, par F. Terrier et Peraire. Un vol. in-8° de 1044 p. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

L'appendicite, discussion de sa pathogénie, par le docteur Louis Vibert, médecin consultant à Châtel-Guyon, officier d'Académie. Un vol. in-18 raisin de 90 p., cart. — Prix : 3 francs. — (Petite encyclopédie médicale, n° 42.) Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hygiène sociale. Les victimes de l'alcool, par le docteur A. Baratier, membre de la Société d'anthropologie, membre de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, etc. Une br. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Édition médicale.

Les microbes pathogènes, par le docteur Jousset, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, directeur du laboratoire de bactériologie de l'hôpital Saint-Jacques. Un vol. in-8°, 108 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'albuminurie et son traitement hydrologique. Étude comparative, par le docteur E. Duhourcau, médecin aux eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), etc. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Capuron 1900. Lettre-préface et rapport de M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 119. — MARDI 15 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 15 OCTOBRE 1901. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — L'ASPIRATION ÉVACUATRICE COMME COMPLÉMENT DU DRAINAGE DU PÉRITOINE, par M. Paul GUÉNIOT, interne des hôpitaux de Paris. — CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (IIIe session, tenue à Nantes du 23 au 29 septembre 1901 [*fin*]). Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille : *Rapports et discussions :* Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et en particulier dans l'infantilisme (M. AUSSET, rapporteur); — Des albuminuries intermittentes de l'enfance (M. MÉRY, rapporteur); — Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie (M. SAQUET, rapporteur); — *Communications diverses.* — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. — L'empoisonnement aigu par la cocaïne. — LE JUBILÉ DE VIRCHOW. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 14 octobre 1901.

Le 21 octobre courant, l'Association française de chirurgie, réunie pour la quatorzième fois en congrès, va tenir ses séances.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour. L'une, sur la « chirurgie de la rate », a fait l'objet d'un rapport de M. Février. Ce travail, des plus complets et des plus documentés, comme savent les faire nos collègues de l'armée, est un véritable traité de la chirurgie splénique. Nos lecteurs, déjà au courant de cette chirurgie d'actualité par les intéressantes Revues générales parues dans ce journal (1), ont pu se convaincre, dans notre numéro de samedi dernier, de la haute valeur du rapport de M. Février. Quelques orateurs, inscrits à la suite de la lecture apporteront l'appoint de quelques faits personnels, bien rares chez nous. La discussion prendra un intérêt plus grand par la présence au Congrès de quelques médecins des pays où les lésions spléniques sont plus fréquentes.

La deuxième question, a trait au « traitement des adénopathies tuberculeuses ». Le rapport, dû à M. Aug. Broca, est empreint d'un caractère très personnel. L'auteur, tout en analysant la pratique des autres chirurgiens, a surtout exposé et défendu les méthodes du traitement que sa spécialisation, dans la chirurgie des enfants, lui a fait reconnaître pour les meilleures. Il en résulte une allure un peu vive, propice à la discussion, qui rendra certainement intéressante la séance qui suivra la lecture et contribuera à fixer la science sur le point particulier de la thérapeutique des « écrouelles ».

Toutes les autres séances sont prises par des communications diverses si nombreuses, que le temps est mesuré à l'orateur, cinq minutes, dix minutes au plus. Par suite, pas de discussion : les séances, comme d'habitude, s'écouleront fades et monotones, sans profit pour les auditeurs qui entendront des communications écourtées, tronquées, lues d'une voix hâtive, souvent indistincte, au milieu des conversations que l'intérêt de la communication n'aura pas su prévenir.

Les ordres du jour sont si chargés, dit la notice, qu'aucune communication nouvelle, aucune modification ne peuvent être apportées au programme de chaque séance. Heureusement que bien des orateurs, dont on a sollicité l'inscription plusieurs mois à l'avance, feront volontairement défaut, sans quoi le Congrès aurait été dans la nécessité de faire installer un buffet dans les nouvelles salles de la Faculté, pour permettre aux congressistes de se sustenter dans le court intervalle des séances.

En fait, cet encombrement des ordres du jour est-il bien utile? Hélas, non! La qualité des communications est loin d'en valoir la quantité. Le fameux « Comité de lecture » de l'Association ferait bien d'exercer les droits que lui donnent les règlements. Uu grand nombre de communications ont déjà été faites ailleurs, sur des points identiques. Ce sont des deuxièmes et troisièmes moutures d'un travail dont l'auteur veut tirer la dernière goutte. Ce reliquat, déjà entendu ailleurs, n'a même plus le mérite de la nouveauté. C'est enfin l'éternel défilé des petits faits personnels, tout au plus bons pour les périodiques médicaux ou les sociétés régionales, pour parler médecine avant le banquet. Car, un tel n'est pas fâché, que dans sa ville et dans les alentours, on sache qu'il a opéré une grosse, une très grosse hernie étranglée. Cela lui fera peut-être du bien, mais à coup sûr, cela ne lui fera pas de mal. L'ensemble de ces cas minuscules, d'intérêt local, encombre le Congrès, rend ses séances indigestes et inutilement longues. Encore quelques années de ces errements défectueux, et le Congrès de chirurgie français s'éteindra dans l'indifférence.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.* : F. BEZANÇON. La rate infectieuse (1896, nos 2 et 5); — P. FAITOUT. La rate mobile (1896, n° 60); — R. PICOU. Des mouvements physiologiques de la rate (1897, n° 145); — BENDER. Tuberculose de la rate (1900, nos 38 et 41). — AUVRAY. Thérapeutique chirurgicale des plaies de la rate (1901, n° 46).

L'ASPIRATION ÉVACUATRICE COMME COMPLÉMENT DU DRAINAGE DU PÉRITOINE

Par M. Paul GUÉNIOT, interne des hôpitaux de Paris.

J'ai brièvement énoncé, dans une note sur « L'aspiration évacuatrice dans le traitement des péritonites aiguës », publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1), le principe et la raison d'être de cette méthode, ses avantages, son mode d'applica-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 13 août 1901.

tion, son indication principale. Je désire y revenir pour développer cette question avec les détails qu'elle comporte (1).

Utilité de l'aspiration. — Le drainage du péritoine, destiné à évacuer de la cavité abdominale les liquides et les produits septiques qu'elle contient, est aujourd'hui, de l'accord de tous les chirurgiens, une des bases essentielles du traitement des péritonites aiguës.

En outre de cette importante application thérapeutique, il est aussi fréquemment employé, à titre préventif en quelque sorte, à la suite des laparotomies pour lésions diverses : soit que le chirurgien craigne l'apparition, consécutivement à l'opération, d'un suintement sanguin ou séreux qui offrirait un terrain de culture favorable à l'infection; soit encore, qu'ayant opéré en foyer septique, il ait à redouter un ensemencement de la séreuse et doive établir alors, pour prévenir une diffusion de l'infection, une voie d'élimination immédiate des sécrétions péritonéales et des agents septiques.

Le drainage sera d'autant plus parfait que l'évacuation sera plus complètement, plus rigoureusement réalisée.

Je ne veux pas ici décrire ni même énumérer les innombrables procédés de drainage ou modèles de drains qu'a imaginés l'ingéniosité des chirurgiens et dont le nombre même témoigne de leur désir de déterminer une évacuation aussi parfaite que possible et de la difficulté d'y parvenir. Je veux seulement montrer en quelques lignes comment les diverses méthodes de drainage par la paroi abdominale sont imparfaites, car c'est leur imperfection et leur insuffisance qui justifient l'intervention de l'aspiration évacuatrice comme complément du drainage et qui montrent son importance.

Le drainage abdominal par les tubes est imparfait, car il reste forcément une certaine quantité de liquide qui stagne à la partie déclive; on en a facilement la preuve en exerçant une pression sur l'abdomen, qui fait apparaître et sourdre du tube une partie de ce liquide. C'est pour cela que certains chirurgiens préfèrent au drainage par la paroi abdominale le drainage par les parties déclives et emploient couramment le drainage vaginal, en ouvrant à cet effet le cul-de-sac de Douglas.

C'est également pour éviter la stagnation au point déclive que certains ont imaginé, de préférence au drainage par les tubes, le drainage capillaire, constitué par des mèches de substances absorbantes telles que la gaze, qui se laissant imbiber par les liquides exercent une sorte d'aspiration capillaire et attirent les sécrétions de la profondeur du ventre vers l'extérieur dans les pièces du pansement. Mais en réalité le drainage capillaire, lui aussi, est loin d'être parfait. Quand on retire la mèche de gaze, on voit apparaître du liquide, parfois un vrai flot, qui montre que l'écoulement ne se faisait pas suffisamment.

Le meilleur drainage est peut-être celui qui associe les deux procédés, les tubes et les mèches de gaze, à condition de ne pas tasser la gaze et de la laisser au contraire très lâche, pour qu'elle ne fasse pas tampon, mais se laisse facilement imbiber de manière à favoriser l'ascension du liquide.

Mais en somme, malgré tout, le drainage n'est encore pas absolument parfait, et l'on peut encore, par des pressions ou par l'aspiration, tirer du liquide.

Aucun mode de drainage par la paroi abdominale ne réalise, on le voit, l'évacuation absolue, complète, des liquides péritonéaux. Il est d'usage, pour favoriser l'issue des sécrétions, d'exercer des pressions sur le ventre lorsqu'on renouvelle le pansement, ce qui fait sourdre plus ou moins de liquide. Mais même cette manœuvre ne réalise pas la perfection, et l'on peut ordinairement par l'aspiration pousser plus à fond l'évacuation. De plus, ces pressions, qu'on fait d'autant plus fortes qu'on les désire plus efficaces, sont souvent pénibles pour les malades, parfois très douloureuses, surtout s'il y a de la péritonite qui exagère la sensibilité abdominale. Parfois aussi, lorsque le ventre est fortement tendu, ces pressions se heurtent à la résistance de la paroi et n'ont aucune efficacité.

Or, on peut, par l'aspiration, réaliser une évacuation beaucoup *plus parfaite* et de plus *non douloureuse* pour le malade. Ce dernier avantage est loin d'être négligeable, et il est fort apprécié des malades.

Les considérations qui précèdent montrent, en définitive, les avantages qui justifient l'emploi de l'aspiration évacuatrice et lui font acquérir parfois, comme nous le verrons aux indications, une importance de premier ordre.

Elle constitue le plus précieux auxiliaire du drainage, destiné à le pousser à un plus haut degré de perfection.

Technique de l'aspiration (1). — L'emploi de l'aspiration évacuatrice suppose un drainage établi. Il y aura donc eu laparotomie préalable, soit pratiquée pour une péritonite et au cours de laquelle le ou les drains auront été placés, soit faite pour remédier à une lésion quelconque : dans ce dernier cas, tantôt le chirurgien a cru prudent de mettre un drain dans l'abdomen à la fin de l'opération, tantôt il n'a pas drainé, mais l'apparition ultérieure de quelques accidents l'a décidé à rouvrir en partie la plaie pour introduire un tube dans la cavité péritonéale.

Il y a donc un ou plusieurs gros drains de caoutchouc, du calibre du doigt, ou même du pouce, plongeant dans la cavité abdominale jusqu'au fond des régions à drainer, un notamment le plus souvent jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Ces tubes n'auront pas sur leur trajet de trous latéraux, car ils doivent servir de gaine et de conducteur au tube de l'aspirateur qu'on va introduire dans le ventre.

Pour pratiquer l'aspiration, il suffit d'un dispositif peu compliqué.

J'emploie un tube de verre solide, de calibre inférieur à celui du drain de caoutchouc, dans l'intérieur duquel il doit pouvoir être introduit et se mouvoir facilement; un tube de verre comme ceux qu'on emploie couramment pour les appareils de chimie dans les laboratoires, convient parfaitement pour jouer dans les gros drains du volume du doigt et même du pouce qui sont habituellement usités pour le drainage du péritoine. Ce tube de verre doit être d'une longueur

(1) Jusqu'ici, en effet, l'aspiration comme complément du drainage péritonéal, bien qu'employée par un certain nombre de chirurgiens, n'a pas fait l'objet d'une étude spéciale. A peine la trouverait-on indiquée incidemment dans de rares ouvrages, par exemple le livre tout récent de M. J.-L. Faure sur la *Chirurgie des annexes de l'utérus*. — Delagénière (du Mans) y a fait aussi une courte allusion (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 358).

(1) Mon collègue Robert Lœwy, ayant connaissance de mon travail, me prie de faire savoir que la technique que je décris, avec emploi d'un tube en verre, n'est autre que celle qu'il applique lui-même depuis deux ans, avec succès, et qu'il en revendique la priorité d'emploi. Tout en émettant le vœu que, dans l'intérêt de la méthode, il ne tarde pas davantage à publier les plus concluantes de ses observations, j'accepte volontiers de faire connaître notre commune manière de faire comme étant la technique de Lœwy.

un peu supérieure (de 2 ou 3 centimètres) à celle du drain pour qu'on puisse l'introduire jusqu'au fond. Enfin il portera à une de ses extrémités un tube de caoutchouc muni lui-même d'autre part d'un embout qui permettra de l'adapter à la pompe de l'aspirateur Dieulafoy.

Tel est l'appareil fort simple, comme on le voit (1).

Voyons son fonctionnement :

Le tube de l'appareil aspirateur aura été, bien entendu, avant de s'en servir, stérilisé soigneusement par l'ébullition. On introduit de la main droite le tube de verre dans la cavité du drain maintenu de la main gauche, et on l'enfonce doucement et progressivement à son intérieur, en se conformant naturellement à la direction suivie dans l'abdomen par le drain. Une fois qu'on est arrivé à la profondeur voulue, l'embout du tube de caoutchouc dont est porteur le tube de verre est adapté à l'un des robinets de la pompe aspiratrice de Dieulafoy. L'aspirateur est alors manœuvré, en faisant jouer alternativement ses robinets, de manière à aspirer d'abord le liquide du ventre par l'un d'eux, puis à le refouler hors du corps de pompe à l'extérieur par l'autre robinet.

Il n'est pas rare de ne voir d'abord aucun liquide venir, puis si l'on retire de 1 ou 2 centimètres le tube de verre, de voir une nouvelle aspiration faire monter le liquide ; sans doute l'extrémité du tube butait-elle d'abord contre quelque chose, ou quelque anse intestinale s'appliquant contre elle, en oblitérait-elle l'ouverture ; il suffit de légers tâtonnements, de légères variations dans le degré d'enfoncement du tube de verre pour que l'on arrive sans difficulté à pomper le liquide.

La manœuvre aspirante et foulante est répétée s'il y a lieu plusieurs fois de suite, jusqu'à ce qu'il ne vienne plus de liquide.

Dans les cas graves de septicémie péritonéale, où il y a intérêt à débarrasser l'abdomen du liquide qu'il renferme, aussitôt qu'il est fabriqué et à ne pas le laisser séjourner, pour éviter la résorption toxique, il est indiqué de renouveler l'aspiration à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures en se guidant d'après la rapidité de reproduction du liquide.

En général, au bout de peu de temps, après quelques séances d'aspiration évacuatrice, on ne tire plus qu'une très faible et même insignifiante quantité de liquide, quelques gouttes seulement. Cela s'explique, si l'on se rappelle que la présence d'un drain dans le péritoine entraîne en général très rapidement une réaction de la séreuse qui circonscrit par des adhérences le trajet du drain et l'isole du reste de la cavité péritonéale. Aussi n'a-t-on ordinairement pas pas à continuer bien longtemps ces aspirations. Et pourtant les quelques évacuations qu'on a pratiquées suffisent souvent à amener de merveilleux résultats.

On remplace le drain par un autre moins volumineux, puis on le supprime, d'après le tarissement plus ou moins prompt du liquide.

Indications de l'aspiration. — L'aspiration évacuatrice peut être employée utilement pour parfaire l'œuvre du drainage : 1° dans le traitement des péritonites aiguës; 2° dans les soins post-opératoires des laparotomies avec drainage.

Mais il est deux circonstances qui indiquent plus formellement et commandent l'emploi de l'aspiration : ce sont la *faible quantité du liquide* péritonéal, entraînant la difficulté de son évacuation spontanée par les drains et sa stagnation au point déclive, et, d'autre part, la *grande toxicité* du liquide, nécessitant qu'il soit évacué aussi strictement et complètement que possible et qu'on ne le laisse pas séjourner, pour éviter la résorption et l'intoxication de l'organisme.

Ces deux conditions se trouvent réunies dans la *septicémie péritonéale aiguë*, qui se voit dans quelques cas d'appendicite, par exemple, ou dans les infections opératoires, et dans laquelle il n'existe en général dans la grande cavité péritonéale qu'une quantité relativement faible de liquide, ayant, selon l'expression consacrée, l'aspect de « bouillon sale », et très toxique. Dans ces cas-là, l'aspiration évacuatrice *s'impose*. Et par son emploi, joint à celui des autres moyens de traitement appropriés, on arrive parfois à sauver de ces malades qui sont presque toujours perdus.

Tout ce que je viens de dire est relatif à l'aspiration dans le drainage *abdominal*.

J'ai moins d'expérience du drainage *vaginal*, et je n'ai pas encore, par cette voie, pratiqué l'aspiration. Mais d'après ce que me rapporte mon collègue Alexandre, l'aspiration pratiquée par un drainage vaginal tire toujours du liquide, ce qui montre que son utilité n'est pas limitée aux seuls cas de drainage par l'abdomen.

Réponse à une objection. — On pourrait objecter à l'emploi de l'aspiration que si l'on s'imagine ainsi évacuer la cavité péritonéale on se fait illusion; n'est-il pas bien connu, et démontré notamment par les belles expériences de M. Pierre Delbet, que le séjour d'un drain dans la cavité péritonéale provoque en général très rapidement la formation d'adhérences qui isolent le trajet du drain de la grande cavité péritonéale, de sorte qu'au bout de quarante-huit heures il n'y a plus de communication de l'un à l'autre? M. Pierre Delbet n'a-t-il pas pu écrire qu'il paraît probable que les bons effets du drainage peuvent être dus à ce que les drains déterminent rapidement des adhérences qui isolent les points d'où aurait pu venir l'infection? A semblable objection on peut répondre :

1° L'aspiration peut tout au moins évacuer le liquide péritonéal pendant les premières heures, le premier jour, peut-être même plus, qui suivent le placement du drain, en un mot avant que son trajet ne se trouve isolé.

2° Quand bien même le liquide aspiré ne viendrait pas de la grande cavité péritonéale, il n'est pas pour cela inutile d'empêcher sa stagnation dans la cavité où il se trouve et où la résorption toxique peut fort bien s'effectuer.

Du reste, le résultat de l'expérience prime les subtilités de la théorie, et je crois le moment venu de citer ici, comme exemple, une fort belle observation où j'ai pu, par l'emploi de l'aspiration évacuatrice, jointe aux moyens de traitement appropriés, guérir une malade d'une septicémie péritonéale grave.

Un cas de guérison de péritonite septique grave. — Mlle Isabelle M..., vingt-trois ans, avait subi l'extirpation bilatérale des annexes de l'utérus par laparotomie, pour salpingite et ovarite suppurées des deux côtés. Malgré le caractère suppuré des lésions, on avait cru pouvoir se dispenser de drainer.

Le troisième jour après l'opération, c'est-à-dire le surlendemain, commencent à se dessiner quelques symptômes inquiétants : apparition d'un peu d'hyperthermie ; température 38 degrés, pouls 98, des vomissements bilieux, et le

(1) J'emploie un tube de verre, comme aussi mon collègue R. Lœwy qui a obtenu de la méthode d'excellents résultats. Mais on peut, à la place, se servir d'une sonde en caoutchouc, ainsi que le fait notre maître M. Bouglé, ainsi qu'on le pratique couramment, d'après ce que m'a rapporté mon collègue Alexandre, dans le service de M. Terrier.

ventre est partout sensible à la pression. On pratique deux injections sous-cutanées de sérum artificiel, une de 800 grammes à midi, une de 500 grammes dans l'après-midi. Glace sur le ventre.

Le lendemain, quatrième jour, il n'y a plus de vomissements, mais des signes formels de péritonite : il y a une sensibilité et un ballonnement généralisés du ventre, du hoquet, de la dyspnée; le facies est péritonéal, les yeux excavés et cerclés, le nez effilé, et la malade se plaint beaucoup. La température reste au-dessus de la normale, mais pas très élevée, température 38 degrés, le pouls augmente de fréquence, 116 le soir. En présence de cet état, je décide de rouvrir l'extrémité inférieure de la plaie pour introduire un drain. La réouverture du ventre permet de voir le péritoine pariétal et une anse intestinale apparaissant à la plaie, qui sont rouges et injectés; un liquide ayant l'aspect de bouillon sale s'écoule; un drain est enfoncé dans le cul-de-sac de Douglas et le liquide aspiré à fond : on en retire un bon demi-verre. Injection sous-cutanée d'un litre de sérum. Vessie de glace sur le ventre dans l'épaisseur même du pansement entre deux couches d'ouate.

Je la revois dans la nuit, à une heure du matin : c'est une moribonde, avec facies péritonéal très prononcé, gémissant beaucoup et répétant qu'elle sent qu'elle va mourir; le pouls a augmenté de fréquence, à plus de 120, le hoquet est tenace et la dyspnée marquée. Tout en me demandant si cela peut être encore utile, je change cependant le pansement, qui est imbibé, et je pratique l'aspiration qui tire peut-être la valeur d'une cuillerée de liquide sale.

Le cinquième jour, au matin, j'ai la surprise de trouver un changement frappant dans le facies de ma malade, qui est beaucoup moins péritonéal; elle est légèrement souriante, ne se plaint plus et déclare d'elle-même qu'elle se sent bien. Elle a uriné notablement plus que précédemment et a rendu quelques gaz. Le ventre est toujours ballonné, mais le hoquet et la dyspnée ont disparu. Le pansement imbibé est renouvelé, et l'aspiration me donne encore à peu près une cuillerée de liquide. Un litre de sérum; toujours glace sur le ventre, caféine. Je pratique encore l'aspiration dans l'après-midi. Température le soir 38°5, pouls 127.

Le sixième jour, j'ai le tort, en présence du mieux persistant, de prescrire sans doute prématurément un peu de lait glacé et de café glacé, car la malade se met à avoir de nouveau des vomissements. Je prescris alors de cesser le lait et le café et de ne donner que du champagne glacé. Un litre de sérum; caféine la nuit. La malade dans la soirée ne rendait plus de gaz et se trouvait davantage gênée.

Enfin le septième jour, la malade a une apparence excellente, n'a plus de vomissements, elle rend des gaz et a des selles abondantes; le ballonnement du ventre est devenu insignifiant; la sensibilité à la pression très atténuée; la température reste à 38 degrés, mais le pouls a diminué énormément de fréquence, et de 124 à dix heures du soir est tombé à 99 dans la matinée. Je change le pansement, mais sans pratiquer l'aspiration, devenue inutile, et le soir j'enlève le drain pour lui substituer un autre moins volumineux.

Le huitième jour j'enlève une partie des fils de la plaie opératoire; celle-ci est belle, nette, sans suppuration ni rougeur. La température est tombée à peu près à la normale, le ventre n'est plus ballonné ni douloureux. La malade prend dans la journée un litre de lait.

L'amélioration persiste les jours suivants, le drain est supprimé, et la malade guérit complètement. La terrible infection péritonéale dont elle avait été atteinte ne prolongea presque pas les suites opératoires, et elle put se lever à quelques jours près comme si l'opération n'avait pas été suivie d'une si redoutable complication.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[IIIe SESSION, TENUE A NANTES, DU 23 AU 29 SEPTEMBRE 1901 (1)]

Compte rendu par M. PLATON, chef de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de médecine de Marseille.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS

Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et en particulier dans l'infantilisme.

M. AUSSET (de Lille), rapporteur.

Les expériences sur le coefficient urotoxique des myxœdémateux et des thyroïdisés semblèrent prouver que la fonction de la glande thyroïde était une fonction antitoxique et que le myxœdème était une auto-intoxication.

Lorsque, après les expériences de Baumann, l'iodothyrine et la thyroïodine furent découvertes, les travaux de Gauthier semblèrent prouver que les phénomènes produits sur l'organisme par la glande thyroïde étaient surtout d'ordre clinique et que le suc thyroïdien agissait avec le métabolisme, produisant, par son absence, la rupture de l'équilibre nutritif, dont les résultats sont les symptômes de l'*athyroïdie* ou des *dysthyroïdies*.

Cette dysthyroïdie entraîne des lésions trophiques, des arrêts de croissance; Hertoghe a voulu voir l'action du corps thyroïde sur la production des tumeurs adénoïdes chez les enfants; en somme, la sécrétion thyroïdienne est entravée dans tous les états morbides où les échanges organiques sont déviés de la normale : s'ils sont ralentis, il y a hypothyroïdie; s'ils sont accélérés, il y a hyperthyroïdie.

L'action manifeste du traitement thyroïdien sur l'activité de tous les processus organiques a été démontrée par Michaëlsen et Levy. Cette influence considérable de cette glande sur la nutrition apparaît par une perte de poids très rapide quand on emploie l'opothérapie thyroïdienne. Cette perte de poids n'est pas due à une désassimilation des matières albuminoïdes, mais à une perte d'eau, de graisse, à la diminution de l'assimilation des graisses.

Cette opothérapie agit sur la production rapide des globules rouges, au point qu'on l'a employée dans des cas de métrorragies. Hertoghe a raffermi et augmenté, grâce à son emploi, des lactations chancelantes. Apert a montré son action sur les retards de la puberté et sur la cryptorchidie.

On peut affirmer aujourd'hui qu'il existe un lien très étroit entre toutes les maladies résultant d'un vice de la nutrition et le fonctionnement du corps thyroïde.

Son action est efficace et vraiment spécifique dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande. Mais c'est dans l'infantilisme que l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats.

Il y a lieu de distinguer, pour ces cas d'infantilisme, ceux qui sont directement liés au myxœdème, et ceux qui, *en apparence*, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire. Le rapporteur pense que, même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, les troubles de la

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1089, 1103, 1110 et 1118.

croissance et les arrêts de développement sont dus à une adultération de la fonction thyroïdienne, adultération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis.

Il y a donc lieu, dans les cas d'infantilisme, quelle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu à la condition que le squelette soit encore susceptible de s'accroître. Cette conception d'une hypothyroïdie d'origine rachitique, produisant des lésions du squelette et les retards de développement qu'on note chez ces malades, semble éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du rachitisme; les faits de rachitisme fœtal se produisant quand on déthyroïdise des femelles, l'action favorable exercée par le traitement thyroïdien sur le rachitisme, prouvent que le rôle de la glande doit être considérable dans la production des phénomènes morbides chez les rachitiques. Le succès des phosphates, depuis longtemps connu en thérapeutique antirachitique, pourrait dès lors provenir en partie de ce que laglande thyroïde, très riche en phosphates, récupérerait ainsi ces substances organiques perdues du fait du trouble apporté à son fonctionnement par la maladie primitive.

Le développement et la croissance des organes sexuels sont également sous la dépendance directe de la fonction thyroïdienne, et, dans les cas d'arrêt dans ce développement, il sera indiqué d'employer le corps thyroïde.

La médication thyroïdienne a également donné des résultats dans certains cas d'obésité; mais on devra, chez de tels malades, surveiller tout particulièrement le cœur. Dans la tétanie, elle pourra être justifiée dans une certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, dans la sclérodermie, chez les hémophiliques et dans le rhumatisme chronique.

On ne peut souscrire à la théorie d'Hertoghe, qui veut considérer tous les adénoïdiens comme des hypothyroïdiens. Les végétations adénoïdes n'ont aucune relation de cause à effet avec les troubles de fonctionnement de la glande thyroïde. Il n'y a donc pas lieu d'employer ici le traitement opothérapique.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants qui y sont particulièrement sensibles. On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique. On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. On aura le soin de choisir des préparations bien dosées, bien faites et de date récente; chez les enfants, ce sont les tablettes, comprimés et pastilles qui sont les plus commodes à administrer. Enfin, l'orateur termine en émettant le vœu que les fabricants de spécialités thyroïdiennes indiquent toujours sur leurs flacons s'il s'agit de glandes d'animal jeune, qu'ils notent la date de la préparation, la quantité exacte de la glande fraîche représentée par chaque pastille ou tablette; ils devront aussi veiller à la stérilisation parfaite de leurs produits.

Des albuminuries intermittentes de l'enfance.

M. Méry, rapporteur.

L'auteur distingue des albuminuries intermittentes dues à des lésions rénales, et des albuminuries intermittentes fonctionnelles.

Les albuminuries intermittentes d'origine rénale peuvent apparaître à la fin d'une néphrite aiguë et être seulement tansitoires sans passage à l'état chronique, ou bien devenir chroniques, réalisant alors un type analogue à celui des albuminuries intermittentes fonctionnelles, type cyclique ou type orthostatique, et cela souvent pendant de longues années.

Les sujets présentant cette forme d'albuminurie rénale chronique, tout en conservant une santé générale suffisante et ne présentant pas les grands symptômes fonctionnels des néphrites, en auront toujours quelques-uns à l'état débauche à certains moments du moins.

De plus, l'étude du syndrome urinaire permettra d'attribuer à l'altération rénale le syndrome albuminurique.

Ces albuminuries intermittentes d'origine rénale peuvent aboutir à la guérison complète; elles peuvent persister toute l'adolescence, sans entraîner de troubles sérieux dans la santé générale; elles peuvent réapparaître après une période d'absence de plusieurs années; elles peuvent enfin aboutir au mal de Bright, sinon dans l'adolescence au moins plus tard, et c'est là ce qui fait surtout la gravité de leur pronostic.

Les albuminuries intermittentes fonctionnelles ne s'observent que rarement au-dessous de sept ans. Elles coïncident surtout avec l'époque de la formation ou de la puberté. Elles sont toujours intermittentes d'emblée, et ne sont point précédées d'une ulbuminurie permanente. Elles sont le plus souvent insidieuses, ne s'accompagnant d'aucun symptôme rénal ni brightique, et n'entraînant que des troubles très peu accentués de la santé générale.

Le caractère principal qui domine les variations de l'albuminurie, c'est son absence dans les urines de la nuit, et sa disparition si on fait coucher le malade, d'où nécessité de faire l'examen fractionné de l'urine. Cette disparition de l'albumine par le décubitus dorsal s'effectue environ au bout d'une heure, même dans la journée, aux heures répondant habituellement aux maxima d'albuminurie.

D'autres influences que la station debout peuvent favoriser la production de l'albuminurie, ainsi : l'exercice, la marche, la danse, la gymnastique, la fatigue cérébrale, une émotion vive, un orage. L'influence des repas et de la digestion s'exercera surtout dans les albuminuries digestives, et beaucoup plus rarement dans les albuminuries fonctionnelles habituelles. Le plus souvent le régime lacté n'exerce aucune influence.

Il existe ordinairement une sorte de régularité dans les heures d'apparition de ces albuminuries qui présentent un cycle particulier se renouvelant tous les jours avec des maxima variant peu.

Le cycle urologique contient quatre périodes : la première caractérisée par une crise uroérythique, la seconde par une crise urobilique, la troisième par une crise albuminurique, la quatrième par une crise urique et uréique.

On observe en général de l'oligurie pendant le jour, surtout au moment où l'urine est sécrétée, et au contraire de la polyurie nocturne. Les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour.

Il faut noter l'absence de cylindres dans les urines. La toxicité urinaire serait, d'après Teissier, très élevée dans les albuminuries intermittentes fonctionnelles; il y a, au contraire, hypotoxicité dans les albuminuries rénales.

Les principales variétés d'albuminuries intermittentes fonctionnelles sont : l'albuminurie cyclique prégoutteuse,

l'albuminurie hépathogène, les albuminuries digestives, l'albuminurie orthostatique d'origine mécanique; l'albuminurie prétuberculeuse.

Le pronostic et l'évolution des albuminuries fonctionnelles sont beaucoup plus favorables que pour les albuminuries rénales. La guérison a été observée dans 78 p. 100 des cas. L'albuminurie disparaît dans un laps de temps variant de deux à trois ans.

L'influence de l'albuminurie intermittente fonctionnelle sur les grossesses est intéressante à étudier. Les faits observés à cet égard sont très rassurants. Un fait domine l'étiologie des albuminuries fonctionnelles : c'est la notion de leur caractère familial, et l'influence prédominante de l'hérédité.

Pour expliquer ces albuminuries intermittentes fonctionnelles, deux théories pathogéniques sont en présence.

Dans la première on incrimine la présence, dans le sang, d'albumines anormales d'origine digestive ou hépatique ou dyscrasique, albumines pouvant dialyser à travers un rein sain.

Dans la seconde théorie, on admet l'action irritante passagère sur l'épithélium rénal soit de matières extractives en excès, soit de poisons d'origine digestive ou dus au fonctionnement anormal du foie; cette théorie entraîne comme conséquence l'existence d'une altération rénale tout à fait transitoire, qui ne survit point à la cause qui l'a produite.

L'albuminurie dite orthostatique a été expliquée par des théories pathogéniques différentes : la théorie nerveuse et la théorie mécanique.

Dans les albuminuries intermittentes fonctionnelles le traitement paraît très limité.

M. GASTOU fait remarquer que, chez les enfants atteints d'albuminurie intermittente fonctionnelle à caractère familial, la scarlatine a amené momentanément la disparition de l'albumine, albumine qui a reparu cependant après la guérison. Il est facile d'expliquer ces faits par le décubitus dorsal.

Au point de vue de la pathogénie, il existe chez ces familles des antécédents arthritiques et surtout des antécédents nerveux des plus nets, qui se caractérisent par des tics et des crises nerveuses.

Les antécédents rénaux de l'albuminurie sont à rapprocher des signes hépatiques, pulmonaires et cutanés, qui accompagnent, précèdent ou suivent l'albuminurie. N'y aurait-il pas là un ensemble de phénomènes vaso-moteurs en rapport avec l'état spécial du système nerveux qui caractérise les neuro-arthritiques et leur descendance?

Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie.

M. SAQUET (de Nantes), rapporteur.

La scoliose essentielle ou idiopathique est constituée par une déviation latérale de la colonne vertébrale. L'emploi des mouvements dans le traitement de la scoliose était déjà recommandé par Bouvier et Bouland. Actuellement, cette thérapeutique est passée dans la pratique courante et le professeur Kirmisson s'est adjoint, pour surveiller l'exercice et les mouvements, un gymnaste diplomé de Stockholm.

La gymnastique suédoise dose l'exercice et la localise. C'est à Fernand Lagrange que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette méthode qui n'est nullement empirique puisqu'elle s'est appuyée dès le début sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie.

Dans les déviations dorsales, il est très important de surveiller la mobilité des épaules, car la déviation de la colonne vertébrale est en relation directe avec la raideur de l'articulation scapulo-humérale. Si on parvient à assouplir cette articulation, l'amélioration de la scoliose s'accentue : pour cela, les mouvements des bras ont une grande importance.

Il est de la première nécessité d'intéresser les malades à leur traitement. Les enfants intelligents et adroits guérissent plus vite. Il est utile d'employer une glace comme moyen thérapeutique pour que l'enfant voie les mouvements qu'on lui imprime et puisse de lui-même corriger les attitudes défectueuses.

La suspension cervicale, primitivement faite avec appui des mains du gymnaste sous la nuque et le menton, s'effectue mieux avec l'appareil de Sayre. Elle corrige complètement la flexuosité de la scoliose au premier degré, il ne faut pas la prolonger plus d'une minute et il sera toujours plus actif de faire pratiquer l'auto-suspension par le sujet et de lui faire tirer sur la corde avec le bras en l'air du côté de la plus grande convexité.

La suspension par les bras allongés ne donne pas d'aussi bons résultats correctifs que la suspension par le cou. Ce mouvement hausse les épaules et donnerait une attitude disgracieuse à la longue et il est fatigant si les pieds ne sont pas appuyés.

Dans la suspension par les bras en position rectangulaire, la position est meilleure parce que les omoplates n'ont pas à s'écarter et que cette attitude renforce les muscles qui les rapprochent de la colonne. Il faudra surveiller que la respiration se fasse librement pendant cet exercice.

La torsion des vertèbres est l'élément de déformation contre lequel il est le plus difficile de lutter. On a inventé une quantité considérable d'attitudes et d'appareils pour arriver à la guérison : le tabouret de Reynier est excellent. Le mieux est de faire comprendre aux déviés quelle est l'attitude qu'ils doivent prendre pour arriver à la correction.

Il ne faut pas viser uniquement la déviation. Il faut faire aussi travailler les muscles du cou, du ventre, du bassin, si utiles au maintien des muscles du dos qui en sont les antagonistes. La tenue des pieds est importante.

On a inventé la mécanothérapie pour économiser les forces du médecin. Il faut un énorme outillage et une surveillance parfaite. Quant au massage par machines, il est mauvais et brutal.

Le massage est très important dans les scolioses, mais il est à lui seul insuffisant : la kinésithérapie comprend le massage, la mobilisation, les exercices actifs et les exercices à résistance. L'électricité est moins efficace que le massage seul et doit être considérée comme superflue.

Dans le traitement de la scoliose, il faut se souvenir que cette affection abandonnée à elle-même ne peut guérir et que le mal s'aggrave à la puberté.

On doit surveiller les attitudes de lecture, d'écriture et de travail : il faut recommander l'écriture droite, le repos dans la journée le dos appuyé dans un fauteuil convenable ou étendu sur un meuble dur.

Il ne faudra pas conseiller le repos prolongé, qui n'a jamais fortifié personne.

Le lit devra être dur, sans oreiller ni traversin.

Le rapporteur n'est pas du tout partisan des corsets orthopédiques.

Parmi les sports, la natation à la façon de la coupe, la

bicyclette le bras surélevé du côté concave, le billard chez les garçons dans la scoliose à convexité droite, le croquet, le lawn-tennis modéré seront permis. Il faudra défendre l'escrime et la marche sur le sable sec.

La gymnastique libre jouit en Suède d'une grande vogue comme prophylactique des déviations de la taille. Cependant, Wide reconnaît que ce n'est pas un moyen infaillible, ce qui n'a rien d'étonnant, mais il lui accorde cependant une grande valeur pour ce but.

Comme il est reconnu par tous que la gymnastique française est plutôt une méthode athlétique, souvent déformante et nullement physiologique, il serait à désirer que la gymnastique pédagogique suédoise se répandît dans notre pays pour la remplacer, au moins chez les enfants.

La kinésithérapie est l'art de traiter les maladies par le mouvement.

Pour le traitement de la scoliose, on devra employer la gymnastique orthopédique suédoise, méthode scientifique qui a fait ses preuves.

La gymnastique française ou allemande est plutôt déformante; les appareils de chambre : haltères, appareils de caoutchouc, etc., sont insuffisants et souvent nuisibles.

Dans la scoliose, le meilleur des corsets ne vaut rien; c'est le résultat de l'observation des orthopédistes depuis une centaine d'années. Malgaigne a démontré jadis que le corset n'a jamais guéri la scoliose, mais amené de mauvaises attitudes.

Soignée avant la période des déformations de compensation, l'affection peut guérir si le traitement est bien dirigé; plus tard, on l'empêche de s'aggraver, on peut forcer le sujet à croître droit.

La gymnastique pédagogique suédoise a une grande utilité prophylactique et il est à désirer qu'elle se généralise.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. GASTOU étudie les **rapports de la strume et du lymphatisme avec les diathèses et les infections.** Pour lui la scrofule serait la conséquence d'infections ou d'auto-intoxications héréditaires ou acquises traduisant leur existence par les scrofulides qu'il oppose aux syphilides et aux tuberculides.

A côté de la chorée de Sydenham, de la chorée arythmique hystérique et de la chorée héréditaire décrite par Huntington, une place doit être faite à un autre type de chorée, désignée par M. Brissaud, **chorée variable des dégénérés.** M. ANDRÉ MOUSSOUS en fournit plusieurs exemples qui lui semblent rentrer dans cette catégorie.

La chorée des dégénérés s'accompagne toujours chez les enfants d'un état psychique spécial.

Emotivité, timidité, défaut d'attention. L'instabilité mentale s'associe à l'instabilité physique.

Le diagnostic avec la chorée de Sydenham et la chorée arythmique hystérique offre souvent de réelles difficultés. Le pronostic dépend uniquement du caractère plus ou moins mauvais du terrain névropathique qui a engendré la chorée.

C'est à modifier ce terrain que doit s'attacher la thérapeutique mise en œuvre.

M. JOSIAS a observé à l'hôpital Bretonneau **deux cas de nodosités rhumatismales chez les enfants,** épiphénomène du rhumatisme aigu constituant avec la chorée une des particularités les plus curieuses du rhumatisme infantile. Ces nodosités n'adhèrent pas à la peau ni aux plans profonds, toutefois leurs rapports avec le périoste peuvent faire supposer une exostose. Le début est toujours brusque, elles ne suppurent jamais. Comme phénomènes concomitants les plus fréquents : éruptions cutanées, chorée, lésions cardiaques, surtout l'endocardite assombrissant singulièrement le pronostic.

MM. RAPPIN et BERTIN fils apportent le résultat de leurs **recherches bactériologiques sur le lait livré à la consommation à Nantes.**

Pour M. LÉON CERF (d'Angers), il n'y a pas un **stridor congénital,** maladie due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec une évolution régulière. Il y a un symptôme respiration stridoreuse, pouvant être observé chez les nouveaux-nés dans plusieurs états pathologiques différents. Il faudrait, pour faire de ce symptôme un exposé précis, mettre en relief les caractères qui le différencient nettement dans les diverses affections au milieu desquelles on peut l'observer, et la dissection de cette synthèse artificielle, que l'on a créée sous le nom de stridor congénital, mettrait en lumière les éléments suivants : le cornage vestibulaire congénital, le ronflement des adénoïdiens, le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique, le cornage dans l'hypertrophie du thymus, le cornage dans la laryngite obstétricale, le cornage d'origine nerveuse.

M. BOULAY (de Paris) fait une communication sur l'**occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.**

M. GUYOT (de Bordeaux) fait une communication sur le **procédé d'anastomose tendineuse par accolement latéral** du professeur Piéchaud.

Cette communication est exclusivement technique sur un procédé applicable à la paralysie infantile, en particulier à l'anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil. Son manuel opératoire se décompose aux temps suivants :

Premier temps. — Incision cutanée de 3 centimètres entre chacun des deux tendons que l'on doit réunir.

Deuxième temps. — Recherche des tendons après incision de l'aponévrose qui les recouvre.

Troisième temps. — Incision des gaines tendineuses pour mettre à nu les deux tendons. Cette incision doit se faire aussi près que possible de la ligne intertendineuse afin de former deux volets à base éloignée et que l'on suturera plus facilement dans le cinquième temps.

Quatrième temps. — Rapprochement des deux tendons et *avivement latéral* sur une étendue de 2 centimètres et demi environ. On sépare délicatement, avec un bistouri à cataracte, une languette longitudinale analogue à celle que l'on pratique dans la staphylorraphie en avivant les bords de la fente congénitale du voile du palais. Cet avivement doit également intéresser chacune des deux faces antérieures et postérieures. Il est pratique d'une façon égale et symétrique sur le bord conjoint des deux tendons.

Cinquième temps. — Suture tendineuse en deux plans. Les deux surfaces avivées sont rapprochées et l'on réunit, par un surjet à petits points d'abord, le bord postérieur de chaque tranche tendineuse sur toute la longueur de l'avivement.

On reproduit le même surjet à la soie très fine sur le bord antérieur. On réalise ainsi une anastomose tendineuse par accolement latéral et l'on confond ainsi d'une façon parfaite et facile les deux tendons en présence.

Sixième temps. — On enlève la bande hémostatique et on lie soigneusement tout ce qui saigne afin d'avoir une plaie aussi sèche que possible.

Septième temps. — La suture et la restauration des gaines tendineuses, se feront en suturant sur la ligne opératoire les deux volets synoviaux soigneusement repérés au moment de l'incision des gaines, suture aussi complète que possible au catgut fin. Ce temps réalisé, les tendons réunis doivent être très complètement découverts.

Cette suture des gaines réalise, en somme, la création d'un carrefour synovial où aboutissent les gaines des bouts musculaires et périphériques.

Huitième temps. — Suture au catgut de l'aponévrose, puis suture cutanée au crin de Florence.

Tels sont les différents temps opératoires du procédé de M. Piéchaud. Elle demande, pour donner des résultats sûrs et parfaits, l'immobilisation post-opératoire prolongée de la région, dans l'attitude de relâchement complet des muscles anastomosés.

Ainsi pratiquée, cette opération a donné à M. Piéchaud de nombreux et excellents résultats.

M. HALLOPEAU fait une communication sur **divers types morbides observés dans le service de dermatologie infantile de l'hôpital Saint-Louis depuis sa création en 1898.**

Enfin, M. CHAUMIER (de Tours) lit une note sur **la première dentition des rachitiques.**

M. D'ASTROS (de Marseille), montre que **l'épistaxis chez le nouveau-né** a une grande valeur séméiologique au point de vue du diagnostic puisqu'elle est toujours sous la dépendance d'un état infectieux : hérédo-syphilis ou infection septique en activité ou en puissance. Le pronostic en est grave, en raison de l'état infectieux dont elle est la manifestation.

M. D'ŒLNITZ lit une intéressante note sur les relations qui existent entre les **accidents appendiculaires et les vers intestinaux.**

M. KIRMISSON apporte un travail pour démontrer l'importance de **la radiographie dans l'étude clinique du mal de Pott.**

A propos du traitement des tuberculoses locales, M. GASTOU lit une communication qui a trait à certaines méthodes de traitement local des tuberculoses cutanées et ganglionnaires.

Chez l'enfant nouveau-né, chez tout malade à mauvais état général, il faut éviter l'hémorragie et la douleur.

Dans les cas de ganglions tuberculeux suppurés, il est une méthode médico-chirurgicale utile, employée par M. Besnier, où au curetage est jointe la cautérisation au crayon de nitrate d'argent mitigé ou au zinc. Cette méthode, bonne au point de vue hémorragie, a l'inconvénient d'être douloureuse.

Il est deux autres méthodes essentiellement médicales qui ont l'avantage d'éviter la douleur et l'hémorragie, et sont excellentes chez les enfants, mais qui conviennent surtout aux lésions superficielles : c'est l'emploi des hautes fréquences et de la photothérapie. Si les hautes fréquences ont une action curative dans le lupus érythémateux, la photothérapie semble la méthode de choix pour le lupus tuberculeux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(11 OCTOBRE 1901)

Au récent Congrès de neurologie de Limoges, le professeur Joffroy a publié l'observation de deux paralytiques généraux, chez lesquels la température descendit à 35°5, puis tomba peu à peu à 27 et à 25 degrés jusqu'au moment de la mort. Ces faits très intéressants venaient confirmer, pour la paralysie générale, les récentes communications de MM. Marie et Guillain, lesquels ont constaté dans le tabes, à l'examen systématique de la température rectale des tabétiques de Bicêtre, une hypothermie moins accusée que celle signalée par M. Joffroy, mais constante et jusqu'alors insoupçonnée. M. Souques, au nom de MM. Vaschide et Meunier, communique une note sur **les températures locales cutanées chez des paralytiques générales femmes,** chez lesquelles on observerait une dyssimétrie thermique spéciale. Ce sont des faits à ajouter au chapitre seulement entr'ouvert de la température chez les paralytiques généraux.

M. Dufour a pu faire **l'examen cytologique dans un cas de méningite chronique alcoolique,** et a trouvé des éléments cellulaires nombreux. Ceci tend à confirmer cette opinion, sur laquelle MM. Widal et Ravaut ont si longtemps insisté, que l'apparition d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien est fonction d'irritation méningée et non pas une caractéristique exclusive de la paralysie générale. Il est vrai que, dans le cas actuel, le diagnostic entre la paralysie générale et la méningite chronique alcoolique est si difficile qu'il ne faut peut-être pas se hâter de porter un jugement.

MM. Variot et Roy publient une observation, très minutieusement étudiée, de **pneumothorax survenu au cours d'une thoracentèse.** Ce sont là des faits rares sur lesquels il est bon d'attirer l'attention.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(9 OCTOBRE 1901)

On se rappelle la communication qu'a faite M. Ricard sur **la dégénérescence fibreuse du corps thyroïde** et la discussion qui l'a suivie, discussion qui a été interrompue par les vacances. M. Ricard est revenu aujourd'hui sur cette question. Il rappelle qu'il s'est trouvé en présence de deux opinions bien différentes : les uns, avec M. Delbet, ne voyaient dans ses observations que des exemples de sclérose d'origine inflammatoire ; les autres n'hésitent pas à les considérer, avec M. Poncet, comme des carcinomes fibreux. Entre ces deux opinions opposées, M. Ricard ne saurait trancher la question.

Toutefois, si ces tumeurs ont présenté une marche analogue à celles du cancer, de par leur structure histologique, de par l'absence de toute récidive, elles doivent être rangées parmi les tumeurs bénignes.

Un second point a été soulevé dans la discussion, celui de la thérapeutique. L'opinion généralement admise a été que, dans ces cas, il ne fallait pas se hâter d'intervenir. Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur la nature de ces tumeurs, on arrive à cette même conclusion ; en effet, ceux qui, avec M. Poncet, les considèrent comme des cancers, déclarent l'opération inutile, à cause de la récidive immédiate qui la suit ; ceux, au contraire, qui y voient, avec M. Delbet, des scléroses inflammatoires, pensent qu'il ne faut pas se presser d'intervenir, la guérison se faisant parfois spontanément. M. Ricard, sans vouloir clore ce débat, rappelle les trois faits qu'il a observés : le premier malade qu'il a opéré, étant chef de clinique de M. Verneuil, n'avait pas de récidive cinq mois après l'opération ; le se-

cond malade n'a pu être revu; quant au troisième malade, il a été opéré en mars dernier et jouit encore actuellement d'une parfaite santé.

Se basant sur la nature bénigne de la tumeur, plusieurs orateurs ont pensé qu'il n'était pas indiqué de faire une opération aussi grave que celle qu'a pratiquée M. Ricard chez son dernier malade. Mais sous prétexte que ces tumeurs sont de nature bénigne, faut-il les laisser étrangler les individus? faut-il attendre, les bras croisés, les accès de suffocation, la gêne de la déglutition? Bénignes par nature, ces tumeurs deviennent extrêmement malignes par leur siège, par la façon dont elles envahissent tous les tissus et compriment les organes les plus importants? On a bien proposé, dans ces cas, de faire la trachéotomie et la gastrostomie; mais est-ce vraiment là de la chirurgie. On a aussi parlé d'extirpation partielle, en se basant sur ce fait que des chirurgiens n'ayant pu mener jusqu'au bout l'ablation totale qu'ils s'étaient proposée, se sont contentés d'enlever ce qu'ils ont pu et ont obtenu une véritable amélioration. M. Ricard pense qu'on ne saurait ériger en principe cette manière de faire. En pareil cas, il faut, dit-il, ou ne rien faire ou faire l'extirpation totale. Sans doute, cette opération est difficile, elle n'est pas exempte de dangers. Aussi, est-il préférable de ne pas attendre, comme on l'a conseillé, et d'intervenir avant que tous les organes importants, la carotide, la trachée, l'œsophage, soient intéressés. Plus tôt on opère, plus on aura de chances de tout enlever et moins on aura de difficultés.

M. Poirier rapproche des faits de M. Ricard une observation analogue dans laquelle l'opération partielle lui a donné un très bon résultat.

M. Berger fait quelques réserves et ne voudrait pas voir appliquer à toutes les tumeurs de ce genre la conclusion de M. Ricard. Sans doute, quand apparaissent des troubles de la respiration et de la déglutition, mieux vaut l'extirpation que la trachéotomie ou l'œsophagotomie; toutefois, M. Berger estime qu'en présence de ces tumeurs fibreuses du corps thyroïde, il ne faut pas se hâter d'intervenir, certaines de ces tumeurs pouvant diminuer ou même disparaître spontanément.

M. Rochard a fait un rapport sur une communication de M. Frogé (de Saint-Brieuc), relative à un cas de **fracture du crâne** : il s'agit d'un homme jeune, qui reçut un coup de pelle sur la région pariétale droite : hémiplégie gauche, plaie cranienne ouverte, os dénudé, trait de fracture, le stylet pénètre dans la cavité cranienne; M. Frogé fait une trépanation et enlève des esquilles, qu'il trouve dans la substance cérébrale elle-même; le blessé guérit de son hémiplégie, mais deux ou trois mois après, il est pris d'attaques épileptiformes; deux ans après, nouvelle intervention, seconde trépanation : on ne trouve rien, mais les attaques épileptiformes n'en disparaissent pas moins complètement.

S'agit-il là d'une de ces psychoses post-opératoires, si chères à M. Picqué? Est-ce bien la trépanation qui a été la cause des accès épileptiformes? M. Rochard a beaucoup de tendance à le croire. Ce n'est pas du tout l'avis de M. Broca, qui ne voit là qu'une épilepsie d'origine traumatique.

A ce propos, M. Reclus rappelle qu'il a vu, à Bicêtre, des épilepsies disparaître momentanément à la suite de la trépanation, alors même que celle-ci n'avait révélé aucune cause de l'épilepsie.

M. Tuffier n'a jamais vu d'épileptiques guérir complètement après la trépanation, même alors qu'on a tenté de maintenir la décompression d'une façon permanente.

Signalons un rapport de M. Bazy sur deux communications de M. Dupraz (de Genève) : dans un cas de blennorragie rebelle, un malade se fait des **injections d'eau de chaux**; la miction, cela se conçoit, devint difficile et douloureuse; on ne put passer que le n° 9 de la filière Charrière. M. Dupraz eut l'idée de faire des injections d'une solution d'acide chlorhydrique au millième et cela réussit.

Dans une seconde observation, il s'agit d'un **anthrax d'origine streptococcique** chez un homme de soixante-douze ans, prétendu guéri par les injections de Marmoreck.

M. Loison vient fournir un nouvel exemple de l'utilité de l'appareil de M. Contremoulins dans la **recherche d'une balle dans la poitrine**. Bien fixé sur le siège de cette balle, M. Mignon procéda à une extraction sur le désir du malade. A ce propos, M. Reclus fait des réserves sur l'intervention chirurgicale dans ces cas.

Nous arrivons aux présentations :

M. Bazy présente un malade qui portait un **anus contre nature** au niveau d'une hernie étranglée et qu'il débarrassa de cette infirmité par une entéro-anastomose latérale faite par laparotomie.

M. Ricard a pratiqué cette opération quatre fois, et quatre fois avec succès. Voici comment il procède pour fermer ces anus contre nature : dans une première intervention, il fait la laparotomie, établit une entéro-anastomose et attend; lorsque les matières repassent en presque totalité par l'anus normal, il ferme l'anus contre nature.

M. Potherat, dans un cas de ce genre, a fait son incision sur la région inguinale, a isolé et détaché l'anse intestinale aboutissant à l'anus artificiel, a fait disparaître l'éperon, a avivé les bords et les a suturés avec un fil de lin; puis il a laissé la plaie extérieure ouverte, jusqu'à ce que le passage des matières ait été assuré.

Ainsi que l'a fait observer M. Ricard, M. Potherat a été fort heureux de pouvoir mener à bonne fin son opération : dans bien des cas, les serait lésions anatomiques rendent ce procédé impossible.

M. Albarran a présenté deux pièces anatomiques, deux reins tuberculeux, qui peuvent être considérés comme de véritables pièces à conviction en faveur de l'utilité du **cathétérisme des uretères**. Dans ces deux cas, en effet, il s'agissait de reins très manifestement tuberculeux; l'un d'eux même présentait plusieurs cavernes. Or, dans ces deux cas, aucun symptôme ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic; le cathétérisme des uretères, seul, a permis à M. Albarran de faire le diagnostic et de poser l'indication opératoire. Quand on examine ces reins on ne peut s'empêcher de reconnaître que leur ablation était vraiment bien indiquée. L'utilité du cathétérisme de l'uretère est donc indéniable. Il est regrettable seulement que ce procédé ne soit pas à la portée de tous les praticiens.

MÉDECINE PRATIQUE

L'empoisonnement aigu par la cocaïne.

La cocaïne commence à être considérée par la plupart des auteurs comme un merveilleux agent d'anesthésie. Mais elle donne souvent lieu à des accidents, quel que soit d'ailleurs le mode d'introduction du médicament dans l'organisme : instillations, injections intra-dermiques, injections sous-

arachnoïdiennes, etc. C'est à l'étude de ces accidents d'intoxication que M. E. Bour vient de consacrer sa thèse inaugurale (1).

Les phénomènes d'intoxication surviennent surtout chez l'enfant, chez le vieillard et chez les névropathes ; elle est favorisée par certains états physiologiques, tels que le jeûne. Aussi M. Reclus a-t-il écrit justement : « Il vaut mieux que le malade ne soit pas à jeun : il doit, au cours de l'opération, prendre quelques gorgées de café et de liqueur ; pour éviter la syncope, il sera couché et le décubitus horizontal sera maintenu deux ou trois heures après l'intervention ; la solution sera fraîche et préparée depuis deux ou trois jours au plus : son titre invariable sera de 1 p. 100 ; les doses habituelles de cinq à dix centigrammes. » Les badigeonnages, les applications locales sur les muqueuses sont souvent suivis d'accidents, et parce que les muqueuses absorbent très vite et parce que, par ces procédés, il est difficile de se rendre compte de la quantité d'alcaloïde que l'on utilise.

Les applications locales de cocaïne dans l'urètre sont l'origine de fréquentes intoxications, et, sur neuf cas rapportés par M. Bour, la moitié se termina par la mort. Cette gravité tient aux quantités de liquide qu'il faut pour obtenir l'anesthésie de tout le canal et d'une partie de la vessie : la muqueuse, de plus, n'est pas toujours saine, la région est très vasculaire, et les bulbes caverneux, qui se chargent d'une diffusion rapide de la cocaïne, constituent un voisinage dangereux.

Sur soixante-neuf cas (dont quinze par rachicocaïnisation) relevés par l'auteur, il reste dix cas mortels : deux par injection, cinq par applications locales, une seule par injection intradermique. Mais, en aucune façon, dans aucun de ces cas, la technique ne s'est montrée en défaut. Les doses ont agi de la façon la plus variable, et il faut reconnaître, une fois de plus, combien, dans l'étude de l'empoisonnement, les susceptibilités individuelles doivent entrer en ligne de compte. Une autre cause doit intervenir, c'est la question de l'organe ou du tissu qui reçoit la cocaïne. L'estomac à jeun absorbe plus vite, car la solution ingérée ne peut se diluer et se perdre en quelque sorte au milieu de la masse alimentaire pendant la digestion. De même une muqueuse très vascularisée est plus dangereuse. Enfin, la question de l'attitude pendant l'anesthésie, pendant et après l'opération est des plus importantes, car la vaso-constriction retentit surtout sur l'encéphale ; les symptômes observés en cas d'accidents traduisent tous la vaso-constriction encéphalique. La peur, comme l'a démontré Mosso, déterminant toujours une vaso-constriction généralisée, il est logique d'admettre, les accidents se produisant le plus souvent chez des névropathes, que ces deux éléments, l'intoxication et la peur, s'associent pour déterminer la vaso-constriction encéphalique et par suite la syncope.

La symptomatologie de ces accidents est simple : la mydriase, la tachycardie, les fourmillements dans les membres, l'état vertigineux, la tendance aux syncopes, la caractérisent suffisamment. Quant au traitement, il consiste d'abord à coucher le malade s'il ne l'est pas, à donner ensuite un vaso-dilatateur énergique tel que le nitrite d'amyle, à favoriser enfin, par les méthodes habituelles (frictions sur le corps, diurétiques), l'élimination du poison par les différents émonctoires.

L. B.

LE JUBILÉ DE VIRCHOW

Le quatre-vingtième anniversaire de la naissance de Rodolphe Virchow, célébré à Berlin, le 13 octobre, prend les proportions d'une manifestation grandiose, telle que Pasteur lui-même en a pu connaître.

Ces fêtes, au cours desquelles le buste de Virchow a été solennellement inauguré à l'Institut de pathologie et à la suite desquelles il a reçu de l'empereur Guillaume II la grande médaille d'or pour les sciences, ont réuni un grand nombre de savants étrangers. La France, en l'absence du professeur Lannelongue empêché, était représentée par le professeur Cornil.

Sans comparer Virchow à Pasteur, on ne saurait nier le rôle considérable qu'il a joué en Allemagne depuis près d'un demi-siècle.

Virchow, en effet, n'est pas seulement un savant illustre, il est encore un des hommes politiques les plus en vue de l'Allemagne.

Né à Schivelbein (Poméranie), le 13 octobre 1821, il commença de bonne heure ses études en médecine ; à vingt-deux ans il était docteur, à vingt-six ans, prosecteur à l'Université de Berlin.

Son rôle politique commença en 1848, où il fut élu à l'Assemblée constituante. Cette élection, invalidée, car il n'avait pas l'âge légal, lui fit perdre sa place. Faute de mieux il dut se contenter d'une chaire à l'Université de Würtzbourg.

Sa réputation ne tarde pas à forcer le gouvernement à le rappeler à Berlin, en 1856. En 1859, conseiller municipal de Berlin, il devient un des chefs de l'opposition et un adversaire redoutable de Bismarck, si bien que, peu après, il est élu député simultanément par trois collèges électoraux.

En 1892, il devient recteur de l'Université de Berlin.

Dès 1859, Virchow illustré par ses travaux sur la pathologie cellulaire appliquée à l'enseignement physiologique et pathologique était devenu correspondant de notre Académie des sciences, il était en outre commandeur de la Légion d'honneur. Nous ne pouvons oublier, nous autres Français, qu'après la guerre, malgré la pression officielle dont il fut l'objet dans son pays, il refusa d'envoyer sa démission aux sociétés scientifiques françaises dont il était membre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 OCTOBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Bezançon et Legry ; — M. Rouhaud, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Retterer, suppléant.

MARDI 22 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Launois et Broca (André).

4e (ancien régime) : MM. Proust, Vaquez et Chassevant ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Quénu et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — (2e série) : MM. Debove, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Dupré, suppléant.

2e de sage-femme (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Ribémont-Dessaignes, Bonnaire et Demelin.

MERCREDI 23 OCTOBRE, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime) : MM. Gley, Mauclaire et Guiart.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Hanriot et Wurtz ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 24 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire : MM. Poirier, Marion et Auvray.

2e (nouveau régime) : MM. Gley, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Rémy, Faure et Potocki ; — M. Méry, suppléant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime, épreuve pratique) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin.

VENDREDI 25 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Hanriot, Retterer et Langlois ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Rémy et Walther ; — (2e série) : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Legry ; — M. Widal, suppléant.

(1) Th. de Paris, 1901.

SAMEDI 26 OCTOBRE, à une heure. — 1er de sage-femme : MM. Ribemont-Dessaignes, Bonnaire et Demelin.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Launois, Widal et Gouget ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Dupré et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Proust, Achard et Vaquez ; — M. Renon, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 10 décembre prochain, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices.

Lille. — Le concours pour deux places de médecin-adjoint des hôpitaux de Lille s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Patoir, professeur agrégé de la Faculté, et Ingelrans, chef de clinique à la Faculté.

Nîmes. — Un concours pour deux places d'élève interne à l'hôpital mixte, sera ouvert, le mercredi 6 novembre prochain, devant la Commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens.

Marine. — Par décision présidentielle du 9 octobre 1901, a été acceptée la démission, offerte par M. le docteur Gallerand (Gabriel-Aimé), de son grade de médecin de première classe de réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin de deuxième classe Regnault a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de Toulon, en remplacement de M. le docteur Degroote.

— M. le médecin principal Pfihl (J.-H) a été désigné pour embarquer sur le *D'Entrecasteaux*, comme médecin de division, en remplacement de M. le docteur Gouzer.

— M. le médecin de deuxième classe Madon, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté de l'école de pyrotechnie dans ce port.

Création d'une école de médecine au Tonkin. — Le gouverneur général de l'Indo-Chine vient de décider la création à Hanoï d'une école de médecine ouverte aux indigènes de la colonie, et à laquelle serait annexé un hôpital indigène. A cette école seraient attachés deux professeurs : un médecin militaire et un médecin civil. (*Mém. de la lib.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Noël (de Nancy), pharmacien honoraire, Camille Valentin (de Nancy), décédé à Nomény ; Ballay (de Rouen) ; César (de Dijon) ; Leroy-Dupré (de Bellevue) ; Lecœur (d'Alfortville) ; Segran, médecin-major à Laon ; Allart (d'Hénu) ; Payelles (d'Almottes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Forme et fonction, leurs rapports réciproques dans l'organisme, par le professeur J. Wolff, traduction du docteur Tavel. Un vol. in-8°, 48 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 120. — JEUDI 17 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1901. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — De l'emploi du sucre contre l'inertie utérine, par M. Lop (de Marseille). — Symptomatologie des polynévrites blennorragiques, d'après M. E. Adeline. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Thyroïdite aiguë compliquant la fièvre typhoïde; — *Ophtalmologie :* Paralysie traumatique du petit oblique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DE L'EMPLOI DU SUCRE CONTRE L'INERTIE UTÉRINE

Par M. Lop (de Marseille).

Dans la *Semaine médicale* de 1894, le professeur Bossi (de Gênes) signalait les bons effets du sucre contre l'inertie utérine; l'année dernière le docteur A. Payer, après de nombreux essais faits à la cl nique obstétricale de Gratz, conclut que le sucre est réellement efficace pour réveiller et activer les contractions utérines.

Je ne sais si, depuis, d'autres recherches ont été entreprises pour vérifier les assertions de MM. Bossi et Payer, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'en Provence, à Marseille en particulier, les sages-femmes ont l'habitude, de temps immémorial, de faire manger du sucre à leurs clientes quand les douleurs de la période d'expulsion se ralentissent et immédiatement avant la délivrance, afin de hâter l'expulsion du délivre.

Cette coutume, j'ai pu m'en assurer à maintes reprises, est très connue dans le public et les clientes sont les premières à réclamer *leur sucre*. J'ai souvenance, en 1894-1895, accouchant des parentes auprès desquelles se trouvaient toujours de vieilles tantes à moi, avoir vu l'une d'elles placer du sucre à la portée de l'accouchée et le lui faire manger aussitôt après la sortie de l'enfant. A ma question lui demandant quelle vertu elle attachait à ce sucre (huit à dix morceaux croqués avidement) elle me répondit : « Le nourriment sort ainsi, de suite, l'on m'en a donné à tous mes accouchements ». Elle avait alors soixante et onze ans et avait été accouchée par le professeur Villeneuve.

Je me suis trouvé en maintes occasions avec deux accoucheuses âgées, très habiles, Mmes Germain et Deleuil (cette dernière récemment décédée), ces deux sages-femmes donnaient et Mme Germain donne encore du sucre contre l'inertie du travail et de la délivrance et s'en trouve toujours très satisfaite.

Je n'ai personnellement aucune expérience à cet égard, mais après les déclarations de deux accoucheurs de la valeur de MM. Bossi et Payer, j'ai tenu à faire connaître cette coutume locale dont l'efficacité, consacrée par l'usage, semble, par les recherches scientifiques entreprises à Gênes et à Gratz, ne pas devoir être mise en doute. En tout cas, son innocuité est certaine et mérite d'être retenue.

SYMPTOMATOLOGIE DES POLYNÉVRITES BLENNORRAGIQUES

D'après M. E. Adeline (1).

L'histoire des accidents nerveux de la blennorragie commence avec Peter. En 1866, cet auteur publie, dans l'*Union médicale*, l'observation d'un malade qui, à la suite d'une blennorragie, présenta des symptômes relevant d'une détermination nerveuse peut-être névritique : parésie des membres inférieurs, sciatique double, troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité sur toute la surface des membres inférieurs.

De longues années s'écoulent sans que paraissent de nouvelles observations de polynévrites gonococciques. En 1887, Charcot cite bien une observation de troubles nerveux d'origine blennorragique, mais ces troubles, comme ceux relatés dans les cas de MM. Hayem et Parmentier, relèvent selon toute vraisemblance d'une myélite transverse. En 1890, M. Panas publie un cas curieux de névrite optique survenue au cours de la blennorragie et discute, à cette occasion, les rapports de ces deux affections.

En 1891, M. F. Raymond donne, dans la *Gazette médicale de Paris*, une observation d'arthropathies multiples et d'atrophie musculaire généralisée au cours d'une blennorragie, M. P. Raymond, dans une Revue générale parue ici même sur les *Complications nerveuses de la blennorragie* (2), émet avec quelques réserves l'hypothèse de névrite blennorragique. « La nature infectieuse de la blennorragie, dit-il textuellement, permet par induction de croire à la névrite, mais enfin le fait n'est pas démontré, et c'est là une pure hypothèse. » — Et, à un autre endroit, M. P. Raymond note que, « à côté des amyotrophies régionales en rapport avec les articulations atteintes, il est des atrophies diffuses en quelque sorte, affectant différents groupes musculaires, sans rapport apparent avec les arthropathies et s'accompagnant de phénomènes nerveux, d'où un ensemble qui diffère notablement de ce que l'on voit habituellement. » Bien qu'il soit peut-être téméraire de se prononcer, on peut se demander si, dans ces lignes, l'auteur n'a pas eu en vue des cas observés par lui de polynévrite blennorragique.

(1) Th. de Paris, 1901.
(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 103.

La même année, M. Fischel, sous le titre de : *Une complication rare de blennorragie*, décrit un ensemble de symptômes que l'on rattacherait aujourd'hui sans hésiter à une névrite auditive. C'est encore en 1891 que paraît, dans la *Revue de médecine*, le très important mémoire de MM. Spillmann et Haushalter : c'est à ces auteurs que revient incontestablement le mérite d'avoir, les premiers, publié deux observations incontestables de névrites survenues au cours de la blennorragie. En 1892, M. Raynaud revient, dans la *Revue de médecine*, sur les *Manifestations spinales et les névroses dans la blennorragie*, et donne une observation nouvelle de polynévrite.

La thèse de Cros, soutenue à Montpellier en 1893, constitue le premier travail complet sur le sujet qui nous occupe. Cet auteur cite quatre observations de polynévrite blennorragique retrouvées par lui dans la littérature médicale et fournit une observation personnelle intitulée : *Pseudo-tabes blennorragique et névrite optique*. Il admet que la rareté de cette complication n'est qu'apparente et que, lorsque l'attention sera attirée sur ce sujet, les cas observés se multiplieront; aussi conclut-il nettement que la blennorragie peut produire des névrites périphériques localisées ou généralisées. La même année, Pombrack publie, in *Wratch*, une observation incontestable de polynévrite gonococcique et affirme, avec l'auteur précédent, que certains cas de paralysie dans la blennorragie peuvent être rattachés à une névrite aiguë.

L'attention commence à être attirée sur le sujet. Souplet étudie la *Blennorragie maladie générale*. Dourdoufi propose de réunir, sous le nom de *blennorragisme*, toutes les affections ayant pour origine le contage blennorragique. En 1894, Tambourer affirme l'existence de névrites toxiques au cours de la chaudepisse. L'année suivante, M. Panas publie un nouveau cas de névrite optique au cours de la blennorragie. En 1897, l'importante thèse de M. Lévy sur les *Accidents nerveux au cours des arthropathies blennorragiques* conclut qu'il existe un syndrome morbide caractérisé par une amyotrophie, précédée par de la paralysie et se généralisant rapidement, déterminant en outre des troubles trophiques et une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée : c'est la polynévrite blennorragique. En 1898, MM. Allard et Meige donnent, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, la relation d'un cas intéressant de polynévrite succédant à la blennorragie. La même année, M. Lustgarten consacre sa thèse aux *Complications nerveuses de la blennorragie* et accorde aux polynévrites blennorragiques l'honneur d'un chapitre spécial. Depuis, les observations de Lesser (1899), de Kiembock (1900), de MM. Raymond et Cestan (1901), l'excellente Revue générale de M. G. Delamare parue en cette même place (1) permettent de donner une description d'ensemble des névrites blennorragiques.

Combien de temps après la blennorragie débutent les accidents nerveux? La polynévrite accompagne-t-elle l'infection ou bien ne se produit-elle que plus ou moins longtemps après la blennorragie?

Comme les polynévrites diphtérique, grippale, typhique, etc., la polynévrite blennorragique est un accident tardif, mais la date du début varie à l'extrême suivant les différents cas. *C'est huit jours après* le début de la blennorragie qu'apparaissent les premiers symptômes dans une observation de M. Lévy, dans l'observation de Pombrak, dans la première observation de MM. Spillmann et Haushalter.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 57, p. 549.

Un délai de *quinze jours* est noté dans l'observation de MM. Allard et Meige; dans la deuxième observation de MM. Spillmann et Haushalter, un délai de *trois semaines*. *Sept semaines* s'écoulent, dans la première observation de l'auteur, entre le début de la blennorragie et l'apparition des accidents nerveux. Enfin, la période la plus longue qui soit notée a été de *sept mois*, dans l'une des observations de M. Lustgarten.

Ainsi le laps de temps nécessaire à la constitution des lésions nerveuses de la polynévrite peut varier de huit jours à sept mois et, dans aucun cas, on n'a noté la coïncidence de la blennorragie aiguë et de la polynévrite. D'où cette première conclusion extrêmement importante au double point de vue diagnostique et thérapeutique, c'est que *la polynévrite constitue toujours une complication tardive de la blennorragie.*

Quel a été le mode de début de la polynévrite gonococcique?

Dans la plupart des cas, l'existence d'une arthrite antécédente semble avoir été la cause *au moins apparente* de la polynévrite.

Les premiers symptômes apparaissent généralement au niveau des membres inférieurs et sont caractérisés au point de vue sensitif par des douleurs fulgurantes (Lustgarten), articulaires (Pombrak, Spillmann et Haushalter, Allard et Meige), lombaires (Raymond et Cestan). Les fourmillements débutant par les pieds et gagnant progressivement toute l'étendue des membres inférieurs sont signalés dans la première observation de MM. Raymond et Cestan.

L'apparition des troubles moteurs est généralement précoce. C'est ainsi que, dans les deux observations de M. Adeline, comme dans celle de M. Lustgarten, le développement progressif d'une parésie des membres inférieurs a suivi de près l'apparition des troubles sensitifs.

On note enfin dans la plupart des observations quelques troubles généraux caractérisés par un léger amaigrissement, une sensation de fatigue inaccoutumée, quelques symptômes gastriques, etc. Inutile de faire remarquer que l'intensité de ces phénomènes généraux varie avec les sujets et que, alors que chez un malade ils sont très effacés et passent presque complètement inaperçus, chez tel autre, au contraire, ils dominent le tableau clinique et obligent le malade à venir consulter le médecin. En somme, *le plus souvent phénomènes généraux et locaux coïncident, les premiers variables en intensité, les seconds caractérisés surtout par des troubles de la sensibilité et de la motricité.*

Il convient de signaler les *modifications qu'a pu apporter à l'écoulement l'apparition de la polynévrite*. Les troubles nerveux ne paraissant que bien longtemps après le début de la blennorragie, ce point essentiel n'est pas noté avec précision dans la plupart des observations. Cependant, dans la première observation de l'auteur, on note expressément que la réapparition de l'écoulement blennorragique, lequel avait cessé complètement depuis quelques jours, coïncida avec l'apparition des premiers troubles moteurs. Il est permis de penser que, dans d'autres cas, l'écoulement peut se tarir au moment même où éclate la polynévrite.

La polynévrite blennorragique possède-t-elle à la période d'état des symptômes caractéristiques?

Les *troubles moteurs*, dans la plupart des cas, ont été prédominants ou même uniquement localisés aux membres inférieurs. Ils peuvent, dans quelques cas, gagner les autres régions de l'économie. La parésie des muscles des membres

supérieurs, des muscles du tronc, des muscles de la face, même, a été signalée par différents auteurs. Mais, le plus souvent, les troubles moteurs prédominent aux membres inférieurs, frappant surtout le groupe antéro-externe de la jambe.

L'*atrophie musculaire* suit presque toujours la paralysie. Les secousses fibrillaires au niveau des muscles en voie d'atrophie sont signalées par MM. Lévi, Allard et Meige. Comme dans les autres polynévrites, on peut noter l'existence de rétractions fibro-tendineuses, rétraction de l'aponévrose palmaire, rétraction du tendon d'Achille, etc.

Les *troubles de la sensibilité* présentent ici les caractères habituels de ceux observés dans les polynévrites. Au point de vue des troubles subjectifs, les fourmillements et engourdissements sont signalés dans la majorité des observations; ils prédominent parfois aux extrémités des membres. Les douleurs spontanées présentent des caractères variables : elles sont lancinantes, aiguës, étendues à toute la surface des deux membres inférieurs dans les deux observations de MM. Spillmann et Haushalter, dans l'observation de M. Pombrak, fulgurantes dans l'observation de M. Lustgarten, etc.

On trouve noté dans toutes les observations un symptôme absolument capital dans l'histoire des polynévrites, *la douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs*, douleurs à la pression des muscles du mollet et de la cuisse, douleurs provoquées par la compression du nerf sciatique ou son élongation (signe de Lasègue), etc. Enfin, il n'est pas d'observation où l'on ne signale avec insistance l'hyperesthésie extrême de tout le revêtement cutané.

La sensibilité au tact, à la piqûre et à la température est normale dans les observations de MM. Spillmann et Haushalter, de Pombrak, de Lévy et dans celles de MM. Raymond et Cestan, à peu près normale dans l'observation de MM. Allard et Meige. Cependant, dans quelques cas, on note de l'anesthésie plantaire. Seuls MM. Raymond et Cestan indiquent l'état des sensibilités articulaires et musculaires, d'ailleurs normales.

Les *réflexes tendineux* sont le plus souvent diminués ou même abolis. Les *réflexes cutanés*, au contraire, sont ordinairement exagérés ou normaux.

Rien de particulier à signaler au chapitre *troubles trophiques* : la cyanose, l'œdème, le refroidissement des extrémités, la sécheresse et l'apparence squameuse de la peau sont signalés dans la plupart des observations. Les troubles trophiques graves tels que l'escare sacrée ne sont signalés que dans deux observations : celle de MM. Spillmann et Haushalter et celle de Pombrak. En somme *dans les polynévrites blennorragiques les troubles trophiques légers sont la règle, les troubles trophiques graves l'exception.*

Quant aux *réactions électriques* nous n'en dirons que quelques mots : la réaction de dégénérescence est notée dans l'observation XII de M. Lévy au niveau des masses musculaires des membres inférieurs; dans l'observation XXI de MM. Raymond et Cestan, elle fut notée au niveau des muscles de la face. Mais, dans la plupart des autres observations, il n'existait que de simples modifications quantitatives des excitabilités faradique et galvanique, sans que la secousse musculaire, provoquée par le courant, soit sensiblement plus lente et plus paresseuse qu'à l'état normal.

Les *troubles sphinctériens* ne sont notés dans aucune des observations. Leur absence indique bien l'intégrité de l'axe nerveux et la localisation exclusive des lésions sur les nerfs périphériques, bien que, dans certains cas de polynévrite, on ait noté des troubles incontestables du côté des sphincters. Dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, il y avait un état mental très particulier qui intervenait certainement dans la production de ces troubles.

C'est qu'en effet les *troubles intellectuels*, les troubles de psychose polynévritique, font absolument défaut dans toutes les observations. Et il faut poser en principe, jusqu'à nouvel ordre, que la polynévrite blennorragique n'est pas une de celles qui retentissent sur les fonctions intellectuelles.

La blennorragie est encore capable de localiser son action sur les nerfs bulbaires, sur le facial et sur le vague (observation de MM. Raymond et Cestan) et de déterminer des troubles correspondants.

L'*état général* au cours des névrites blennorragiques est souvent altéré : l'amaigrissement, la pâleur des téguments, l'existence d'un léger état fébrile et même, dans des cas exceptionnels, d'une véritable cachexie suffisent à démontrer que la polynévrite n'est pas simplement une maladie locale, mais que son évolution s'accompagne, dans la plupart des cas, d'une véritable déchéance de l'organisme.

La gravité de ces troubles généraux varie d'ailleurs avec l'intensité de la polynévrite. La *marche* de cette affection est en effet éminemment variable suivant les cas. Dans l'observation de Pombrack, la mort est survenue à la suite d'un phlegmon consécutif lui-même à une escare sacrée. Les sujets de toutes les autres observations ont guéri, au bout d'un temps plus ou moins long, des conséquences variées de leur polynévrite. Dans un seul des cas l'évolution de la maladie a présenté un type spécial : c'est dans la première des observations de MM. Raymond et Cestan, où les accidents d'abord localisés à l'extrémité des membres inférieurs ont gagné progressivement les jambes, les cuisses, le tronc, les membres supérieurs et la face. Cette évolution, que sont venus terminer les accidents cardio-pulmonaires, rappelle absolument l'affection que l'on a décrite sous le nom de paralysie ascendante.

Relativement à *sa forme*, la polynévrite blennorragique peut être surtout sensitive ou surtout motrice, dans la plupart des cas elle est mixte. Il existe peu d'observations où les polynévrites aient frappé uniquement le système moteur ou le système sensitif et la formule schématique actuellement la plus exacte consisterait peut-être à dire que la *polynévrite gonococcique est mixte avec prédominance des troubles sensitifs.*

La *durée* de la névrite est éminemment variable. Elle est toujours longue et, pendant des mois entiers, le malade conserve des troubles sensitifs ainsi que l'atrophie musculaire ; trop heureux si, au bout de ce temps, il ne lui reste aucun reliquat de sa maladie.

Les lignes précédentes nous dispenseront d'entrer dans de longs détails au sujet du *pronostic*. Retenons seulement cette notion que ce dernier est généralement bénin et que l'apparition même d'une complication grave telle que congestion pulmonaire et tachycardie n'implique pas nécessairement une issue fatale.

Pour ce qui a trait au *diagnostic*, il convient de rappeler les règles suivantes : avant de poser le diagnostic de névrite multiple d'origine blennorragique, il faudra *s'assurer d'abord qu'il n'existe aucune lésion articulaire capable d'expliquer l'amyotrophie*, et rechercher ensuite si les symptômes observés ne seraient pas, avec plus de vraisemblance, attribuables à une

méningo-myélite. Nous voulons faire allusion ici à l'exagération des réflexes tendineux et à la trépidation spinale, tous signes dont la constatation répétée exclut définitivement l'hypothèse de polynévrite. Dans un autre ordre d'idées, il faudra toujours éliminer soigneusement l'ataxie locomotrice. Et c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces règles élémentaires de diagnostic qu'un certain nombre d'auteurs ont fait rentrer dans le cadre de la polynévrite blennorragique des atrophies réflexes, des myélites transverses d'origine blennorragique, et même de véritables tabes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(15 octobre 1901)

Nous entrons dans la série des rapports officiels : rapport général sur les **eaux minérales**, par M. Laveran ; rapports de M. Sevestre sur le **prix Alvarenga** ; de M. Huchard, sur le **prix Meige** ; de M. Brouardel, sur le **prix Clarens**.

La parole est donnée ensuite à M. Ehrmann (de Mulhouse), pour la lecture d'un travail sur la **palatoplastie en deux temps**.

L'auteur a, depuis 1893, pratiqué la palatoplastie en deux temps chez 41 sujets. Les résultats obtenus sont : mort, 0 ; insuccès complet, 1 ; guérison d'emblée, 27 ; guérison après opérations complémentaires, 13.

Le procédé en un temps a été pratiqué sur 85 personnes. Les résultats ont été : 5 morts ; 8 insuccès ; 39 guérisons d'emblée ; 29 guérisons après opérations complémentaires ; 4 fistules latérales : 2 guérisons.

On a reproché au procédé à deux temps d'exiger deux opérations et deux chloroformisations. A cela on peut répondre que la deuxième intervention n'est pas très douloureuse puisque, chez l'adulte, on peut la pratiquer sans chloroforme. Mais surtout il convient d'insister sur ce que, dans le procédé en deux temps, les suites opératoires sont plus simples, surtout en ce qui concerne l'hémostase et le shock.

M. Vallin a présenté, au nom de M. Brault, professeur de pathologie exotique à l'école d'Alger, une observation de **fièvre bilieuse hémoglobinurique en Algérie**. Le fait concerne un malade qui n'a jamais quitté l'Algérie. Les cas autochtones de cette affection sont extrêmement rares dans notre colonie.

Le malade n'avait pris qu'un seul gramme de sulfate de quinine dans les jours ou les semaines qui ont précédé l'attaque. Contrairement aux assertions de Koch, l'emploi modéré de la quinine paraît avoir contribué à la guérison.

En outre, M. Brault a trouvé, dans le sang du malade, des corps sphériques de l'hématozoaire de Laveran, en même temps qu'une lymphocytose manifeste avec de grands monucléaires à noyau en fer à cheval contenant du pigment, qui semblent affirmer la nature paludéenne de cette fièvre hémoglobinurique.

M. Josias donne lecture d'une note sur le **traitement du tétanos par la méthode de Baccelli** (injections d'acide phénique). C'est une étude expérimentale dont voici le résumé :

En 1888, au premier Congrès italien de médecine interne, le professeur Baccelli appela l'attention des médecins sur un nouveau mode de traitement du tétanos confirmé. Ce traitement consiste à faire au malade des injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'acide phénique pur, en solution aqueuse de 2 ou 3 p. 100 ; on peut injecter chaque jour, en quatre, six ou huit injections, jusqu'à 30 centigrammes et plus d'acide phénique pur. Le traitement doit être continué jusqu'à guérison complète.

En France, le traitement de Baccelli a été rarement employé.

M. Josias n'a pu relever que quelques cas d'ailleurs suivis de guérison. Mais il discute ces faits et montre qu'il est bien difficile, dans ces cas, de pouvoir attribuer sûrement la guérison au traitement. Il n'y a, selon lui, qu'une manière de juger la valeur de ce traitement, c'est l'expérimentation.

Déjà, MM. Courmont et Doyon ont soumis à la critique expérimentale le traitement de Baccelli ; leurs expériences les ont conduits à cette conclusion que les injections d'acide phénique n'ont aucune action utile contre le tétanos expérimental ; que, bien plus, l'imprégnation préalable d'acide phénique paraît activer la marche de ce tétanos.

MM. Courmont et Doyon semblent ne s'être pas préoccupés de la dose de toxine injectée pour provoquer le tétanos.

M. Josias s'est efforcé d'éviter ces objections et de réaliser dans la mesure du possible les conditions les plus favorables aux bons effets du traitement de Baccelli.

Il a expérimenté sur des chèvres : la chèvre est relativement peu sensible au tétanos ; l'évolution du tétanos de la chèvre et sa gravité sont assez comparables à ce que l'on voit chez l'homme.

D'autre part, M. Nocard, dans le laboratoire duquel ont été faites ces expériences, a mis à la disposition de M. Josias une toxine tétanique dont il avait pu déterminer exactement, au cours de recherches antérieures, la dose minima toujours mortelle pour la chèvre.

Voici, très résumés, le dispositif et les résultats des deux séries d'expériences qu'il a pu faire.

Dans une première série d'expériences, la toxine mise en usage, est une toxine liquide, préparée en janvier 1901 et conservée, depuis, à l'abri de l'air, de la lumière et de la chaleur.

Un centième de centimètre cube, injecté dans les muscles d'un cobaye de 500 grammes, le rend tétanique en douze heures et le tue en trente-six heures.

La dose minima toujours mortelle pour la chèvre est de $0^{g}12$ par kilogramme.

Le 20 juin 1901, quatre jeunes chèvres reçoivent dans les muscles ischio-tibiaux de la jambe gauche, savoir :

Le n° 1	pesant	26 kg.....	$3^{cc}10$	de toxine.
Le n° 2	—	27 kg.....	$3^{cc}15$	—
Le n° 3	—	30 kg.....	$3^{cc}60$	—
Le n° 4	—	27 kg.....	$3^{cc}15$	—

Ces quatre animaux ont succombé après quatre ou cinq jours.

Cette série d'expériences montre que l'acide phénique n'a exercé aucune influence favorable sur l'évolution et l'issue du tétanos ; les animaux qui ont reçu les plus fortes doses d'acide phénique (24 et 12 centigrammes par jour) sont morts plusieurs heures avant le témoin, qui paraissait beaucoup plus malade qu'eux au moment où le traitement a commencé.

C'est la chèvre qui a reçu les plus petites doses d'acide phénique (6 centigrammes par jour) qui a résisté le plus longtemps.

Bien que la chèvre supporte impunément, pendant plu-

sieurs semaines, des doses quotidiennes de 40 à 50 centigrammes d'acide phénique pur (Nocard), peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats en injectant aux malades de plus petites doses de la solution phéniquée.

C'est ce qui a été tenté dans une deuxième série d'expériences.

Dans cette série d'expériences, l'incubation avait été plus longue et l'évolution un peu moins rapide que dans la première, la dose d'acide phénique injectée moins considérable, pour l'un des sujets le traitement avait été commencé longtemps avant l'apparition des premiers signes de la maladie, aussitôt après l'inoculation de la toxine. Néanmoins, le traitement s'est montré tout aussi impuissant.

M. Josias se croit donc autorisé à dire que le traitement de Baccelli ne semble pas pouvoir influencer favorablement l'évolution du tétanos déclaré, même quand ce traitement est institué hâtivement, dès l'apparition des premiers symptômes.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Thyroïdite aiguë compliquant la fièvre typhoïde. (M. Rickman Godlee.) — Une femme de vingt ans fut atteinte de fièvre typhoïde à la fin du mois d'octobre dernier. Vers le 20 novembre, un gonflement apparut à la partie inférieure du cou et fut bientôt suivi d'un érythème généralisé, avec prurit, qui disparut cinq ou six jours plus tard. Le gonflement s'accrut rapidement, pendant que la température atteignait 40°4 le 28 novembre et 41 degrés le 29.

La tuméfaction occupait la ligne médiane, s'étendant un peu à droite mais beaucoup plus à gauche. Il y avait une certaine difficulté à la déglutition et les tissus voisins n'étaient pas mobiles sur la tumeur. Dans les efforts pour avaler, la masse était immobile. On fit une incision sur la ligne médiane et l'on ouvrit une large cavité, contenant un liquide rouge brun, fétide, mélangé de pus et de matières fongueuses. Après un drainage méthodique, la plaie fut pansée et la malade éprouva un soulagement immédiat. La guérison fut normale.

M. Rickman Godlee distingue à ce propos trois variétés dans l'inflammation du corps thyroïde. L'une *idiopathique* est bénigne; la forme *épidémique*, décrite par les médecins militaires français évolue comme une pyrexie spécifique aiguë, à la façon des oreillons, par exemple; la forme *septique* se trouve réalisée dans l'observation rapportée plus haut. La thyroïdite aiguë suppurée a été décrite dans un certain nombre d'états infectieux : le rhumatisme articulaire aigu (8 observations), la malaria (3), la fièvre typhoïde (2), la diphtérie (2), l'érysipèle, la pneumonie. Sur 28 cas de thyroïdite aiguë, la suppuration est signalée 15 fois ; dans 6 cas, on n'en fait pas mention, dans les autres, elle n'existe pas. Cette forme suppurée paraît être spécialement en relation avec la fièvre thyphoïde et le traitement de choix est l'incision suivie de drainage. Elle apparaît généralement pendant la convalescence. Les traités classiques ne font guère mention de cette complication d'ailleurs, peu fréquente, de la dothiénentérie. [*Lancet*, juin 1901 (Clinical. Soc.).]

A. B.

OPHTALMOLOGIE

Paralysie traumatique du petit oblique de l'œil. (M. Alb. Terson.) — Les paralysies traumatiques des muscles de l'œil sont rares et, dans la majorité des cas, elles reconnaissent une origine intracranienne. Plus exceptionnellement, le traumatisme porte directement au niveau de l'insertion du muscle sur le globe oculaire. Enfin la paralysie traumatique peut suivre une violence exercée dans l'orbite, sur son rebord osseux ou sur les os de la face.

Certains cas sont frappants par leur localisation précise. Le fait suivant en est un exemple.

Il s'agit d'un garçon de treize ans auquel, en jouant, un de ses camarades d'école a donné un fort coup de tête sur le rebord inférieur de l'orbite gauche. Il s'est aperçu, quelques minutes après le coup, qu'il voyait double.

Une palpation attentive du rebord orbitaire inférieur démontre qu'une masse rénitente et douloureuse paraissant constituée par le périoste gonflé et probablement tendu par un hématome, se trouve sur le plancher de l'orbite près du milieu du rebord orbitaire et se prolonge en tous sens dans une étendue de 2 centimètres environ. De plus, le bord tranchant du rebord orbitaire inférieur présente à ce niveau une différence avec celui du côté opposé ; il y a une sorte de fêlure comme sur le rebord écaillé d'une assiette, et un point de la tuméfaction qui le surplombe est plus dur et plus douloureux, comme si la palpation portait sur une esquille déplacée.

Le malade n'a pas eu d'épistaxis. L'œil gauche est en très léger strabisme convergent.

L'œil gauche se meut normalement, sauf dans le regard en haut. L'œil se dirige toutefois en haut, mais il reste notablement au-dessous de l'œil droit dans ce regard en haut. Il s'agit donc de la paralysie d'un élévateur de l'œil gauche, du côté traumatisé et il ne peut être question que du droit supérieur ou du petit oblique qui le seconde dans l'élévation.

L'étude de la diplopie prouve qu'il y a une paralysie du muscle accessoire de l'élévation, et non du muscle principal. Dans la paralysie du droit supérieur, l'œil est dévié en bas, mais les images doubles sont superposées et croisées, le muscle droit supérieur étant légèrement adducteur en même temps qu'élévateur.

La diplopie étant homonyme, ce ne pouvait être qu'un élévateur abducteur qui était paralysé, par conséquent le petit oblique. L'image fournie par l'œil paralysé était plus haute et son extrémité supérieure était inclinée en haut et en dehors.

Au bout de deux mois, la diplopie qui, jusque-là, avait persisté dans le regard en haut poussé à l'extrême, avait totalement disparu et les mouvements de l'œil étaient redevenus physiologiques.

Les paralysies *isolées* du petit oblique, traumatiques ou spontanées, sont *extrêmement rares* et on n'a presque jamais l'occasion d'étudier ces cas dans toute leur pureté.

L'étude de ce cas prouve la réalité de la paralysie traumatique isolée du petit oblique et la possibilité de sa guérison rapide. On sait, au contraire, combien certaines paralysies traumatiques des muscles de l'œil sont tenaces et même incurables. Les paralysies traumatiques d'origine intracranienne guérissent rarement. On en a vu plusieurs cas, surtout en ce qui concerne la paralysie du droit externe, rester indéfiniment stationnaires. Mais il faut cependant conserver une certaine réserve dans l'affirmation du pronostic grave des paralysies traumatiques des muscles de l'œil, quelle qu'en soit l'origine et quel que soit le point lésé. M. A. Terson a vu, il y a quelque temps, guérir une paralysie typique de la sixième paire survenue chez un jeune homme après une chute sur le pavé, chute qui entraîna une forte otorragie.

Quoi qu'il en soit, la paralysie traumatique du petit oblique doit être *soigneusement* différenciée d'une paralysie traumatique du droit supérieur avec laquelle on la confondrait bien facilement si on se bornait à constater la déviation et la gêne dans l'élévation, sans s'astreindre à l'étude de la diplopie.

Enfin, la possibilité d'une paralysie du petit oblique doit

être régulièrement ajoutée à la symptomatologie souvent si compliquée (exophtalmie, énophtalmie, amaurose, lésions du nerf optique, etc.) des contusions et des fractures du rebord orbitaire. Ce dernier point paraît mériter l'attention des chirurgiens. (*Arch. d'opht.*, sept. 1901.) L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des prix de l'internat. — Les jurys de ces concours sont composés de la façon suivante :

Médecine. — MM. Méry, Legry, Thiroloix, Duflocq et Brun.

Chirurgie, accouchements. — MM. Delbet, Le Dentu, Auvray, Courtois-Suffit et Bouilly.

Prix Fillioux. — Le jury est composé de MM. Gouguenheim, Lermoyez, Sébileau, Josias et Tuffier.

Guerre. — Par décret rendu par le président de la République, sur le rapport du ministre de la Guerre, les médecins dont les noms suivent ont été promus aux grades énoncés ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations ci-dessous :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Duchêne, désigné pour l'état-major du gouvernement militaire et la place de Paris ; — Forgemol de Bostquenard, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Gouell, maintenu médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon ; — André, maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Nancy ; — Duléry, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Prost-Maréchal, maintenu au 125e d'infanterie ; — Bilouet, désigné pour le 29e d'artillerie ; — Pesme, pour le 4e du génie ; — Buot, pour le 71e d'infanterie ; — Mazeillé, pour le 13e d'infanterie ; — Dommartin, pour le 8e d'artillerie ; — Bordes-Pagès, pour le 142e d'infanterie ; — Odile, pour le 38e d'infanterie ; — Forgue, maintenu, hors cadres, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; — Vallois, désigné pour le 2e d'infanterie ; — Krantz, pour le 1er régiment étranger ; — Pauzat, maintenu provisoirement au 16e bataillon d'artillerie à pied.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Foley, maintenu au 25e d'infanterie ; — Oberlé, désigné pour le 103e d'infanterie ; — Lafeuille, pour le 26e d'artillerie ; — Velten et Mouly, maintenus aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Pla, maintenu au 3e zouaves ; — Romary, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Rolland, maintenu à la 1re compagnie de tirailleurs sahariens ; — Rouyer, désigné pour le 3e génie (détachement de Verdun) ; — Serre, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; — Dusolier, désigné pour le 117e d'infanterie.

— Par décision ministérielle du 12 octobre 1901, ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Bénech, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy ; Forgues, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

M. le médecin principal de deuxième classe Morer nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

MM. les médecins-majors de première classe Boullan, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Épinal ; — Béchard, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes ; — Bischoff, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Richard, pour le 28e d'artillerie ; — Ferry, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Vannes ; — Loup, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne ; — Gouillault, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Chartres ; — Leprêtre, pour le 119e d'infanterie ; — Godin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Seguin, affecté au 37e d'artillerie et détaché à la direction d'artillerie de Bourges ; — Rouffignac, désigné pour le 4e bataillon du 71e d'infanterie ; — Sabatier, pour l'École polytechnique ; — Rocheblave, pour le 14e escadron du train des équipages militaires ; — Pelegry, pour le 12e d'infanterie ; — Lichet, pour le 20e escadron du train des équipages militaires ; — Jantet, pour le 1er escadron du train des équipages militaires ; — Ferrand, pour le 21e chasseurs à cheval ; — Destrez, pour le 2e hussards ; — Moingeard, pour le 4e hussards ; — Georges, pour l'école spéciale militaire de Saint-Cyr ; — Pichon, pour le 5e bataillon du 4e zouaves, à Paris ; — Pouy, pour le 2e génie ; — Rougier, pour le 57e d'infanterie ; — Marotte, pour la direction du service de santé militaire du 8e corps d'armée ; — Lions, pour le 1er tirailleurs algériens ; — Saltet, pour l'état-major du gouvernement militaire et la place de Paris ; — Visbecq, pour les batteries à cheval du 13e d'artillerie ; — Fasquelle, nommé surveillant à l'école d'application du service de santé militaire ; — Hirtz, désigné pour le 1er d'artillerie ; — Fournié, pour le 125e d'infanterie ; — Jaffary, pour le 51e d'infanterie ; — Husson, pour le 65e d'infanterie ; — Lang, pour le 162e d'infanterie ; — Coullaud, pour le 31e d'artillerie ; — Gault, pour le 8e bataillon d'artillerie à pied ; — Guichard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Picque, pour le 116e d'infanterie ; — Bar, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Miramond, pour le 92e d'infanterie ; — Massenet, pour le 149e d'infanterie ; — Daireaux, pour le 24e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Regad, désigné pour le 55e d'infanterie ; — Massoulard et Vandenbosche, nommé surveillant à l'école du service de santé militaire de Lyon ; — Langlois, désigné pour le 6e bataillon de chasseurs à pied ; — Masson, pour le 2e zouaves ; — Bertelé, pour le 1er cuirassiers ; — Ehrman, pour le 16e dragons : — Magerand, pour le 3e dragons ; — Rhoulier, pour le 26e dragons ; — Combe, pour le 1er hussards ; — Natalelli, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied ; — Cochois, Le Dantec et Jojot pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Mordant, Viry, Leguelinel de Lignerolles et Mercier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Alix, Vergne et Pelegrin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Jullien, pour le 2e dragons ; — Thouzellier, pour le 98e d'infanterie ; — Delacroix, pour le 4e d'artillerie ; — Wyart, pour le 20e dragons ; — Lexa, pour le 6e chasseurs à cheval ; — Boppe, pour le 32e d'artillerie ; — Hahn, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied ; — Comte, pour le 18e d'artillerie.

Marine. — M. le médecin en chef de deuxième classe Frison, du port de Lorient, est désigné pour aller servir comme médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis.

— M. le médecin de deuxième classe Mielvaque, du port de Lorient, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur la *Couronne* (école de canonnage) à Toulon.

Intérêts professionnels. — M. Bousquet, directeur de l'École de médecine de Clermont, adresse aux chirurgiens des hôpitaux de province la lettre suivante :

« Messieurs et honorés collègues,

L'article IV de la loi de 1898 sur les accidents du travail a établi que les patrons étaient responsables des soins médicaux et pharmaceutiques au cas où un de leurs ouvriers serait blessé. Or, patrons et collectivités (Compagnies minières, Compagnies de chemins de fer, Compagnies d'assurances, etc.) trouvent tout naturel, pour que leurs ouvriers soient mieux soignés, de les envoyer, lorsqu'ils sont blessés, à l'hôpital régional le plus voisin. Ils acquittent alors la somme exigée par la commission administrative pour l'hospitalisation des individus étrangers à sa circonscription, et, éludant la loi, réalisent une grosse éco-

nomie en frustrant les médecins qui auraient dû soigner les malades des honoraires qui leur sont dus.

Quant au chirurgien de l'hôpital, de deux choses l'une : ou il réclame ses honoraires, cas auquel on lui oppose une fin de non-recevoir, ou il ne réclame rien ; et, dans un cas comme dans l'autre, tout est bénéfice pour celui qui devrait payer. Semblable état de choses, gravement préjudiciable aux intérêts des membres du corps médical, ne saurait être toléré ; nous n'avons pas le droit, en effet, même en n'exigeant pas d'honoraires, d'enlever à nos confrères leur clientèle. Il est de toute nécessité que nous ayons en pareille circonstance une ligne de conduite unique, et, si vous le voulez bien, nous profiterons de notre réunion annuelle au Congrès de chirurgie, pour nous entendre sur les mesures à prendre.

Si vous adoptez cette manière de voir, nous pourrions nous réunir le mardi 22 courant, à deux heures du soir, dans la salle de correspondance du Congrès.

Recevez, Messieurs et honorés collègues, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

H. Bousquet. »

La fièvre jaune au Sénégal. — L'état sanitaire à Kayes et à Saint-Louis est bon. Aucun nouveau décès dû à la fièvre jaune ne s'est produit.

Le traitement de la tuberculose par les grandes vitesses en automobile. — L'administration aurait-elle tort de réglementer la vitesse des automobiles ?

Un confrère anglais préconise, dans le *Times*, les courses en auto comme une excellente manière de pratiquer l'aérothérapie dans le traitement de la tuberculose. Il dit que les bienfaisants effets obtenus par une promenade en auto à une vitesse de 48 à 80 kilomètres l'ont vivement frappé. En même temps qu'un sentiment de vive gaieté, un accroissement d'appétit et un meilleur sommeil, elle procure une augmentation de saine chaleur qui, après un traitement de quelques jours, tend à devenir constante. La tendance à la toux est de beaucoup diminuée.

Nous ne tarderons pas, si cette assertion est vérifiée, à voir les sanatoria vraiment modernes se compléter par l'installation d'un *motodrome*. Ainsi seront conciliés les exigences de l'administration et les intérêts de la thérapeutique automobile.

Le grossissement des objets sans loupe. — Le docteur Bougon donne, dans le *Micrographe préparateur*, un moyen d'obtenir un grossissement des objets dont on voit le jour à travers, sans se servir de loupe. « Bien que ce soit très simple, dit-il, ce n'en est pas moins fort curieux. On peut obtenir, de cette façon, un grossissement de 2, 3, 4 diamètres et plus. Nous en avons fait l'expérience sur des préparations microscopiques n'exigeant pas un trop fort grossissement.

Tout d'abord, voici ce qui nous a mis sur la voie.

Nous fermons nos persiennes incomplètement, de façon à laisser entre elles une bande de lumière de quelques centimètres seulement. Il y a d'ailleurs d'autres bandes lumineuses horizontales entre leurs planchettes. Nous ouvrons nos fenêtres, qui sont munies de rideaux intérieurement. Si nous regardons les mailles du canevas des rideaux, en les reportant à ces bandes de lumière, nous voyons ces mailles d'autant plus amplifiées que nous les regardons reportées sur des bandes lumineuses plus éloignées de nous. Rien de plus facile que d'expliquer ce grossissement apparent. En effet, notre œil est le sommet d'un cône lumineux, dont les mailles du canevas sont les génératrices ; de sorte que, plus nous les reportons sur une bande lumineuse éloignée, plus la section du cône nous paraît grande. En un mot, si la maille a 2 millimètres de large, à 20 centimètres de notre œil, et si nous la reportons à une bande lumineuse située à 1 mètre plus loin, la maille paraîtra avoir 8 millimètres de large, au lieu de 2, et le grossissement sera de quatre fois. Si, au contraire, la bande lumineuse verticale est à 80 centimètres de notre œil, la maille paraîtra avoir 6 millimètres de large, au lieu de 2, et le grossissement sera de trois fois. On voit donc qu'on peut très bien se passer de loupe pour voir les objets amplifiés, d'une façon très nette et très distincte ; d'autant plus que la pièce où on se trouve est ainsi placée dans une obscurité relative, puisque les persiennes sont presque complètement fermées, et que la lumière du jour n'arrive que par des interstices étroits, entre les planchettes de ces persiennes.

Il va sans dire que ce moyen ne sera pas applicable au grossissement des corps opaques. Il n'est bon que pour les corps transparents ou pour ceux dont on peut voir le jour à travers. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 121. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 19 OCTOBRE 1901. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE... 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES (extrait du rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie), par M. A. BROCA, chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades), agrégé de la Faculté de Paris, rapporteur. — MÉDECINE PRATIQUE. Le bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques. — A PROPOS DES SANATORIA. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES (1)

Par M. A. BROCA,
Chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades),
Agrégé de la Faculté de Paris.

I

Les écrouelles sont tuberculeuses : proposition aujourd'hui incontestée, naguère encore discutée.

Or, le tuberculeux, le scrofuleux est *un malade* qui devra *toujours* être soumis à un *traitement médical*, de façon à modifier, à refaire si l'on peut ce *tempérament lymphatique ou scrofuleux* à la faveur duquel l'inoculation tuberculeuse a été fertile. La thérapeutique médicale préalable permettra souvent de diminuer l'importance de l'action chirurgicale, de l'éviter même; après l'opération, elle sera d'une utilité extrême pour assurer la solidité de la cure. De quels moyens médicaux disposons-nous?

Avant tout, nous nous efforcerons d'amender les conditions hygiéniques défectueuses grâce auxquelles, trop souvent, a évolué la lésion. Chez les enfants mal nourris, mal logés, mal aérés de la population ouvrière des grandes villes, la tuberculose ganglionnaire est banale ; de même on la voit s'abattre souvent sur les recrues arrivant à la caserne, sur les condamnés qui font connaissance avec l'hygiène plus mauvaise encore des prisons ; et à tout instant nous recevons à l'hôpital des sujets dont l'adénopathie, même fistuleuse, diminue à vue d'œil à partir du moment où ils se reposent et mangent à leur faim.

Ces conditions hygiéniques seront complétées par des actions médicamenteuses que j'énumérerai seulement : ce serait sortir de mon rôle que d'entrer dans les détails sur la manière de prescrire, d'associer et de varier au besoin l'iode, l'asenic, le fer, les corps gras, le phosphate de chaux. Je me contente d'affirmer leur utilité et d'ajouter qu'ils sont seulement adjuvants de la nourriture et de l'aération.

L'aération joue ici le rôle capital, et déjà on obtient de grandes améliorations en envoyant les citadins à la campagne, mais il est hors de doute que le séjour au bord de la mer a, de très loin, l'avantage ; à ceux qui, très rares, ne supportent pas bien le traitement maritime, conviennent certaines stations montagneuses et salines, presque aussi efficaces.

Il faut connaître cette action, souvent merveilleuse, de la mer : aidé par elle, le chirurgien obtiendra souvent à moins de frais des résultats meilleurs que les nôtres. Mais il faut aussi, par malheur, savoir s'en passer, car trop souvent, pour nos malades de la classe ouvrière, nous sommes forcés de garder à la ville des enfants pour lesquels la place manque dans nos hôpitaux maritimes encombrés ; car — et c'est là une lacune grave — aucun établissement de ce genre n'est mis à notre disposition pour les adultes parisiens. J'exprime ce regret, tout en reconnaissant qu'une fois passée l'enfance, nous avons, par ce traitement, moins de prise sur les lésions. Car, chez l'enfant, les éléments de l'organisme sont en voie de rénovation incessante et active : avec quelques années de soins, d'hygiène attentive, de saisons au bord de la mer, on change de fond en comble un tempérament, mais il faut attirer l'attention des praticiens sur ce fait que ces modifications se font à longue échéance, exigent un traitement prolongé, aussi utile aux sujets opérés qu'aux sujets non opérés.

II

Après un très rapide résumé anatomique mais suffisant pour que l'on comprenne la technique et les indications des procédés chirurgicaux, M. Broca étudie d'abord les injections modificatrices.

III

Depuis le jour où, en 1872, Luton (de Reims) a introduit dans la pratique courante les *injections interstitielles*, les substances les plus diverses ont été employées pour faire rétracter ou ramollir les ganglions tuberculeux. Teinture d'iode, nitrate d'argent, chlorure de zinc à 1/10, liqueur de Fowler ont tour à tour été vantés. Presque tous ces agents sont aujourd'hui à peu près délaissés, et au total deux seulement sont restés en faveur : l'iodoforme dissous dans divers véhicules et le naphtol camphré. La solution iodo-iodurée a quelques partisans, en Italie surtout, où on l'associe, sur le conseil de Durante, à la glycérine et au gaïacol. Quant au chlorure de zinc, on ne s'en sert presque plus jamais dans les ganglions, mais il y a quelques années Lannelongue a tenté de l'injecter autour d'eux, selon les préceptes de sa méthode sclérogène : il y a vite renoncé, la rétraction locale ne survenant pas et la périadénite étant considérablement aggravée et durcie en sorte que l'extirpation, dont Lannelongue est partisan, en devenait beaucoup plus difficile. Cette mention suffit pour les injections périganglionnaires, et je n'ai plus à parler que des injections intraganglionnaires

(1) Extrait du rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, qui se tiendra à Paris du 21 au 26 octobre 1901.

Dans les ganglions seulement hypertrophiés ou caséeux, c'est-à-dire dont on ne peut rien faire sortir par le fin trocart, on pousse de cinq à dix gouttes de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz. On renouvelle la manœuvre à intervalles variables selon la substance injectée, le résultat obtenu, les habitudes de l'opérateur : une fois par semaine, conseille Reboul, pour le naphtol camphré ; tous les jours, recommande Durante, pour la solution iodo-iodurée. Quelquefois on provoque ainsi directement la rétraction fibreuse progressive du ganglion. Cela est relativement rare pour les hypertrophies simples ; cela ne s'observe jamais pour les ganglions caséeux : l'injection active le processus de caséification et aboutit au ramollissement, à la suppuration. On rentre donc dans le cas suivant.

Quand il y a suppuration, d'un coup de trocart on vide la collection, puis on injecte le liquide modificateur. Si la peau est rouge-violacée, amincie, on évite tout ce qui peut la distendre : dès qu'elle se tend un peu, on donne un coup d'aiguille, au besoin tous les jours, et même plusieurs fois par jour, nous dit M. Calot. Autant que possible, les ponctions sont faites en des points où la peau n'est pas amincie, et on fait pénétrer obliquement le trocart dans la poche. On diminue ainsi les chances de fistulisation, mais elles restent très grandes ; ce n'est d'ailleurs pas un obstacle sérieux à la guérison.

Avec l'éther iodoformé, quelques précautions spéciales sont imposées par la volatilisation du produit à la température du corps humain. En piquant un petit ganglion dur et mobile, il peut arriver que, l'ayant transpercé d'outre en outre, on insuffle le tissu conjonctif cervical d'un emphysème ennuyeux, dû aux vapeurs de quelques gouttes d'éther Un peu d'adresse met à l'abri de cet incident. Ce qui est plus fréquent, c'est le sphacèle de la peau distendue quand on fait l'injection dans une poche superficielle : cas précisément, qui sont ceux où l'injection est le plus indiquée. Aussi aura-t-on soin, après avoir laissé les vapeurs en contact avec les parois pendant une dizaine de minutes, la pulpe du doigt faisant soupape sur le trocart, de leur donner issue presque en totalité. Cela permet d'éviter presque complètement cet inconvénient que confessent les partisans les plus déclarés de l'éther iodoformé : inconvénient sérieux, puisque la guérison sans cicatrice est le seul avantage réel de la méthode.

Croyant à l'action spécifique de l'iodoforme, certains auteurs ont proposé de remplacer, comme véhicule, l'éther par un liquide insoluble, tel que l'huile ou la glycérine : et tout récemment, par exemple, Hammerschlag a recommandé la glycérine iodoformée à 1/10. Il ne semble pas que ces solutions soient aussi actives que la solution éthérée : peut-être celle-ci pénètre-t-elle plus intimement dans les recoins, par sublimation ; peut-être aussi l'éther agit-il pour son compte. Verchère, en effet, a publié une observation fort intéressante où une injection d'éther pur a été curatrice.

Ni l'éther, ni l'iodoforme n'ont jamais été toxiques dans ces petites cavités. On peut en dire à peu près autant du naphtol camphré, malgré deux observations de Gérard-Marchant, de Ch. Monod, où les symptômes ne furent d'ailleurs pas graves. De ce côté, donc, aucun reproche à faire à la méthode : c'est par les résultats qu'elle pèche, si on lui demande plus qu'elle ne peut donner, si on nous la présente comme capable de supplanter toutes les autres thérapeutiques locales.

Dans les poches suppurées, l'injection modificatrice est le procédé de choix — et pour ma part je donne la préférence à l'éther iodoformé. Quelquefois, après une fistulette légère et vite fermée, souvent même sans cela, la cavité s'oblitère ; et, si la lésion était monoganglionnaire, on peut parler de guérison.

Mais si la lésion était polyganglionnaire, s'il y avait en même temps des fistules, ou des coques caséeuses, ou simplement de grosses masses hypertrophiques, ce n'est pas tout que de tarir une ou plusieurs collections suppurées : après cela le paquet reste. Dans quelques observations, et surtout, semble-t-il, pour le naphtol camphré, on a signalé une fonte progressive de ganglions auxquels on n'a pas touché ; mais c'est malheureusement loin d'être la règle. En fait, chaque ganglion de quelque importance a besoin, la plupart du temps, d'être traité individuellement.

D'où un premier inconvénient : la durée considérable du traitement, pendant des mois, pendant un an et plus ; en outre, la multiplicité des séances d'injection. Car si, pour faire disparaître un ganglion de médiocre volume, il faut sept à huit injections, au bout desquelles même il vaut mieux admettre une amélioration que la guérison, voyez où cela nous mène pour les gros paquets ganglionnaires. Et si nous constatons, avec les amis les plus chauds de la méthode, que la plupart du temps l'injection provoque d'abord, dans les glandes non suppurées, un abcès dont elle vient ensuite à bout, on se demande, si le procédé, excellent quand il y a déjà suppuration, n'est pas hasardeux dans le cas inverse. Car si, très souvent, un abcès proprement dit guérit avec une cicatrice punctiforme, invisible, le résultat n'est pas constant ; de temps à autre, on enregistre des fistules assez persistantes, avec cicatrice ultérieure, disgracieuse. Entreprendre, dans un paquet non suppuré, des injections interstitielles qui vont durer des mois et des mois, et se termineront peut-être ainsi, par places au moins, cela devient plus discutable. Enfin, est-il prudent d'aller à l'aveuglette avec une aiguille, à la recherche des ganglions de la chaîne profonde, quand on ne sait pas au juste de quel côté sont les gros vaisseaux ? Je ne le pense pas, et il semble que souvent on néglige ces glandes gênantes.

Quand il y a déjà des fistules, les injections interstitielles perdent beaucoup de leur efficacité.

Ainsi, pour un paquet de ganglions nombreux et non suppurés, qu'ils soient ou non fistuleux, les injections interstitielles ne me paraissent pas, quoi qu'on en ait dit, la méthode de choix. Elles peuvent, sur un malade qui a le moyen de faire des séjours prolongés au bord de la mer, et de consacrer de longs mois à se soigner, elles peuvent, dans ces conditions, rendre des services, quoique l'on soit en droit de se demander alors si le rôle principal n'est pas joué par l'hygiène générale et l'aération maritime. Car, quand nous voyons revenir à la ville des sujets atteints d'adénopathie, les récidives semblent aussi fréquentes, qu'ils aient ou non été injectés avec une substance ou avec une autre. Et d'autre part, lorsqu'en raison de l'état anatomique des lésions on ne peut songer à les guérir sans cicatrices apparentes, alors nous avons dans l'extirpation une ressource précieuse.

IV

L'*extirpation des ganglions tuberculeux* ne doit pas être entreprise de parti pris, malgré l'assertion de Hueter que cette lésion exige le fer sous forme de bistouri et non pas sous forme de pilules. Je pense même que la *grande majorité* des adénopathies tuberculeuses est justiciable du seul traitement médical, très ordinairement capable, si on peut l'instituer à temps, de nous dispenser de toute action locale, voire des injections interstitielles. Nous avons dès lors à nous demander quels sont ces cas, relativement rares, où nous sommes conduits à proposer une opération proprement dite et quelles doivent être cette opération et sa technique.

Les indications sont différentes pour les adénites suppurées et non suppurées.

I. L'extirpation, pour les *adénites non suppurées*, doit être réservée à une forme très spéciale, la *forme lymphomateuse*,

sur laquelle il faut connaître quelques mots de pathologie si l'on veut comprendre sa thérapeutique.

La plupart du temps, un ganglion tuberculeux passe à un moment donné, peu ou beaucoup, par la période caséeuse; ou bien il reste à l'état de petite glande assez molle, invisible, qu'on sent rouler profondément sous les doigts à la région cervicale, quand on « tâte le pouls » à la scrofule. Rien alors ne ressemble à une *tumeur*; mais dans les vrais paquets de ganglions strumeux, les étapes successives ont coutume d'être franchies, et les degrés d'altération divers coexistent dans le groupe atteint.

Quelquefois, il n'en est pas ainsi : un ganglion tuberculeux reste fort bien, pendant longtemps au moins, à l'une des deux premières périodes, hypertrophique ou caséeuse, à la première surtout, et l'on observe alors ces masses qui, souples et mobiles, parfois très volumineuses, ne sont attribuées à la tuberculose que depuis assez peu de temps. L'époque est près de nous, où certains auteurs défendaient encore l'hypothèse, émise par Verneuil dès 1854, de l'hypertrophie simple; d'autres incriminaient une adénite chronique non tuberculeuse, due par exemple à une carie dentaire; d'autres enfin parlaient de lymphadénome bénin. Et dans ce groupe de tumeurs ganglionnaires, capables de devenir très grosses, où la glande conservait sensiblement, au volume près, sa forme, son aspect, sa structure, régnait l'obscurité la plus grande; on ne s'y reconnaissait plus, parmi ces tumeurs tantôt sensibles, tantôt rebelles au traitement arsénical, tantôt guéries, et tantôt aggravées par l'extirpation; tout ce que le clinicien savait faire, c'était de les diviser en lymphadénomes bénins et malins, d'enregistrer par une épithète le fait accompli qu'il n'avait pas su prévoir.

La lumière commence à poindre, car on a compris qu'il fallait dissocier ce lymphadénome où l'on avait artificiellement réuni des infections diverses, polyganglionnaires et multi-régionales, des néoplasmes, c'est-à-dire de vrais lymphosarcomes, des lésions tuberculeuses enfin.

Celles-ci sont tantôt mono tantôt polyganglionnaires. Un ganglion grossit, s'aplatit un peu en galet et, tout en restant souple, peut acquérir le volume d'un œuf de poule. Le plus souvent, autour de lui plusieurs glandes se prennent, et si quelquefois le processus reste limité, quelquefois aussi s'infiltrent peu à peu tous les ganglions du cou, d'un côté d'abord, des deux parfois; et dans ce « cou proconsulaire » on voit, on touche des masses arrondies, incomptables, variant comme grosseur d'un œuf à un pois, mobile à la fois les unes sur les autres, sous la peau sur les parties profondes, souples, indolentes à la presion comme spontanément. Il est exceptionnel que ces tumeurs, quelquefois énormes, causent des troubles fonctionnels par compression des organes cervicaux — tube aérien, œsophage, vaisseaux, nerfs — et en cela elles diffèrent nettement des lymphosarcomes par lesquels, au contraire, les troubles de compression sont fréquents, précoces et graves. Fait qui tient à la dureté des tumeurs sarcomateuses, où de plus les ganglions se fixent vite à la fois les uns sur les autres et aux organes voisins : et c'est là l'élément principal de diagnostic entre le lymphosarcome et la tuberculose méconnue, à forme hypertrophique. Car, à mesure qu'on a étudié les pièces de plus près, on a reconnu que le prétendu lymphadénome bénin était en réalité une forme de tuberculose : souvent, en effet, on y trouve par places de petits points caséeux; et dans ces dernières années les inoculations au cobaye furent probantes. De même pour certaines formes où, l'hypertrophie atteignant tous les groupes ganglionnaires de l'économie, on se trouve en présence de ce que Trousseau appelait l'adénie, différente de la leucocythémie ganglionnaire par l'absence de lymphocytose. Cette pseudo-leucémie, qu'on a voulu rattacher à une « diathèse lymphogène », constitue bien certainement un groupe très artificiel dans lequel les recherches modernes affectent bon nombre d'observations à la tuberculose.

Dans cette forme, l'efficacité du seul traitement général est très médiocre sinon nulle, et quant au traitement local, les auteurs qui ont le plus étudié la question sont d'accord pour préconiser l'extirpation. Les injections interstitielles sont en effet très infidèles, et on ne s'en étonnera pas si on se souvient du temps, du nombre d'injections qu'il faut pour faire rétrocéder un seul ganglion; en outre, souvent on provoquera la suppuration, d'où une cicatrice qui d'ordinaire repose sur un reste de ganglion hypertrophié : car *dans cette forme* on n'a jamais observé la disparition complète des tumeurs.

S'exposer ainsi, après des mois de traitement, à des cicatrices, petites si l'on veut, mais multiples, pour un résultat incomplet, n'est pas recommandable. Tandis que par une incision de 5 à 6 centimètres, soit sous le bord de la mâchoire soit sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, selon le siège des ganglions principaux, on peut facilement nettoyer toute la moitié correspondante du cou en haut et en bas, en avant et en arrière. Avec les ciseaux courbes — qui par moments coupent les coques conjonctives périganglionnaires et par moments servent, comme une spatule, à énucléer — on extrait vite et sans danger, les uns après les autres, les ganglions hypertrophiés; jugulaire, carotides, nerfs sont faciles à disséquer, car il n'y a pas de périadénite. De l'index gauche qui va, fouillant la plaie, accrocher au loin les ganglions refoulés contre lui par le pouce appliqué contre la peau, on fait saillir les masses les plus profondes; on fait venir sans peine, par une incision sterno-mastoïdienne supérieure, même de gros ganglions sus-claviculaires. Il est prudent, mais non indispensable, de drainer cette vaste poche, dont la réunion est à peu près assurée : en dix à douze jours, le sujet est guéri, avec une cicatrice linéaire blanche qui ne tend pas à devenir chéloïdienne. S'il y a des tumeurs de l'autre côté du cou, ou sur d'autres régions, on les opère en séances successives, à quelques jours d'intervalle : et le malade est vite guéri, avec un résultat esthétique supérieur à celui des injections ayant provoqué des abcès multiples.

Les résultats définitifs sont aussi bons que les résultats immédiats; et dans cette forme, après l'avoir baptisée hypertrophie simple ou lymphadénome bénin, Verneuil lui-même pratiquait l'extirpation. Pour mon propre compte, j'ai opéré plusieurs cas de cette espèce : et en particulier tous ceux qui concernent les malades de la ville sont guéris depuis plusieurs années, sans trace de récidive locale, avec une cicatrice à peine visible.

II. En présence d'*un seul ganglion dur et caséeux*, le chirurgien peut recourir indifféremment à l'injection modificatrice ou à l'extirpation : la première devra certainement être renouvelée, mais procurera, avec de la patience, une guérison avec fort peu de cicatrice; la seconde donnera une guérison rapide, avec une cicatrice linéaire, certainement assez longue. Aussi la discussion cesse-t-elle pour les régions où la cicatrice n'est pas à prendre en considération : à l'aine et à l'aisselle, cette forme monoganglionnaire n'existe pour ainsi dire pas, mais à l'épitrochlée elle est la règle et toujours l'extirpation y est heureuse.

Pour des *ganglions caséeux multiples*, sans périadénite accentuée, sans collections suppurées par perforation ganglionnaire, je crois que l'extirpation est la méthode de choix. Faire suppurer les ganglions, pendant des mois, y pousser des injections au bout desquelles il y aura souvent des fistules, ne pas pouvoir s'attaquer ainsi à ceux de la profondeur : tout cela me séduit peu. D'autant mieux que si, après échec des injections, on se résout à l'extirpation, on a créé autour des ganglions une gangue de périadénite

particulièrement dure, qui rend l'opération tout à fait laborieuse. Tandis qu'avant toute injection, les adhérences ne sont guère plus serrées que dans la forme pseudo-hypertrophique. Quand on a enlevé quelques-uns de ces paquets, on est frappé de ce fait qu'en général presque tous les ganglions sont caséifiés, même, à la périphérie, ceux qui sont gros comme un pois : ce qui ne rend pas très favorable à l'idée d'évacuer cette matière en provoquant un ramollissement prétendu favorable.

III. Dans la *forme suppurée*, au contraire, qu'elle soit mono ou polyganglionnaire, l'injection modificatrice reprend tous ses droits et devient la méthode de choix. Pour extirper, en effet, il faudrait circonscrire par une incision elliptique toutes les parties altérées de la peau, et si cela est réalisable quand, dans un paquet caséeux, un petit point suppuré commence à faire saillie, dans les vraies suppurations périganglionnaires, avec perforation de la coque en un point, cela exigerait un sacrifice des téguments trop étendu pour permettre la réunion immédiate. Si, après emploi d'autres moyens, il persiste des fistules, ou des paquets indurés qui se refusent à la résolution, on pourra songer secondairement à une extirpation redevenue compatible avec un résultat rapide et esthétiquement convenable. Mais cela n'est possible qu'après asséchement des collections principales.

On peut remplacer l'injection par l'incision franche suivie de raclage ; ou bien on a conseillé de traverser la peau avec un fil d'argent formant séton. Mais je crois ces moyens nettement inférieurs à l'injection modificatrice. Celle-ci peut donner, avec l'aide du traitement général, des résultats complets : mais on n'oubliera pas que beaucoup de malades ne sont ainsi qu'à peu près guéris, avec de petits ganglions capables un jour de se réchauffer, avec des fistulettes même. A maintes reprises, j'ai constaté cet état sur des malades qui revenaient en droite ligne du bord de la mer ; et, d'autre part, dans les travaux relatifs à ce sujet, on n'est pas prolixe sur les résultats à longue échéance.

L'incision franche, associée à un peu de curetage, n'est préférable à l'injection iodoformée, que dans le cas spécial d'abcès à moitié chaud, où la suppuration est provoquée par une infection mixte, à microbes pyogènes. La guérison de l'abcès peut alors être rapide : puis reste le ganglion hyperplasié. Mais ce n'est pas un motif pour penser, avec Verneuil et Beretta, que l'infection mixte est favorable dans les adénopathies tuberculeuses, et pour essayer, avec C. Janson (de Stockholm), de traiter les tuberculoses locales, en y injectant des cultures atténuées de streptocoques.

IV. Après ouverture spontanée de petits foyers ganglionnaires, après injection ou après curetage, il s'est enfin constitué des *fistules*, dans un ou plusieurs ganglions, et autour de la masse principale s'égrènent à distance des ganglions caséeux, puis simplement hypertrophiés. Des pansements propres sur les fistules jusqu'alors mal tenues, associés au traitement général, procurent souvent des améliorations considérables et même des guérisons : aussi ne doit-on opérer qu'après emploi assidu de ces moyens ; je me suis expliqué tout à l'heure sur ce que peuvent ajouter à leur action les injections interstitielles, dont la puissance adjuvante n'est ici pas démontrée.

Une fois ouvertes les fistules, la guérison sans cicatrices, je dirai même sans cicatrices disgracieuses, ne peut plus être espérée, et c'est alors que, le mal étant abandonné à lui-même, on observe ces fistules qui se ferment et se rouvrent pendant des années, ces paquets volumineux et difformes, ces cicatrices gaufrées, déprimées, inégales qui sont la marque indélébile de la scrofule.

Dorénavant, le choix est à établir entre trois méthodes : ne pas faire localement grand'chose et attendre pendant des années, avec séjour au bord de la mer ; évider les fistules, les coques ganglionnaires ; extirper le mal et compléter la cure par le traitement maritime.

A lui seul, à peine abrégé par les injections ou même par les évidements, le traitement maritime exige des années de patience. A tout instant, même pour les cas moins graves, nous envoyons au bord de la mer des malades qui nous reviennent en bon état au bout de quelques mois, mais les glandes n'ont pas disparu : un peu de séjour à la ville, et la récidive a lieu. En outre, il y a quelque danger à laisser à la tuberculose le temps de gagner de proche en proche.

Il y a un avantage marqué à nettoyer d'abord la région, où l'infection mixte, pyogène, s'est associée à la tuberculose ; où autour des fistules existent beaucoup d'autres glandes caséeuses qui vont se fistuliser tour à tour. Aussi notre but doit-il être de pratiquer l'extirpation aussi complète que possible. Mais les cas de ce genre, quand le paquet est gros, sont ceux où souvent l'on considère l'opération comme impossible, et où l'on conseille de s'en tenir à l'évidement ; non plus à ces petits évidements, à peine chirurgicaux, avec une curette introduite par les fistules, mais à de vraies et larges opérations, où l'on débride les trajets, où l'on crève les glandes suppurées et caséeuses, où l'on racle aussi complètement que possible les fongosités, où l'on termine par une forte cautérisation au chlorure de zinc, ou mieux au fer rouge.

De là des succès incontestables. Mais jamais une opération semblable ne vaut, comme simplicité de suites et comme rapidité de guérison, une extirpation franche, avec réunion immédiate. La question est donc de déterminer si l'extirpation est possible, car de son impossibilité seule viennent les indications de curetage. Or, presque tous les chirurgiens déclarent qu'avec ces gros paquets fistuleux l'extirpation ne peut être menée à bien ; que les ganglions sont fixés par la périadénite aux faisceaux vasculo-nerveux avec lesquels on connaît l'intimité de leurs rapports ; que pendant l'opération, par une foule de petits vaisseaux l'hémorragie est grave, que l'on ouvre et qu'on lie les grosses artères et veines du pli de l'aine, de l'aisselle, du cou, que l'on coupe les nerfs, qu'on divise les muscles, qu'on ne peut pas réunir faute de peau, et que si on suture la réunion échoue presque toujours, car, après des délabrements énormes et injustifiés, on a toujours laissé dans la plaie des tissus infectés.

On me permettra de ne pas discuter longuement cette assertion, car la réponse est purement d'ordre technique. Un chirurgien a toujours tort de déclarer impossible une opération que son voisin réussit. Je dirai simplement que pour ma part, depuis que mon éducation est faite, j'ai toujours achevé l'opération et qu'elle n'a jamais été mortelle ; que cependant, sauf quelques rares cas de tuberculose hypertrophiante, pseudo-lymphomateuse, presque toutes mes observations concernent des paquets fistuleux, adhérents, quelquefois énormes. A l'aine, à l'aisselle, je n'ai jamais ouvert les gros vaisseaux ni coupé les gros nerfs ; au cou, je n'ai jamais lié la carotide, j'ai plusieurs fois mis sur la jugulaire, sans aucun dommage, une ligature latérale ou circulaire ; je n'ai jamais eu d'accidents sérieux du côté des nerfs ; la réunion immédiate, enfin, a été presque toujours obtenue, au moins sur la plus grande partie de la plaie, et au total la guérison opératoire est effectuée en trois ou six semaines.

V

La *technique* consiste à circonscrire au bistouri les orifices fistuleux, en traçant autant que possible une incision parallèle au corps de la mâchoire ou au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; on pousse franchement jusqu'à la coque du ganglion, et à ce moment on quitte le bistouri pour les

ciseaux courbes à bout mousse et pour la pince à griffes. Du bout des ciseaux, la concavité tournée vers le ganglion, et tout en épongeant à mesure, on coupe la membrane conjonctive périganglionnaire que l'on tend avec la pince : il faut saisir cette membrane et non le ganglion qui, friable, ne fournit aucun point d'appui. Même quand la périadénite est très dure, on trouve bien mieux qu'on le pense à l'avance un plan de clivage entre la substance ganglionnaire et l'enveloppe conjonctive indurée : sitôt que d'un coup de pointe on a mis à nu une surface lisse, on ferme les ciseaux et on les fait entrer, comme une spatule courbe, dans le plan de clivage. On va ainsi de ganglion en ganglion jusqu'à ce qu'on ait vu la jugulaire, et c'est pour cela que, même si la saillie principale est vers la nuque, on entre dans le cou en avant du sterno-mastoïdien. Quand, après ablation de ganglions antérieurs, on a vu ne fût-ce qu'un petit bout de la jugulaire, on est maître de la situation ; et quand la jugulaire est libérée, on va très aisément vers la nuque ; au lieu qu'après ablation de ganglions postérieurs, il est à peu près impossible d'aller d'arrière en avant aux lointains ganglions antérieurs, dont on est précisément séparé par la jugulaire qu'il importe de ménager. Donc, notre premier repère doit être, en enlevant les ganglions que nous trouvons en route, d'atteindre au plus vite le paquet vasculo-nerveux : le voir, c'est le meilleur moyen de le respecter, et si on ouvre un vaisseau, on est tout prêt à mettre sur l'orifice l'index gauche, puis une pince, puis un fil.

La jugulaire étant vue, on la dissèque de haut en bas, aux ciseaux courbes, coupant chemin faisant les veinules courtes qui vont directement d'elle aux ganglions : veinules faciles à pincer, puis à lier, et on a exagéré les ennuis qu'elles créent à l'opérateur.

Après avoir enlevé les ganglions carotidiens antérieurs, il faut avoir grand soin d'explorer la nuque, la région sus-claviculaire, et de ne pas laisser intacts les ganglions rétro-jugulaires, presque toujours engorgés : mais quand ils ne sont pas suppurés, ou caséeux, gros et durs, on ne les sent pas si on se borne à appuyer la pulpe de l'index sur les parties profondes de la plaie. Leur consistance molle fait qu'ils nous échappent si nous ne les prenons entre le pouce et l'index, ainsi que je l'ai dit plus haut. D'après ce que j'ai vu, en réopérant des malades, c'est là une des grandes causes de récidive.

S'il y a de la périadénite, on ne peut pas faire venir d'aussi loin les ganglions dans la plaie ; d'autant mieux que si on tire sur la jugulaire adhérente, elle s'aplatit, se vide, devient blanche, on la confond avec la capsule conjonctive périganglionnaire et on l'ouvre d'un coup de ciseaux intempestif. On se résoudra donc, s'il y a des adhérences, à une incision dont la longueur sera proportionnée à l'intensité des lésions : mais ces cas sont précisément ceux qui, abandonnés à eux-mêmes, balafrent le plus vilainement le cou.

En haut, sous la pointe de l'apophyse mastoïde, l'énucléation sera difficile, mais toujours possible : on doit reconnaître le nerf spinal et disséquer les ganglions en les faisant saillir au-dessus et au-dessous de lui ; presque toujours on peut le ménager. De là aux ganglions parotidiens inférieurs il n'y a qu'un pas : en les énucléant, on coupe quelquefois la branche inférieure du facial, d'où une déviation légère, et habituellement temporaire, de la lèvre inférieure correspondante. C'est avec les ganglions parotidiens supérieurs et profonds que le tronc du facial court des dangers.

Si, autour de ce paquet carotidien fistuleux, les ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires ne sont pas adhérents, on les enlève par l'incision première. S'ils forment, eux aussi, des paquets fistuleux, on doit s'arrêter, pour les aborder à leur tour par l'incision appropriée, lorsque la première plaie sera guérie. Et toujours, qu'il faille une ou plusieurs opérations, on explorera du pouce et de l'index gauches les parties voisines, pour enlever tout ce qu'on peut de la graine ganglionnaire. Dire que l'on réussit toujours ainsi une extirpation complète, au sens scientifique du terme, est inexact : mais mon élève R. Petit a montré dans sa thèse que 22 fois sur 49 les inoculations au cobaye avec les petits ganglions périphériques ont été stériles ; on a donc eu tort de dire qu'on ne réussit jamais.

Au cou, les opérations les plus complexes durent de quarante à quarante-cinq minutes : il y a dix ans j'y mettais une heure, une heure et quart même, et mes opérations étaient moins complètes, malgré une incision plus grande. Je crois tout à fait inutile de tracer ces incisions énormes et en zig-zag que parfois on a décrites ; de diviser en travers le sterno-mastoïdien, comme on l'a conseillé ; on a même dit qu'il était bon, pour opérer complètement, de réséquer d'office la jugulaire.

A l'aine, nous retrouvons l'objection d'impossibilité. Or, ici encore, je la crois inexacte. L'extirpation se fait à l'aide d'une incision parallèle à l'arcade, sur laquelle on fait tomber au besoin un débridement inférieur, longitudinal. Dans cette région, encore plus qu'au cou, il faut pincer et lier avec soin les collatérales courtes qui unissent directement les ganglions aux gros vaisseaux ; au cou, il en est ainsi, avons-nous vu, pour la jugulaire, mais il en est de même pour l'artère. Lier la saphène n'a aucune importance. Quant au gros tronc de la veine fémorale sous l'arcade, je n'ai jamais eu besoin de le lier ; mais si cela m'arrivait un jour je n'en serais pas autrement ému, car d'après les recherches modernes, il semble bien que les accidents terribles attribués autrefois à cette ligature soient l'apanage de la ligature septique ; en tout cas, on ne saurait plus conseiller la ligature simultanée de l'artère, pour éviter les accidents de gangrène dont on a voulu accuser la ligature de la veine seule.

Après ces extirpations, où souvent des ganglions suppurés, fistuleux, ont été déchirés, morcelés, je crois bon de toucher avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/10 la plaie toujours contaminée, à la fois par le bacille tuberculeux et par des microbes pyogènes. J'essuie soigneusement l'excédent avec un tampon sec. J'ai continué à toucher au chlorure de zinc des plaies où sont toujours dénudées les veines jugulaire, axillaire, inguinale : sur 370 opérations, j'attends encore le premier accident.

Il est indispensable de drainer ces plaies avec un tube gros et long. Sauf au passage du drain, la plaie est suturée. La suture intradermique, bonne quand la peau est saine et l'incision nette, convient mal à ces peaux infiltrées, par places indurées, à ces incisions en partie échancrées à cause des extirpations de trajets fistuleux. Souvent, pendant trois ou quatre jours, a lieu un suintement séro-sanguin abondant. On peut laisser le drain jusqu'au huitième jour, date à laquelle on coupe les fils. Dans la grande majorité des cas, j'ai obtenu la réunion immédiate parfaite : quand il y a eu suppuration, elle a presque toujours été légère.

Je pense donc que l'extirpation est toujours anatomiquement possible et que, par conséquent, elle doit primer toujours l'évidement. Dans le réquisitoire qu'à maintes reprises on a dressé contre elle, il faut remplacer le mot impossibilité par le mot difficulté. Mais, quoi qu'on en ait prétendu parfois, de la difficulté on ne doit jamais tirer argument : de ce qu'une opération est difficile — et c'est le cas — on doit simplement inférer qu'il est utile d'apprendre avec soin sa technique. L'impossibilité me paraît être purement relative au chirurgien, et si elle est proclamée par quelques opérateurs d'une habileté certaine, c'est peut-être en grande partie parce que, imbus d'un préjugé, ils se sont

rebutés au premier obstacle, le prenant pour l'impossibilité prédite.

VI

L'opération est-elle grave? c'est-à-dire sa gravité est-elle proportionnée à celle de la lésion traitée?

J'admettrai que, l'adénopathie tuberculeuse n'étant pas grave par elle-même, nous n'avons le droit d'opérer que si notre mortalité est nulle. Proposition contestable, mais que je me garderai de contester, car, précisément, *la mortalité opératoire de l'extirpation est nulle.*

Bergmann, sans doute, a déclaré que l'hémorragie est assez abondante au cours de l'opération, pour qu'on n'ait pas le droit, en particulier, d'y exposer les enfants au-dessous de dix ans : j'ai opéré beaucoup d'enfants au-dessous dix ans et je n'ai jamais rien vu de semblable. On nous objecte encore le décès noté par Milton après section du pneumogastrique : maladresse opératoire qui n'engage que la responsabilité de son auteur. Et nous traînons comme un boulet la mort communiquée par Poulet en 1884, à la Société de chirurgie, mort qui a été le motif principal des conclusions défavorables opposées à l'extirpation par Chauvel et par la majorité de ses auditeurs.

En 1901, il est raisonnable de ne plus frémir devant une mort *par septicémie* qui date de 1884, car nous sommes aujourd'hui en possession d'une technique qui, pour les autres opérations comme pour celle que j'étudie ici, doit faire reviser les conclusions de nos devanciers. Il est aisé de prendre des statistiques remontant à 1871 et d'y trouver des morts : il m'est aisé de riposter que ma statistique personnelle, portant sur 370 cas opérés depuis 1890, est vierge de tout décès. Peut-être m'arrivera-t-il demain de laisser passer, par une fissure méconnue, l'inoculation septicémique fatale : toutes nos opérations en sont là et ces malheurs, d'une rareté extrême, ne comportent plus un enseignement général sur les indications et contre-indications opératoires. Ici, spécialement, nous devons savoir si la dénudation et la ligature des gros troncs veineux sont ou non dangereuses : qu'il s'agisse de la jugulaire, de l'inguinale, de l'axillaire, la réponse est négative.

Mais, dira-t-on, avant d'avoir eu le temps d'oblitérer la brèche avec une pince hémostatique, ne risquez-vous pas l'*entrée de l'air dans les veines*, et ne savez-vous pas toute la gravité de cette complication, avec laquelle vous ne pouvez lutter de vitesse? Si, nous la connaissons : nous savons qu'autrefois, avant l'emploi des pinces hémostatiques, elle a causé des accidents mortels; nous savons qu'elle a servi de thème à des expériences physiologiques du plus haut intérêt. Mais il y a un fait : pour les extirpations de ganglions du cou, elle est fort exceptionnelle, et, par exemple, Binet n'a pu en trouver que deux cas. En 1832, Roux entendit le sifflement funèbre : et la mort survint *douze jours après*, avec suppuration, fièvre, diarrhée, coma; puis nous faisons un bond jusqu'à nos jours, où Reynier a perdu *au huitième jour* une malade qui avait sifflé au cours de l'opération, mais qui eut pendant cette semaine de 38 à 40 degrés de température. N'est-ce pas un peu différent de ce que nous enseigne la physiologie sur les accidents par entrée de l'air dans les veines, et ne peut-on, sans témérité, proposer une autre explication?

En résumé, avec une technique bien réglée et une asepsie rigoureuse, l'extirpation des ganglions du cou est une opération bénigne. Mais ne laisse-t-elle pas après elle des traces plus difformes que celles de la lésion traitée par les moyens conservateurs? Car, à côté du pronostic vital, nous devons tenir compte du *résultat esthétique et fonctionnel*.

Les difformités et troubles fonctionnels reprochés à l'extirpation sont : 1° les déviations par sections musculaires; 2° les paralysies par sections nerveuses; 3° l'œdème éléphantiasique par obstruction des voies lymphatiques; 4° la cicatrice.

1° On a quelquefois produit le *torticolis* par *section transversale du muscle sterno-mastoïdien* : accident exceptionnel et qui ne doit pas avoir lieu, car si on a coupé le muscle on doit le suturer au catgut et en éviter la déviation ultérieure; et j'examine à peine cette éventualité, car cette section me paraît toujours inutile.

2° Les *sections nerveuses* peuvent porter sur l'hypoglosse, le spinal, le facial, le grand sympathique; les branches sensitives du plexus cervical superficiel sont négligeables, et du plexus cervical profond il n'est jamais question. Chez une de mes opérées, quelques phénomènes oculo-pupillaires ont révélé, sans troubles notables, une section du sympathique. La langue peut être parésiée pendant quelques jours par suite de la malaxation du nerf hypoglosse, mais je n'ai jamais observé de paralysie persistante. Presque toujours, ai-je dit, on peut disséquer en la ménageant la branche sterno-mastoïdienne du spinal; dans les cas où je l'ai coupée, je n'en ai pas vu d'inconvénient, et Milton de même, après l'avoir sacrifiée plus de cinquante fois.

Pour la difformité consécutive, la lésion du nerf facial est plus importante, et chez un garçon chez lequel j'ai, il y a longtemps, avec un gros paquet cervical fistuleux, enlevé des ganglions parotidiens profonds et suppurés, j'ai sectionné le tronc du nerf, d'où une paralysie faciale complète. C'est un fait exceptionnel. La division de la branche cervico-faciale est moins rare, et de temps en temps on en voit résulter une déviation de la lèvre inférieure du côté correspondant : mais cette déviation n'est appréciable que lorsque le sujet parle ou mange, et d'autre part elle est presque toujours passagère.

3° On s'est demandé si, après suppression complète des ganglions d'une région et de leurs vaisseaux afférents et efférents, l'obstruction du cours de la lymphe n'aurait pas pour résultat une stase œdémateuse et éléphantiasique dans les territoires correspondants. D'après C. Bayer (de Prague), il n'en saurait être ainsi, car des voies lymphatiques se régénèrent vite dans le tissu conjonctif; il y a même néoformation ganglionnaire. Mais Riedel est venu avec des faits d'œdème éléphantiasique des membres supérieur et inférieur après évidement de l'aisselle et de l'aine : observations sans valeur, a répondu Bayer, car dans l'une on n'a aucun renseignement sur l'acte opératoire, et on ignore s'il n'y a pas eu ligature de la veine; car dans les deux cas la plaie a largement suppuré, et ce qui cause les accidents, ce n'est pas la suppression des ganglions, mais la constriction des veines par le tissu inodulaire dans lequel, en outre, ne se régénèrent pas les voies lymphatiques. Le reproche doit doit donc être adressé à l'antisepsie insuffisante et non à l'opération bien réussie. Par extirpation des ganglions du cou, j'ai observé deux cas légers d'œdème facial tardif. Mes opérations sur l'aisselle et l'aine n'ont jamais eu cette conséquence.

4° Sauf l'œdème, les autres reproches adressés aux résultats locaux concernent exclusivement la région cervicale; de même, c'est au cou seulement qu'on doit faire entrer en ligne de compte la cicatrice consécutive à l'opération. Sans contredit, nous devons faire tous nos efforts, chez la femme surtout, pour l'éviter complètement, et, si c'est impossible, pour la réduire au minimum; et c'est pour cela qu'il ne faut jamais enlever les petits ganglions cervicaux non suppurés que peut faire fondre le traitement médical, ni ceux qui, suppurés, relèvent de l'injection iodoformée. Mais dans les trois formes pour lesquelles l'extirpation me paraît recommandable, pour les formes lymphomateuses et caséeuses rebelles à la médecine et pour la forme fistuleuse, la cicatrice cesse de devenir un argument de premier ordre. N'oublions pas que, chez une jeune femme qu'il croyait

atteinte « d'hypertrophie », Verneuil lui-même a enlevé des ganglions sous-maxillaires par mesure esthétique, pour remplacer leur saillie par une cicatrice bien placée, linéaire : et il a eu parfaitement raison. Quand on enlève des ganglions lymphomateux ou même caséeux, on est maître du siège, de la direction de l'incision; on peut la faire petite, la dissimuler dans un pli naturel, la réunir parfaitement soit par la suture intradermique, soit mieux par les agrafes Michel. Or les ganglions laissés sur place constituent une tumeur fort laide; et je répète que le résultat n'est pas toujours artistiquement idéal quand on les fait suppurer l'un après l'autre par des injections interstitielles.

On nous montrera des opérés à cicatrice disgracieuse : à ceux-là ont été enlevés des paquets fistuleux, et la cicatrice opératoire est moins laide que les cicatrices spontanées.

Cette discussion des inconvénients locaux nous conduit à penser que l'extirpation des ganglions formant à proprement parler tumeur est la méthode de choix pour l'aine et l'aisselle; qu'elle ne doit être entreprise au cou que dans certaines conditions déterminées d'esthétique.

Depuis 1883, toutes les fois qu'on parle d'opérations chez les tuberculeux, on est forcé, pour y souscrire ou pour les réfuter, de faire allusion aux idées émises par Verneuil à la Société de chirurgie.

Dans le cas actuel nous n'avons guère à nous occuper que de l'auto-inoculation traumatique. Or, cette théorie est fragile : la plupart des observations commentées par Verneuil sont contestables et pour les ganglions surtout, contestables ou non, elles sont particulièrement rares. D'après tout ce que j'ai observé, je n'admets pas cette relation de cause à effet, mais s'il fallait l'admettre, elle devrait être, d'après les observations mêmes de Verneuil, objectée aussi bien aux banales ponctions qu'aux opérations les plus graves.

Les observations sont en partie contestables : cela est hors de doute pour celles où les malades ont mis plusieurs mois à être emportés par des accidents pulmonaires subaigus ou chroniques auxquels l'opération aurait imprimé une marche plus rapide. Quand on voit que cette opération peut avoir été une simple ponction ; quand on sait que, malheureusement, une poussée pulmonaire guette, lente ou rapide, précoce ou tardive, bon nombre de nos tuberculeux chirurgicaux, on est porté à voir dans ce premier groupe d'observations, avec Trélat, une évolution naturelle des choses.

Mais il reste des faits au premier abord troublants : ceux où, après une intervention quelconque, on voit éclater à brève échéance, quelquefois même tout de suite, une granulie, une méningite tuberculeuse. Parmi les faits étudiés par Verneuil en 1883, aucun ne concerne des ganglions tuberculeux; et trois seulement dans ceux colligés plus tard par Verchère et Métaxas. On aurait tort, cependant, de passer la discussion sous silence pour les ganglions en particulier, car si la théorie est exacte elle doit s'appliquer à toutes les tuberculoses locales. Le fait est que, dans son ensemble, la théorie paraît inexacte.

D'abord, si ces accidents existent, ils sont très rares. Verneuil — qui n'a pas donné un pourcentage précis de sa statistique personnelle — cite sans doute des relevés où cette complication est notée par Wœlker dans 6 p. 100 des opérations, par Neumeister dans 9,1 p. 100; et pour son propre compte, sans chiffres précis, je le répète, il affirme qu'elle est fréquente. Or, après une opération pour tuberculose locale, je n'ai jamais vu de granulie; pour les ganglions spécialement, ma statistique intégrale a été publiée par Mansón en 1895, et depuis les choses n'ont pas changé. Et je ne suis pas seul dans ce cas.

D'où vient un semblable désaccord? De ce que Verneuil, théoricien ardent de l'antisepsie, n'a jamais su la mettre en pratique, et dans son service nous avons tous vu des érysipèles, des septicémies, des suppurations locales menaçantes et même mortelles. La fréquence de ces désastres avait diminué, mais était restée grande; se croyant antiseptique, Verneuil pensait l'avoir réduite au minimum, et affirmait dès lors que, la technique étant bonne, il fallait attribuer les revers à l'état constitutionnel de l'opéré, non à l'opérateur. De là toutes ces données, aujourd'hui oubliées, sur la conséquences de la chirurgie chez les hépatiques, les néoplasiques, les rénaux, les cérébraux; mais pour la tuberculose il y avait quelque apparence d'exactitude,

On sait avec quelle fréquence on trouve, à l'autopsie d'un tuberculeux chirurgical, des foyers viscéraux méconnus, plus ou moins en évolution : il suffit de voir les faits sous tet ou tel anhle pour expliquer la mort par la septicémie ou par la tuberculose viscérale, et cela en toute bonne foi, avec l'inconscience qu'impriment à notre esprit les idées préconçues. En outre, et surtout, les infections surajoutées sont très mal supportées par les tuberculeux; les faits ne se comptent plus où après une pyrexie médicale — principalement grippe, rougeole et fièvre typhoïde — la granulie fait invasion, où tout au moins un coup de fouet est donné à des lésions locales, pulmonaires ou autres. De même pour les infections chirurgicales, et c'est un point sur lequel, dans notre discussion de 1889, Daniel Mollière a insisté avec raison. Aussi faut-il, de parti pris, éliminer du débat tous les cas où l'évolution locale n'a pas été aseptique, et ils sont légion dans le fatras des observations anciennes.

Restent alors quelques faits, rares mais impressionnants, où la plaie a été parfaitement réunie; où même il n'y a pas eu de plaie infectable, et je fais allusion ici aux tuberculoses généralisées consécutives aux simples redressements articulaires. Or, quand on observe rigoureusement, on admet avec Trélat, avec Ollier, qu'il s'agit soit d'une coïncidence, soit d'une opération pratiquée après le début d'une généralisation à premiers symptômes méconnus. Tous nous connaissons cette longue période où la future méningite tuberculeuse s'annonce par des symptômes à peu près nuls, dont nous nous méfions si l'hérédité de l'enfant est suspecte, auxquels la plupart du temps on ne remonte que par l'anamnèse, une fois le mal déclaré.

Ainsi, je n'ai rien observé personnellement qui confirmât les idées de Verneuil, et je n'en suis pas surpris quand je vois que Thiéry arrive à la même constatation en dépouillant les 288 observations qui servent de base à sa volumineuse thèse. Et le seul point sur lequel je diffère d'avis avec l'auteur est que, en l'absence de document probants, « la conviction du professeur Verneuil » n'a pas suffi « à entraîner la nôtre ».

Je crois donc à la nocuité des opérations septiques; et si, de plus, il y a une part de vérité dans l'auto-inoculation de la plaie, il est évident que les abrasions, curages, etc., sont à cet égard plus dangereux que l'extirpation franche. Cette possibilité, jointe à la certitude que ces plaies de curage sont beaucoup plus difficiles à garer de l'infection que les plaies d'extirpation, doit faire, en principe, préférer cette dernière.

D'ailleurs, je le répète en terminant, à supposer exacte la théorie, on ne saurait en tirer un argument valable en faveur des injections et contre l'extirpation ni même contre le curetage, Poncet (de Lyon) a relaté, en 1883, un cas de généralisation après évidement à la curette; depuis, il a dit à son élève Michel en avoir enregistré un autre, après une injection iodoformée. Ce dernier fait prouve, ou bien que nous sommes en droit d'admettre des coïncidences, ou bien que les méthodes les plus bénignes en apparence sont passibles de ce reproche autant que les plus agressives.

D'où ma conclusion pratique : à supposer que la généralisation post-opératoire *après les opérations aseptiques* soit réelle, toutes les opérations aseptiques sont égales devant elles.

VIII

Tandis que certains auteurs ont, comme nous venons de le voir, soutenu qu'une opération de tuberculose locale est aggravante pour la tuberculose générale, d'autres ont affirmé que toute tuberculose locale, constituant un danger d'infection générale pour l'organisme, devait être détruite au plus vite. C'est pour les lésions ganglionnaires que l'examen de cette question acquiert surtout de l'importance : peut-on, par l'ablation, barrer la route à l'infection?

Une doctrine chirurgicalement désespérante a été soutenue par Jeannel (de Toulouse) : aussitôt faite l'inoculation, les bacilles se disséminent dans l'organisme entier. Enlevez aussi vite que vous voudrez la région par où a passé le microbe, et vous serez tout de même gagné de vitesse par le transport dans le système vasculaire; après votre éradication, en apparence précoce et radicale, des germes auront déjà constitué à distance des colonies, qui, malgré votre intervention, évolueront à plus ou moins brève échéance. Inoculez un lapin à l'oreille et vous allez produire successivement : 1° un chancre d'inoculation; 2° une adénopathie bacillaire des ganglions correspondants; 3° une infection généralisée. Votre inoculation faite, vous avez devant vous cinq minutes pour que l'ablation de la région inoculée arrête le mal dans sa course; au bout de cinq minutes, vous arrivez déjà trop tard pour modifier l'adénopathie, puis l'infection généralisée.

Les expériences de Jeannel sont un peu en désaccord avec ce que nous savons sur la grande rareté des bacilles dans le sang des tuberculeux en dehors de certains cas spéciaux de granulie; et d'ailleurs les essais d'inoculation avec le sang des lapins en question ont toujours échoué. Nous devons cependant admettre comme réelle la mort finale du lapin, par tuberculose; mais cela ne prouve pas, en l'absence de bacilles dans le sang, que la dissémination ait été immédiate : cela veut dire qu'au bout de quelques minutes les microbes ont franchi assez de distance dans le territoire lymphatique, autour du point inoculé, pour que les ganglions se prennent malgré la suppression de ce qui aurait été le chancre tuberculeux. Cela ne prouve pas que ces ganglons aient été tout de suite franchis, et si — fait certain — ils le sont vite, n'opposant qu'un court arrêt à la marche du bacille, cela ne veut pas dire que chez l'homme la rapidité soit la même. Tout nous prouve, au contraire, que l'homme résiste relativement bien aux inoculations de ce genre, et c'est heureux, car nous y sommes tous quotidiennement exposés.

Prenons l'importante communication de Dieulafoy sur les inoculations ganglionnaires parties des amygdales et des végétations adénoïdes : il faut des années pour que, de ganglion en ganglion, la tuberculose aboutisse au poumon. Car dans ces conditions, les lésions pulmonaires sont consécutives et de nos jours est reconnue erronée la fameuse théorie de Louis : pas de tubercule sans qu'il y en ait d'abord dans le poumon. Assez près de nous, Parrot a voulu la reprendre et considérer les adénopathies cervicales comme consécutives aux adénopathies trachéo-bronchiques, toujours liées elles-mêmes à des lésions pulmonaires : opinion devenue insoutenable, et si l'adénopathie trachéo-bronchique est, en effet, le résultat d'une inoculation pulmonaire, tous les territoires lymphatiques se comportent de même vis-à-vis des ganglions correspondants. Au cou, ils s'engorgent de haut en bas, commençant de préférence autour de la mâchoire, pour descendre peu à peu, le long des carotides, jusqu'à la région sus-claviculaire; au membre inférieur, ils se prennent dans l'aine d'abord, puis dans la fosse iliaque; au membre supérieur, avec ou sans étape épitrochléenne, ils montent de l'aisselle à la région sus-claviculaire. Pour l'aisselle intervient l'entrée possible par le sommet de la plèvre et du poumon, car leurs lymphatiques sont tributaires des ganglions axillaires.

Cette manière de voir n'est pas neuve; avec leur flair de pathologistes éminents, Cruveilhier, Velpeau l'ont soutenue il y a longtemps, en nous montrant les portes d'entrée autour des orifices naturels et l'évolution de proche en proche, de glande en glande. Mais à cette époque, la microbiologie n'était même pas soupçonnée et la preuve scientifique n'a pu être administrée qu'après la découverte du bacille de Koch. Ces cas d'adénie dont je parlais tout à l'heure, et qui vite cessent d'être chirurgicaux, ceux-là même commencent la plupart du temps par le cou et de là les adénopathies se généralisent, avec une rapidité et une marche spéciales dont la cause nous échappe. Et l'on peut dire que les adénites tuberculeuses sont des infections régionales.

L'opinion de Velpeau a d'abord été confirmée pour les cas où, sur le territoire lymphatique correspondant, on trouve une lésion tuberculeuse : lésion pulmonaire et adénopathie bronchique; lésion intestinale et adénopathie mésentérique; tumeur blanche et adénopathie de la racine des membres. Mais si l'adénopathie est souvent alors, par sa précocité, un signe important pour établir vite le diagnostic, elle est rarement assez volumineuse, elle suppure assez rarement pour exiger un traitement spécial. Assez souvent j'ai dû enlever le ganglion épitrochléen à des enfants porteurs de tuberculoses de la main; mais pour l'aisselle, pour l'aine, cela devient exceptionnel.

Pourquoi cette tendance de l'adénopathie à rester chirurgicalement négligeable lorsqu'elle a pour origine une grosse lésion tuberculeuse? Je l'ignore. Mais le fait est que les paquets ganglionnaires pour lesquels nous sommes consultés, au cou surtout, ne sont pas en relation avec une lésion tuberculeuse préexistante.

C'est que le bacille peut franchir l'épiderme sans y laisser de trace, et il y a vingt ans déjà que H. Martin nous l'a appris en nous démontrant par les inoculations en série que « les gourmes » ne sont pas tuberculeuses, tandis que le sont les adénopathies chroniques qui en résultent. Puis est venue la découverte du bacille de Koch, et Cornet nous a fait voir qu'à travers une muqueuse simplement frottée le bacille peut passer pour aller de là infecter les ganglions, sans aucun chancre tuberculeux au point d'inoculation. Ces faits ont été depuis maintes fois vérifiés.

Or, dans nos villes, est-il sur l'extrémité céphalique un point qui ne soit pas exposé au contact du bacille? Dans les fosses nasales des sujets qui fréquentent l'hôpital, Straus l'a trouvé sur la pituitaire. Pour l'impétigo, les excorations des scrofuleux, je viens de citer les recherches de H. Martin : la fissure guérit, mais le microbe l'a franchie. Peu à peu la question a été serrée de plus près, et en particulier nous avons précisé le rôle, comme porte d'entrée, des caries dentaires, des végétations adénoïdes.

Car il a été remarqué par Starck un des premiers, qu'un très grand nombre d'enfants atteints de ganglions tuberculeux sous-maxillaires ont dans la bouche des dents trouées par la carie pénétrante; et même deux fois Starck a trouvé le bacille, après extraction de la dent, dans le pus où baignait la racine. Ces faits ont été confirmés depuis. Mais si la carie pénétrante a créé la solution de continuité par laquelle a passé le bacille, elle n'a par elle-même aucune spécificité tuberculeuse. Et c'est ainsi également qu'il faut concevoir le rôle des végétations adénoïdes et des hypertrophies amygdaliennes.

Les lésions tuberculeuses des amygdales existent certainement; il y en a aussi, dans le nasopharynx, qui revêtent au début l'aspect de vulgaires végétations. Mais tout en admettant comme parfaitement exacte, avec Dieulafoy, la fréquence des adénoïdes chez les sujets porteurs de ganglions cervicaux, je ne crois pas qu'il faille considérer les végéta-

tions ordinaires comme de *nature* tuberculeuse. En inoculant des fragments d'adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées, on rend les cobayes tuberculeux : dans ces fragments, il y avait donc des bacilles. Mais les cas sont rares où, au microscope, on trouve des bacilles ou des follicules caractéristiques dans l'intérieur même du tissu. Dans les cryptes, dans les anfractuosités, pullulent à l'envi les microbes les plus variés, y compris celui de la tuberculose : il est là, sur la surface, prêt à profiter de la moindre excoriation traumatique, de la moindre érosion inflammatoire; il y est mais bien plus à son aise, comme sur la muqueuse pituitaire. Et de même que ces hypertrophies lymphatiques sont une des causes habituelles des adéno-phlegmons cervicaux, pour avoir laissé passer le streptocoque ou le staphylocoque, de même elles sont des portes d'entrée de la tuberculose ganglionnaire : mais, dans leur forme banale, elles ne sont pas plus de *nature* tuberculeuse que streptococcique ou staphylococcique.

Il semble même que, dans bien des cas, l'invasion microbienne ait lieu à la faveur de poussées inflammatoires — volontiers minimes, inaperçues — que les voies soient préparées à la tuberculose par les microbes usuels de l'inflammation simple; que ces légères hypertrophies ganglionnaires ne soient pas d'emblée, elles non plus, de nature tuberculeuse. S'il en est ainsi, à quel moment le bacille de Koch entre-t-il en jeu ? Question d'autant plus délicate que dans les ganglions, hypertrophiés ou non, des sujets indemnes de tuberculose, on trouve parfois des bacilles : colorations de coupes et inoculations sont positives, alors qu'au microscope n'apparaît aucun follicule tuberculeux, aucune modification de structure. A cet état le bacille, habite le ganglion mais ne l'altère pas : et ainsi, sans doute, s'expliquent certaines adénites tuberculeuses que l'on voit se développer des années après une poussée inflammatoire qui a laissé derrière elle un engorgement ganglionnaire léger et longtemps stationnaire.

Joignons ces sommeils prolongés, parfois éternels, du bacille à son existence possible dans un ganglion un peu gros, chroniquement enflammé, mais où cependant il n'y a pas de lésions histologiques nettes; joignons-y la difficulté de colorer les bacilles, clairsemés, dans les lésions tuberculeuses chirurgicales et en particulier dans les adénites, et nous ne nous étonnerons plus des obscurités qui règnent encore dans l'étude des adénites chroniques, de leurs relations précises avec la tuberculose. Dès lors, les engorgements ganglionnaires légers et non suppurés qui fondent comme par enchantement au bord de la mer, sont-ils déjà tuberculeux, et ne sont-ils pas seulement, chez un sujet scrofuleux, des organes en imminence d'invasion tuberculeuse? Pour nous, praticiens, cette question n'a qu'un intérêt secondaire : nous connaissons en clinique ces cas et nous savons médicalement enrayer leur marche qui trop souvent, à défaut de soins, aboutit à une lésion chirurgicale.

Telles sont les considérations, d'ordre pratique, auxquelles nous conduit l'étude de l'inoculation régionale, de sa rapidité de diffusion, mais si on peut admettre, chez l'homme, que la lésion reste assez longtemps locale avant d'atteindre le poumon, cela ne prouve pas que l'ablation du foyer ganglionnaire puisse, même précoce, être radicale : et cela n'amène à parler des récidives consécutives à l'extirpation.

IX

La récidive locale est la grosse objection qui reste valable contre l'extirpation : il est inutile d'enlever des ganglions, car peu de mois après le sujet est dans le même état qu'avant, avec une cicatrice disgracieuse en plus. Et qui en serait surpris? n'est-il pas prouvé, anatomiquement, qu'il est impossible d'enlever tous les ganglions à l'œil nu malades? Que dire donc pour ceux qui, habités par le microbe, paraissent à part cela sains, même sous le microscope!

Anatomiquement, d'abord, je rappellerai que R. Petit s'est inscrit en faux contre cette assertion. Et cliniquement, il y a un fait : à l'aisselle, à l'aine on obtient *presque toujours* la guérison définitive, sans repullulation locale, en sorte que dans ces régions, où d'autre part la cicatrice est négligeable, l'extirpation est admise par tout le monde comme le traitement de choix pour les adénopathies rebelles au traitement médical : l'impossibilité de tout enlever ne sert pas d'arme contre l'extirpation en général, mais contre l'extirpation à la région cervicale; d'un argument de principe, nous tombons à un argument régional. Entre deux reproches le lien saute aux yeux : difficultés spéciales à la région, résultat localement incomplet.

Aussi ai-je insisté sur la technique, ai-je montré, spécialement, la facile méconnaissance des ganglions profonds, rétro-jugulaires; aussi ai-je dit que les récidives locales deviennent peu à peu plus rares à mesure que l'on se familiarise mieux avec l'opération.

On est tout de suite frappé, dans les statistiques, de l'écart considérable des pourcentages, et cela me paraît tenir beaucoup moins à la variabilité de notre sévérité quand nous apprécions nos résultats qu'à la différence de perfection dans la technique opératoire. Comment expliquer autrement que sur 49 opérés de Billroth, Fränkel n'en trouve que 6 guéris, soit 12 p. 100 : statistique qui remonte il est vrai, à 1885, et l'on peut observer en outre que, dans leur ensemble, les résultats éloignés sont meilleurs depuis que, mieux outillés en antisepsie et asepsie, les chirurgiens font, sans danger, des opérations plus complètes.

Ce n'est pas tout de donner ainsi des chiffres bruts. Encore faut-il apprécier les cas en particulier, et cela n'est possible qu'à l'opérateur lui-même. Aussi puis-je insister sur la statistique de 95 cas opérés par moi de 1892 à 1895 et publiés par Manson; sur ces 95 cas, il y a 73 adénopathies suppurées, dont 38 fistuleuses; 54 malades ayant été revus à longue échéance, au total Manson compte 21 récidives. Mais il faut distinguer avec soin les repullulations sous la cicatrice et les adénopathies à distance. Or, ces dernières sont au nombre de 5 et doivent être distraites du total. Nous comptons ainsi 16 récidives locales sur 54 opérés revus à échéance lointaine et il faut remarquer que ces 16 malades ont été opérés en 26 régions. De plus, quelle récidive locale ? Les cas existent, où elle remet les choses à peu prés dans l'état antérieur : mais ils sont assez rares, et d'autant plus que le chirurgien opère mieux. Prenez les observations détaillées publiées par Manson : il n'y est question que de quelques petits ganglions mobiles sous la cicatrice. Mais de nombreux malades ont été débarrassés de gros paquets fistuleux; et quand nous examinons les sujets guéris sans opération, avec les classiques et gaufrées cicatrices spontanées, combien ont de ces petits ganglions durs devant lesquels les abstentionnistes restent en admiration, pour se voiler la face quand ils les trouvent sous une cicatrice d'extirpation?

Et n'est-il pas juste, aussi, de spécifier dans quelles conditions médicales et hygiéniques ont été traités les malades des deux séries parallèles? Je ne me lasserai pas de répéter qu'il ne faut extirper que si les autres moyens ont échoué : nos cas sont donc le rebut des autres méthodes. Et ils n'en sont le rebut que parce que les malades, par incurie et surtout par impossibilité matérielle, n'ont pas été soumis dès le début à un traitement général suffisant, n'ont pas été envoyés au bord de la mer assez tôt et assez longtemps. Dans la clientèle de ville, les indications opératoires sont exceptionnelles; et comme on dispose du nécessaire pour consolider la cure, mes opérations n'ont jamais, dans ces conditions, été suivies de récidive régionale. Y a-t-il parité avec un ou-

vrier adulte que nous ne pouvons envoyer à la mer, ni avant, ni pendant, ni après l'opération ; avec un enfant qu'on va faire bénéficier de quelques semaines de séjour, puis sera renvoyé dans ses foyers sitôt à peu près blanchi, pour faire place à un autre plus malade ?

Le triomphe est aisé, à comparer les statistiques maritimes aux nôtres ; à comparer les résultats fournis par l'abstention et par l'extirpation dans des cas anatomiquement dissemblables. A tout instant nous voyons des malheureux qui portent d'énormes paquets fistuleux : et l'encombrement de nos stations maritimes est tel que des mois s'écouleront avant le départ sollicité. Aussi sommes-nous forcés, trop souvent, de faire précéder le départ par l'opération ; trop souvent même nous n'aurons pas son secours ultérieur. Dans ces conditions, l'extirpation est la méthode de choix : de tous les reproches qu'on lui a adressés, elle n'en mérite en réalité qu'un, la fréquence de la récidive. Mais avec un peu de justice et de bonne foi on reconnaîtra que la question souvent est posée à l'envers : sur 100 opérés, il y a, en chiffres ronds, non pas 40 à 50 p. 100 de récidives, mais 50 à 60 p. 100 de sujets chez lesquels on réussit à enrayer en quelques semaines une lésion qui, sans cela, aurait continué à évoluer, à grossir, à suppurer, à se fistuliser. Les autres n'y ont rien perdu, rien, même pas les cicatrices auxquelles ils étaient voués ; beaucoup d'entre eux, sans y avoir tout gagné, y ont gagné quelque chose : et cela à l'aide d'une opération difficile, mais bénigne.

MÉDECINE PRATIQUE

Le bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques.

M. Gaudier (de Lille) a employé depuis deux mois le bleu de méthylène en instillations, dans le traitement de certaines formes d'otites moyennes suppurées chroniques, et en particulier dans les otorrhées de l'enfance odorantes et rebelles souvent aux divers lavages antiseptiques.

La solution de bleu de méthylène employée par M. Gaudier était à 1 p. 500. Voici la technique qu'il emploie (1) :

Après un lavage préalable du conduit et de la caisse au moyen de la seringue chargée d'eau tiédie savonneuse, et qui nettoie très bien le conduit, on instille dans le conduit, la tête étant renversée sur le côté, de xv à xx gouttes de la solution bleue, tiédie. Ce bain d'oreilles dure cinq minutes, et pendant ce temps le malade doit, deux ou trois fois, faire du Valsava, c'est-à-dire passer de l'air dans sa caisse en soufflant par le nez et fermant la bouche, très doucement. Ce barbottage fait pénétrer dans la caisse le bleu de méthylène.

Les résultats de ce traitement paraissent bons. Sur 9 malades, 7 ont guéri complètement par des pansements journaliers en l'espace de vingt-cinq à trente jours. Un malade a été perdu de vue, et chez une petite fille, l'apparition d'accidents mastoïdiens fit arrêter le traitement.

C'est en somme ce que l'on obtient par les autres méthodes, à la condition que le traitement soit fait régulièrement et par le médecin lui-même (eau oxygénée, solution formolée, alcool iodoformé ou boriqué, pansements secs ou les poudres solubles on insolubles, oxygène gazeux)... Mais il semble pourtant que le bleu de méthylène *désodorise mieux et plus vite* et qu'il *diminue* dans de plus rapides proportions l'écoulement purulent. Un désavantage, c'est la coloration tenace qu'il donne aux téguments ; aussi après l'instillation faut-il bien éponger l'excédent du liquide, pour éviter les bavures sur la joue.

Quoi qu'il en soit, c'est un médicament à retenir dans la thérapeutique de l'otorrhée, où il pourra, dans certaines conditions, et après d'autres antiseptiques, rendre des services. Des tentatives cliniques récentes (dans les kératoconjonctivites et l'ozène (1), ont montré d'ailleurs qu'il possédait des avantages.

(1) Cf. *Écho méd. du Nord*, 12 oct. 1901.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, nº 117, p. 1121.

A PROPOS DES SANATORIA

Dans l'intéressante Revue générale de M. Sallard, les « Sanatoria », parue au mois d'août (*Gaz. des hôpit.*, 1901, nº 94), s'est glissée une erreur qu'un de nos confrères veut bien nous signaler.

C'est à tort que le sanatorium d'Aubrac (Aveyron) a été classé parmi les sanatoria d'altitude moyenne.

Il est en réalité situé à une altitude de 1 400 mètres. Ce point était intéressant à préciser car les Français ne sont plus forcés maintenant d'aller chercher les hautes altitudes à Davos, Leysin, Arosa ou Montana.

Le sanatorium d'Aubrac comprend actuellement deux établissements de construction récente et conformes à toutes les exigences de l'hygiène et du confortable moderne : un chalet suisse de 20 chambres et un sanatorium en pierre, vaste palais de granit, achevé cet été et qui pourra dès l'année prochaine mettre à la disposition des tuberculeux trente vastes chambres, avec ascenseur, lumière électrique, salons et galeries de cure.

Il était utile de faire connaître aux étrangers et aux Français qui l'ignorent, la construction de ce sanatorium d'altitude qui montre que la France ne s'est pas laissé distancer par les pays voisins dans la lutte contre la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira le 21 octobre, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. J. Lucas-Championnière.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Dans sa séance du 1er octobre, le conseil a abordé la discussion des questions que soulève l'admission des femmes. Les sociétés unies s'en sont occupées et ont émis des avis divers.

On peut diviser en deux groupes les avis des sociétés.

Dans le premier groupe, certaines sociétés voudraient rejeter purement et simplement l'admission des femmes.

Le conseil a décidé que cela lui paraissait impossible, par la raison que leur admission est la condition nécessaire de l'adjonction des caisses indemnité-maladie et des retraites à l'Association générale.

Le deuxième groupe comprend les sociétés qui admettent les femmes, avec cette réserve que la perte de leur qualité de femme de médecin-sociétaire, résultant soit du veuvage, soit d'un second mariage avec quelqu'un qui n'est pas médecin, soit du divorce, entraîne de plein droit leur radiation.

Le conseil a pensé qu'il convenait de permettre à ces trois catégories de femmes de continuer leurs versements annuels, au titre de membres participants, et de n'exclure de ce droit que les femmes qui s'en seraient rendues indignes.

Marine. — M. le médecin principal Torel, médecin-major du *Formidable*, et M. le médecin de deuxième classe Bavay, en sous-ordre sur le même bâtiment, passeront, le 21 octobre courant, en la même qualité, sur le *Masséna* (escadre du Nord).

— M. le médecin de première classe Bailly, en sous-ordre sur le *Masséna*, sera affecté au *Formidable* à la même date.

— M. le médecin principal de réserve Canoville, du port de Toulon, est rayé, sur sa demande, du cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin principal de réserve Galibert, du port de Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Méreau (de Gençay).

Médaille de bronze. — M. Lalanne (Jean), interne à l'hôpital Saint-Léon, à Bayonne.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 41e semaine, 783 décès, au lieu de 767 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 830.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, comme la semaine précédente (moyenne 10). La variole a causé 3 décès, au lieu de 6 et 8 pendant les deux dernières semaine (moyenne 2) ; le nombre des cas nouveaux a cependant augmenté (35 au lieu de 17), ainsi que celui des malades en traitement dans les hôpitaux (43 au lieu de 39). La rougeole avec 5 décès, la scarlatine avec 1, la coqueluche avec 6 décès restent voisines de la normale. La diphtérie, en augmentation sur la semaine précédente (7) a causé 13 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a subi la même marche (82 au lieu de 52). Le nombre des malades soignés dans les hôpitaux pour cette même affection a aussi progressé (96 au lieu de 75).

La diarrhée a causé 42 décès de 0 à 1 an, au lieu de 48 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41). De plus 1 adulte a succombé à cette affection et on a signalé 1 décès par dysenterie.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 99 décès, au lieu de 81 pendant la semaine précédente et au lieu de 106, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 20); pneumonie, 20 (au lieu de la moyenne 18) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 53 (au lieu de la moyenne 59), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 15 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 193 décès ; la méningite tuberculeuse, 13 décès ; la méningite simple, 18 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 35 décès ; les maladies organiques du cœur, 55 ; le cancer a fait périr 58 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 3 décès ; la cirrhose du foie, 8 ; la néphrite, 23 ; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Société de médecine de Versailles. — Il vient de se fonder à Versailles, sous le nom de Société de médecine de Versailles, une réunion des médecins civils et militaires de la ville et des environs, dans le but de discuter les questions d'ordre scientifique et surtout médical.

Les séances ont lieu à l'hôpital civil, le dernier vendredi de chaque mois, à huit heures et demie.

Un concours pour deux places d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire s'ouvrira à Angers, le lundi 28 octobre 1901, à huit heures du matin, à la Préfecture.

Les candidats devront adresser au directeur, médecin en chef de l'Asile, leur demande accompagnée des pièces suivantes : 1° un extrait de l'acte de naissance (dix-huit ans au moins, trente ans au plus); 2° un certificat de bonne vie et mœurs; 3° un extrait du casier judiciaire ; 4° la feuille d'inscriptions (10 au moins). — Le registre d'inscription sera clos le 26 octobre, à quatre heures du soir.

Les internes sont nommés pour trois ans. Ils reçoivent, en outre du logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage dans les limites fixées par les règlements, une indemnité de 700 francs par an.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Asile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 122. — MARDI 22 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE MARDI 22 OCTOBRE 1901. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE; PASSÉ, PRÉSENT, AVENIR, par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (discours prononcé à la séance d'ouverture du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, le 21 octobre 1901). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies. — REVUE DES THÈSES. A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée? Avantages de la périnéorraphie immédiate secondaire (M. L. CAPDEVIELLE); — Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive (M. H. DIARD). — FORMULAIRE. Poudre à priser contre le coryza. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

PASSÉ, PRÉSENT, AVENIR

Par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

(*Discours prononcé à la séance d'ouverture du XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, le 21 octobre 1901.*)

Messieurs,

Voici deux ans que le Congrès de l'Association française de chirurgie n'a eu lieu, la réunion de l'année 1900 ayant été supprimée. Avec beaucoup d'entre vous, j'ai regretté cette décision qui ne nous a pas permis de montrer aux étrangers, au cours de l'Exposition, une institution scientifique prospère. Je l'ai regretté, non pour moi-même, mais parce que l'occasion eût été bonne pour attirer à nous nombre de ceux auxquels la langue française est familière. Beaucoup nous ont exprimé le regret de n'avoir pu profiter de cette occasion.

Nous avons la coutume juste et pieuse de donner tout d'abord un souvenir à ceux de nos collègues qui ont succombé dans l'intervalle des sessions. J'éprouverais une réelle difficulté à remplir aujourd'hui ce devoir bien complètement. Deux années ont fait les morts très nombreuses. Et par surcroît les collègues dont nous déplorons la perte étaient parmi les plus éminents.

Ollier d'abord, d'une universelle renommée, qui fut membre fondateur de notre association et président. Il restait un membre très actif. On le trouvait toujours sur la brèche. Sa grande notoriété scientifique n'avait d'égale que sa constante bienveillance dont nous avons tous conservé le souvenir.

Eugène Bœckel (de Strasbourg), aussi l'un de nos membres fondateurs et l'un de nos présidents. Eugène Bœckel comptait parmi les représentants les plus brillants de cette faculté de Strasbourg qui a joué un rôle si considérable dans l'histoire de la chirurgie. La maladie seule en ces derniers temps avait éloigné de nous un collègue auquel nous attachaient doublement le talent incontesté et la constante fidélité à la patrie perdue.

Azam (de Bordeaux) avait été aussi membre fondateur; chirurgien de grande notoriété, il avait fait d'importantes excursions dans le domaine de la psychologie.

Decès, chirurgien très estimé de Reims, était aussi membre fondateur.

Nous devons une mention spéciale à Saxtorph (de Copenhague), membre fondateur. Saxtorph était un des amis et des disciples les plus anciens de Lister. Il a joué un rôle considérable dans la chirurgie moderne. Membre de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine, il était sincèrement attaché à tout ce qui était français. Son souvenir est heureusement perpétué parmi nos collègues par son neveu, le professeur Sylvester Saxtorph.

Nous devons encore vous rappeler la perte de Duplouy (de Rochefort), chirurgien de grande notoriété; d'Aspotoli, l'électricien de Dupont (de Lausanne); de Fontorbe (de Rochefort); de Porson (de Nantes).

Messieurs, cette réunion était vouée aux dates rares. Elle n'a pas eu lieu pendant l'exposition mais la voici au début du XXe siècle. Cette date n'est-elle pas tentante et ne nous invite-t-elle pas à rechercher ce que le siècle qui vient de passer a fait pour la chirurgie?

On rappelle volontiers qu'au commencement du XIXe siècle, Boyer estimait que la chirurgie de son temps était si avancée qu'elle n'avait plus guère de progrès à faire.

On s'étonne selon moi beaucoup trop de ce manque de compréhension de l'avenir chez un homme aussi éminent que le fut Boyer.

Je trouve qu'il n'y a aucun lieu d'en être surpris si on veut bien réfléchir. Au temps de Boyer, comme au temps beaucoup plus rapproché de notre éducation, *la chirurgie n'existait pas*. J'entends la chirurgie telle que nous devons la concevoir scientifiquement aujourd'hui. *C'est une science nouvelle qui résulte d'une découverte moderne.*

Or, à moins d'être prophète, Boyer ne pouvait même pas entrevoir l'œuvre de l'avenir.

En disant que la chirurgie n'a été découverte que de notre temps, je ne veux ni discréditer ni diminuer les hommes qui nous ont précédés dans la carrière, ceux desquels nous tenons un bagage si considérable. Mais nous sommes bien obligés de constater qu'ils ne pouvaient connaître aucune des notions fondamentales qui nous dirigent *dans une opération*.

C'est bien pour cela que la lutte pour le progrès fut si laborieuse, si ardente.

De cette lutte même il ne reste pas une notion suffisante. D'une part les jeunes n'ont pas vécu les années difficiles. D'autre part l'éducation actuelle n'apprend guère l'état misérable dans lequel nous avons trouvé la chirurgie. Elle ne donne pas l'idée juste de la métamorphose subie au cours de ce siècle.

Notez, Messieurs, que je ne veux rien dire ni de l'anesthésie ni de l'hémostase. Elle ne faisaient que perfectionner un état antérieur, tout en amenant de prodigieuses modifications de pratique. Je n'entends parler que de l'*état scientifique de la chirurgie*. Nous avons le droit et le devoir de dire que, *de Pasteur et de Lister seulement*, date la naissance de la chirurgie opératoire et scientifique.

Veuillez, je vous prie, ne pas continuer à croire comme beaucoup l'enseignent, que le seul changement à la chirurgie a été l'apport de substances antiseptiques favorisant la réparation des plaies.

Si Pasteur et Lister ne nous avaient donné que cela nous aurions simplement une chirurgie améliorée.

Il serait alors très juste de dire que Lister a eu non seulement un, mais beaucoup de prédécesseurs. Non seulement il faudrait évidemment rappeler le nom de Déclat et de Lemaire préconisant l'acide phénique, mais il faudrait encore rappeler le nom de ceux qui recommandaient le goudron, le coaltar, de ceux qui revenaient aux alcools comme Lecœur (de Caen) et Bataillé. Il faudrait surtout rappeler le nom des chirurgiens anciens qui employaient beaucoup de substances antiseptiques sous le nom de *cicatrisantes*, l'esprit, la térébenthine, le goudron, les baumes, etc.

Les anciens avaient même une notion fondamentale et empirique des *substances cicatrisantes*. Les travaux de nos maîtres du XIXe siècle ont précisément été dirigés de façon à mettre bon ordre à cette routine des anciens par l'étude de l'anatomie, de l'anatomie pathologique et de la physiologie. Forts de leurs études, ils ont proclamé bien haut que les topiques n'avaient aucune influence individuelle sur les plaies dont la réparation était assurée par un processus fatal. Ce processus était différent pour chacun des tissus dont l'analyse était due aux découvertes du XIXe siècle.

Or si matérielles que fussent ces découvertes, elles ont eu surtout pour résultat de paralyser l'évolution de notre science chirurgicale par la notion de l'indifférence du topique.

Lorsque Lister est venu, il n'a pas seulement montré que les complications chirurgicales étaient dues à l'intervention de germes ou microbes que l'on pouvait éliminer par un pansement. Il a montré que tous les tissus, quels qu'ils fussent, quelle que fut leur condition anatomique, subissaient les mêmes phénomènes de réparation, réguliers, inoffensifs, toujours comparables et sans suppuration toutes les fois qu'un germe vivant ne venait pas troubler ces phénomènes de réparation.

Il a montré *pratiquement* qu'on arrivait à une chirurgie opératoire de résultats *réguliers* et *mathématiques* en quelque sorte, toutes les fois que l'on assurait pour le présent et pour l'avenir la protection contre les germes.

Tout le progrès de Lister, toute la chirurgie est là.

Vous pouvez tout changer dans la forme de la pratique. Vous pouvez changer l'antiseptique tant que vous voudrez. Vous pouvez même le supprimer sans avoir le droit de dire en parlant d'asepsie que vous avez fait une découverte. Vous ne pratiquez la chirurgie qu'en vertu du principe fondamental relatif à la réparation des plaies qui a fait de la chirurgie une science régulière comparable aux autres sciences, tandis que jusque-là elle agissait misérablement et irrégulièrement en vertu d'un empirisme très imparfait qui menait aux pires résultats.

Si vous n'êtes pas suffisamment hardis, ne dites pas comme moi que la chirurgie est née de toutes pièces et *toute neuve* à la fin du XIXe siècle. Mais convenez au moins qu'elle était jusque-là dans un état embryonnaire tel, qu'elle serait méconnaissable et inexplicable aujourd'hui pour les plus grands chirurgiens nos maîtres dont nous sommes accoutumés à célébrer les mérites.

Si au lieu de vous contenter de citations, de vous arrêter aux éloges académiques, vous étudiez directement leurs œuvres, vous verrez qu'en ce qui concerne la science des opérations il *ne reste absolument rien*.

Pour vous mettre au point moderne il vous faut faire table rase de la plupart des enseignements qui leur ont fait un renom d'opérateurs. Soyez bien frappé de ce fait caractéristique : leur souvenir ne subsiste pas de ce qu'ils nous ont enseigné et dont nous nous garderions bien de faire usage. Il subsiste seulement parce que nous conservons un respect légitime pour des ancêtres laborieux.

Toute la pratique véritable a été fondée jusque dans ses moindres détails par les chirurgiens de la fin du XIXe siècle.

Cette situation tient à un fait extraordinaire dans l'histoire des sciences qui ont suivi Pasteur. On a vu des sciences toutes nouvelles naître de découvertes récentes. Mais pour nous le fait a été plus complexe. Une science nouvelle est née bien réellement nouvelle mais destinée à continuer le nom et à succéder à l'une des sciences les plus anciennes de l'humanité.

Dans tous les éléments de notre chirurgie vous pouvez trouver la preuve que je n'exagère rien. Ce qui était vérité pour nos maîtres ne l'est plus pour nous.

L'ordonnance voulue pour les opérations les plus simples était profondément différente de celle qui devient nécessaire. Pour la plupart même on a beaucoup trop conservé de coutumes anciennes et inutiles. Les auteurs de ces accommodements sont ceux auxquels leur éducation ne permettait pas une évolution assez complète, et ils sont encore légion.

Voyez pour la pratique d'une amputation, le dessin seul a subsisté.

Une grosse comme une petite résection sont profondément différentes de ce que l'on faisait autrefois. Ce sont, à proprement parler, des opérations distinctes.

Songez que toute la médecine opératoire était conçue pour éviter les grandes ouvertures qui augmentent les surfaces de traumatismes, pour éviter les déchirures irrégulières, pour assurer l'écoulement du pus, pour éviter les désinsertions musculaires, etc.

Nous bravons et bousculons tous ces principes anciens et ne nous attachons plus qu'à des principes tout à fait différents qui assurent les conditions de *sécurité*, de *réunion*, la *vitalité* d'organes que nous pouvons attaquer et conserver dans les circonstances qui paraissaient les plus imprévues.

Or, si cela est vrai des opérations chirurgicales les plus petites ou déjà connues, que dire des opérations chirurgicales nouvelles, des organes qui paraissaient hors de toute atteinte, des faits d'une science si nouvelle que les chirurgiens d'autrefois n'ont pu même les entrevoir dans leurs rêves !

Je dis que, si nous voulons rester suffisamment *respectueux de nos maîtres*, il faut insister sur cette notion que de leur temps la *chirurgie n'existait pas*. S'ils avaient pu avoir *le moindre soupçon* des conditions réelles de la réparation, nous n'aurions pas assez de juste mépris pour l'insuffisance et l'incurie de ceux qui nous ont enseigné, tandis que leur pratique et leur état d'esprit se justifient par l'ignorance absolue des principes que la science moderne a mis à jour pour nous.

Messieurs, il est toujours difficile d'exprimer sur un fait aussi proche de nous une opinion radicale et paradoxale. Je conçois les répugnances que beaucoup auront à admettre cette formule. Ce passé qui devrait être si lointain par l'importance des découvertes, ne va pas au delà de trente-cinq ans.

En faisant devant vous cette revue rétrospective, je vous avoue que je suis très fier de la part que j'ai prise à ce que les plus modérés d'entre vous appelleront une révolution, à ce que je considère, moi, comme la naissance d'une science nouvelle.

J'ai pu constater cette naissance, puis le développement qui a suivi. Or, ce qui me paraît merveilleux dans cette découverte de la chirurgie, dans cette œuvre annexe du grand œuvre de Pasteur, s'est que ses fondements scientifiques ont été assurés du premier coup et depuis n'ont pas été ébranlés.

Cela me mène à penser que, si dans l'avenir bien des progrès sont à accomplir, bien des découvertes sont à faire dont tout naturellement nous n'avons pas la prescience; il y a une vérité fondamentale et une pratique scientifique qui ne peuvent être mises de côté.

Quoique le temps passé soit encore bien court pour émettre ce jugement, nous avons eu déjà des preuves nombreuses qu'il doit en être ainsi.

Les vérités primordiales et les principes nouveaux avaient été si bien établis que le succès annoncé a toujours été obtenu par ceux qui ont suivi la méthode *de très près*. Toutes les fois, au contraire, que l'on s'en *est écarté*, un recul, un résultat inférieur a suivi promptement.

Aujourd'hui la tendance à oublier une partie des principes de Lister se marque trop, selon moi, et me paraît devoir engendrer des résultats désastreux. Vous me permettrez d'insister sur ces faits.

Vous pourriez penser que ces observations sont inutiles. Je ne le crois pas. J'ai passé une partie de ma vie à enseigner les conditions scientifiques de la chirurgie, malgré une opposition qui a été bien difficile à vaincre. Je pense qu'après le progrès accompli il ne faut pas, par lassitude ou par négligence, renoncer à défendre la bonne cause contre de prétendus progrès. Il faut la défendre encore comme autrefois je l'ai défendue contre les enseignements de nos maîtres que l'on voulait indiscutables et immuables.

Quelle était la condition pratique de la chirurgie lorsque Lister en eut établi les principes scientifiques?

Selon Lister, si la destruction et la défense contre les germes était possible, le *milieu chirurgical devenait indifférent*.

Pour l'hôpital une propreté banale devenait une condition suffisante et favorable. Pour le patient comme pour l'opérateur la protection était partout pratiquement possible, la question architecturale disparaissait.

Dès le début, Lister s'éleva contre les exagérations en affirmant que l'antiseptique était aussi nuisible aux éléments anatomiques qu'aux germes eux-mêmes.

Lorsqu'il s'agit de faire suivre ses principes et sa pratique, Lister eut d'abord contre lui la pire des engeances, celle des éclectiques. Ceux-ci, sans doctrine assurée, modifièrent à leur fantaisie une pratique qu'ils ne pouvaient suffisamment repousser, mais qu'ils ne pouvaient comprendre.

Ce furent surtout les maîtres qui faisaient grand honneur à la doctrine nouvelle en en acceptant quelques bribes. Leurs résultats furent désastreux *relativement*. Une diminution de la mortalité les contentait grandement. Pendant nombre d'années, quoique toujours misérables, on a mis ces résultats de la chirurgie améliorée au compte de la chirurgie antiseptique vraie. Ils ont passé. Ils sont pourtant encore cités aujourd'hui, mais seulement par ceux qui ignorent l'histoire de l'antisepsie, comme celle de la chirurgie moderne.

Pour ceux qui réellement ont joué un rôle important dans la marche de l'antisepsie, la première déformation que subit la méthode de Lister fut due à l'exagération dans l'usage des antiseptiques.

Qui peut le plus peut le moins. — Ce principe antiphysiologique fut largement appliqué. Un très grand maître comme Volkmann préconisa l'emploi des flots d'acide phénique, l'usage des arrosoirs; et dans les amphithéâtres inondés, les opérateurs ne pouvaient plus marcher qu'en sabots.

Comme toute méthode excessive, la manière de faire de Volkmann séduisit beaucoup de gens; il eut de nombreux imitateurs et de suivants, variant le thème et l'exagérant encore.

Le moindre des inconvénients de cette pratique faussée, fut de dégoûter le chirurgien de la méthode en lui inspirant la crainte de l'antiseptique.

Cette tendance à accueillir l'excès ne doit pas nous surprendre. On la retrouve toujours et partout. A un moment donné, on l'a trouvée particulièrement grave à propos des excès de l'iodoforme.

C'est l'abus de l'acide phénique qui a conduit à une première substitution d'antiseptique, celle du sublimé. Celui-ci, antiseptique théorique très puissant *in vitro*, s'est montré inférieur dans la pratique générale au point de la faire dévier. Lister, qui fit une étude si consciencieuse de tous les antiseptiques mercuriels, affirma après des années d'expérience que, bien que la chirurgie fût possible avec tous, aucun antiseptique ne s'était montré aussi régulier et aussi maniable que l'acide phénique.

C'est l'infidélité aux antiseptiques puissants et réguliers qui a amené à l'affirmation de ce qu'on a appelé l'asepsie, en empruntant à Lister le mot par lequel il caractérisait l'état des tissus qui ont été privés de germes par l'usage des antiseptiques.

L'asepsie est-elle quelque chose de très spécial ou est-elle seulement un mode d'antisepsie?

Dans beaucoup de cas elle n'est que ceci, qu'une antisepsie atténuée, déguisée. L'usage de l'antiseptique est diminué. On évite une partie de ses contacts avec la plaie.

L'usage des substances stérilisées par l'étuve a facilité cette diminution des antiseptiques.

La réduction des antiseptiques dans la mesure possible était depuis longtemps indiquée par Lister, puisqu'il protégeait les lignes de réunion par un topique non antiseptique.

Une conséquence manifeste de cette diminution dans l'usage des antiseptiques, est qu'aussitôt qu'elle prend un caractère absolu, elle rend la chirurgie infiniment difficile;

elle rend les contacts, les contaminations de voisinage infiniment plus redoutables. Elle rend déjà la chirurgie hospitalière plus compliquée, infidèle même. Elle l'expose à des à-coup, à l'abri desquels l'usage plus libéral des antiseptiques l'avait mise depuis longtemps.

Mais, à côté de cela, l'asepsie vraie, c'est-à-dire la chirurgie sans usage d'antiseptique, est-elle possible?

Il est de toute évidence, *même à priori*, qu'elle est *possible*. Cela ne veut pas dire qu'elle soit *meilleure*. Tous les antiseptiques que l'on a essayés étaient *possibles*. Cela ne voulait pas dire qu'ils eussent la *même valeur* que ceux qui avaient été expérimentés et admis antérieurement.

La seule chose que l'on ait démontrée, c'est qu'en s'entourant de précautions extrêmes, en faisant une chirurgie très difficile à réaliser, qui réclame un outillage de laboratoire, on pourra, dans un certain nombre de circonstances, faire une chirurgie non meurtrière et comparable à celle que nous avons appris à faire couramment avec les moyens antiseptiques puissants. *C'est une sorte de tour de force* à réaliser pour remplacer un acte méthodique et simple.

Encore, pour que ceci soit vrai, faut-il bien distinguer les cas de la chirurgie.

Si vous vous adressez à la chirurgie abdominale, vous aurez un champ très large pour cette chirurgie sans antiseptique. C'était un fait facile à prévoir en réfléchissant que les succès relatifs des premiers ovariotomistes avaient été obtenus à peu près uniquement en prenant des soins méticuleux pour supprimer les habitudes opératoires malpropres des chirurgiens nos maîtres.

En enchérissant sur cette propreté par l'adoption des procédés modernes de stérilisation, on devait perfectionner.

Ce succès de la suppression d'antiseptiques dans la chirurgie péritonéale, nous paraît très explicable par la tolérance habituelle du péritoine. Contrairement à beaucoup d'opinions reçues, le péritoine, qui n'aime pas les germes infectieux, est très tolérant pour d'autres ennemis de la chirurgie générale. Nous avons bien des raisons de croire que, dans ses expériences, Michaëlis ne stérilisait pas les fragments de viande qu'il introduisait dans le péritoine. Cependant, il fit ces expériences avec des succès incontestables.

Même lorsqu'elle reste dans le domaine péritonéal, la chirurgie qui supprime les antiseptiques présente de nombreux inconvénients. Si la lésion péritonéale était septique ou si seulement les surfaces traumatiques étaient considérables et irrégulières, le moindre inconvénient qu'elle ait est de vous amener à une extrême fréquence du drainage péritonéal; et je crois bien que certains résultats en sont plus mauvais.

Si vous sortez du domaine péritonéal, la chirurgie reste possible encore. Elle reste évidemment toujours très supérieure à tout ce que l'on faisait autrefois. Mais elle perd par la suppression des antiseptiques une partie de sa régularité. Pour des régions qui offrent à la septicité une facilité particulière, elle peut, à l'occasion, avoir les conséquences les plus funestes.

Ce qui avait donné à la chirurgie nouvelle sa constance et sa sécurité, c'était l'intervention de l'antiseptique qui parait aux ensemencements même imprévus. Si vous le supprimez, vous ne vous défendrez que contre ce que vous prévoyez et vous rentrez dans l'incertitude sur des invasions de germes imprévues, sur des fissures inconnues. Une chirurgie généralement heureuse sera troublée accidentellement par un désastre qui vous rappellera la nécessité d'une protection plus sûre.

Toute la chirurgie articulaire en est là. Il y a bien longtemps que je l'ai désignée comme un *criterium* qui ferait juger l'impossibilité de généraliser la chirurgie sans antiseptique.

Pour la plus simple des opérations articulaires, pour la suture de la rotule, il serait facile de vous citer aujourd'hui des désastres : la raideur de la jointure et même la mort dues à la chirurgie sans antiseptiques.

Plus on s'engagera dans cette voie et plus ces accidents se multiplieront. Ce qui peut servir à le faire prévoir, c'est précisément l'étude des accidents auxquels était exposée déjà la chirurgie franchement antiseptique quand elle commettait une faute. Elle indiquait bien les obstacles redoutables.

J'ajoute, en passant, qu'elle n'avait jamais appris à personne cette fameuse *irritation de la synoviale* par les antiseptiques, qui n'a été vue que par *ceux qui ne savent pas se servir des antiseptiques*.

Mais, me direz-vous, tous les arguments que vous invoquez sont fondés sur des incidents ou des accidents, sur des opinions théoriques, que faites-vous des arguments pour et contre, des *statistiques?*

A coup sûr, les statistiques peuvent nous renseigner. Mais il ne faut pas oublier qu'elles sont encore d'une interprétation fort difficile.

Les premières statistiques que nous avons eues à opposer à nos maîtres étaient bien simples. A une chirurgie irrégulière sans sécurité, *à mortalité sans limite*, nous opposions une chirurgie dans laquelle la mortalité disparaissait à peu près complètement.

Aujourd'hui, la chirurgie n'a plus de droit à la mortalité imprévue et les comparaisons sont bien plus difficiles.

Il faut serrer de très près les statistiques.

Que dire, par exemple, d'une mortalité générale, de ce que l'on appelle les statistiques intégrales? Elles varient avec une foule de conditions, avec la nature des opérations faites, avec le plus ou moins de répugnance que le chirurgien a de faire des opérations *in extremis*, et surtout avec sa chirurgie hospitalière qui est aussi variable par le mélange des petites et des grandes interventions. On ne peut donc rien en conclure. Il faut comparer des faits comparables. L'une des comparaisons tout indiquées est celle de la même opération souvent répétée en séries importantes et par le même chirurgien. Même celle-ci peut être encore sujette à interprétation.

Si on accepte ces comparaisons telles quelles, combien la tâche va être difficile pour la chirurgie sans antiseptiques! Je vais vous l'indiquer.

Prenons la mortalité pure et simple. Mais quels chiffres énormes faudra-t-il, car la mortalité est si réduite avec la chirurgie antiseptique que l'abaissement est aussi difficile à espérer qu'à constater.

Encore, si nous examinons des séries déjà anciennes à comparer avec des séries récentes, sommes-nous un peu injustes envers les anciennes, parce que l'emploi même des antiseptiques n'est pas resté sans progrès. Les séries récentes sont toujours meilleures dans l'œuvre d'un chirurgien. *Même avec l'antisepsie, l'expérience joue un rôle capital, quoi qu'on en veuille penser.*

Je prendrai pourtant deux exemples dans mes statistiques, tirés des opérations dont j'ai le chiffre proportionnel le plus

considérable remontant à vingt ans, pour vous indiquer ce que la chirurgie sans antiseptiques aura à nous opposer comme preuve.

Une des opérations que j'ai pratiquées le plus souvent dans cette période est la cure radicale de la hernie. Je ne l'ai jamais faite par un procédé économique. Pour moi, c'était toujours une grande laparotomie et j'ai, dans ma statistique, joint aux hernies inguinales les hernies ombilicales et les éventrations, dont beaucoup étaient d'immenses opérations.

J'ai fait un total de 1030 cures de hernies non étranglées.

La mortalité est de 7 cas, soit moins de 0,68 p. 100.

Cette mortalité est déjà petite opposée au nombre des opérations, surtout en tenant compte de ce fait que, faisant cette chirurgie avant tout le monde, je l'ai faite sans guide et dans des conditions redoutables.

Je vous ferai remarquer qu'un de ces cas appartient à une hernie épigastrique et l'autre à une éventration.

Cela ne fait au total que 5 morts sur 868 hernies inguinales, soit 0,57 p. 100. En joignant les hernies ombilicales et crurales qui sont sans mortalité on trouve 988 cas avec 5 morts, 1/2 p. 100.

J'ajoute comme renseignements qu'aucun de ces cas n'est un cas de septicémie péritonéale, que tous appartiennent à une tare qui avait été méconnue; dans deux cas, je n'opérerais plus aujourd'hui et dans trois cas j'avais refusé l'opération à plusieurs reprises.

En réunissant mes cas chez les jeunes sujets comparables à ceux des enfants et de la chirurgie des sujets au service militaire, jusqu'à vingt-trois ans, sur 319 cas je ne trouve aucun décès. C'est-à-dire que l'opération, sur des sujets jeunes, *a été sans mortalité*. Même tout compris ma dernière série est de 281 cas sans mortalité.

Ceci est de la chirurgie péritonéale. Même pour celle-ci je ne crois pas que l'abaissement de la mortalité par chirurgie sans antiseptiques ira beaucoup au-dessous de celle-ci, à peu près nulle en réalité. Si elle ne va pas au-dessous je déclare que je ne vois aucune raison pour faire cette opération en dehors des conditions d'extrême simplicité de la pratiqne antiseptique que j'ai adoptée.

Un autre exemple, celui-ci tiré de la chirurgie articulaire et qui me paraît pour cette raison plus démonstratif encore.

Depuis vingt ans, j'ai fait 110 résections du genou. J'ai dû là me faire une technique personnelle sur une opération que personne ne faisait à l'époque, car vous ne trouverez aucune statistique analogue à la mienne chez les chirurgiens français, sauf celle de Jules Bœckel.

La résection du genou était autrefois l'opération qui donnait la pire mortalité hospitalière.

Sur ces 110 opérations *je n'ai aucune mortalité due* à l'opération. Les morts les plus proches, je les ai observées chez deux sujets guéris après plus de cinq mois : l'un était atteint de tuberculose pulmonaire et mourut au cinquième mois. Il avait infiniment bénéficié de son opération. Le deuxième mourut au bout de cinq mois de l'empoisonnement accidentel d'une fistule de la peau des parties molles, très lointaines du genou. Il marchait depuis deux mois.

En réalité *aucune mortalité opératoire, aucune infection de plaie*, sur des sujets pour lesquels je n'ai même pas fait le décompte de ceux infectés antérieurement, et ils sont nombreux.

Vous trouverez en matière de résection ces résultats habituels, car voici les chiffres qui concernent les grandes résections que j'ai faites pendant ce temps.

En réunissant les résections de l'épaule (15), du coude (47), du poignet (11), de la hanche (4), tibio-tarsiennes (5), je n'ai aucun cas de mort par infection ou suppuration.

Pour le coude, un enfant mourut le jour même pour une tuberculose pulmonaire méconnue, et un homme plus de deux mois plus tard de tuberculose pulmonaire. En réalité, la tuberculose seule a été cause de mort; aucune mort en dehors.

Cette situation statistique vous montre que, lors de l'opération antiseptique sur les grandes articulations, la mort, si rare, ne résulte pas de l'opération. Il sera bien *difficile* aux partisans d'une autre méthode de *faire mieux* au point de vue *de la mortalité* et j'attends ces statistiques.

Pour être généreux et continuer à raisonner j'admets, sans que personne en ait jamais donné la preuve, que cette méthode sans antiseptiques fait *aussi bien au point de vue de la mortalité*; j'admets que mettant à l'abri de toute infection primitive elle ne donne jamais occasion ni à mort ni à suppuration immédiate. Cela ne suffirait pas à les justifier.

Pour que nous trouvions une supériorité qui justifie son emploi il faut aller plus loin. Il faut nous montrer par exemple que la méthode met à l'abri des suppurations secondaires, si rares avec la méthode antiseptique mais qui surviennent encore quelquefois en vertu de négligences que nous connaissons bien du reste. Il faut toujours rechercher la faute commise, disait Lister.

Nous sommes en mesure d'affirmer qu'il n'en est rien. Malgré la multiplication des précautions on observe encore assez souvent ces suppurations secondaires sans gravité. Même elles seraient relativement fréquentes dans la chirurgie hospitalière au point que, *sans antiseptique*, pour les éviter il faudrait s'éloigner absolument de tous les foyers de suppuration et diviser la chirurgie.

Que devient donc cette immense conquête de Lister qui montra tout d'abord que la chirurgie *sans mortalité et sans suppuration* était, de *par la chirurgie antiseptique*, possible *dans tous les milieux* et que la question architecturale était jugée?

Il y a un véritable recul à l'abandonner dans ces conditions.

Au moins, cette méthode nouvelle a-t-elle des caractères accessoires avantageux? Est-elle plus simple et plus facile, moins coûteuse, plus conforme aux modes normaux et bien admis de la chirurgie ancienne, est-elle plus économique hospitalièrement parlant?

Eh bien! non. Cette chirurgie nouvelle est hérissée de complications. On est frappé par exemple de la facilité avec laquelle le public médical les accepte quand on songe aux critiques qui nous ont assaillis autrefois pour les actes les plus simples, pour la pulvérisation par exemple.

On ne souffre plus d'objections aux difficultés de la chirurgie sans antiseptiques.

Notez que je ne parle que pour mémoire des complications qu'elle a engendrées, des gants, des masques et de la prodigieuse quantité des accessoires, de la préparation des salles, de celle des malades. Mais, je note surtout ce fait, que la chirurgie sans antiseptiques ne peut se pratiquer que dans des laboratoires dont la formule architecturale est si difficile à établir que tous ceux que l'on a construits à si grands frais passent aujourd'hui pour insuffisants.

Comment pourrait-il en être autrement puisque chaque détail devient de plus en plus difficile à surveiller! Pour n'en

citer qu'un petit : la question du fil. Voici plus de trente ans que les chirurgiens en dehors de Lister sont agités par la recherche du fameux fil aseptique. Un chirurgien éminent déclarait, il y a peu de temps, que le fil parfaitement aseptique au début d'une opération devenait septique à la fin par le seul fait de la prolongation de cette opération.

Je vous déclare, pour ma part, qu'en matière antiseptique, je ne connais pas de question plus simple. J'ai toujours employé le même catgut préparé par le même procédé de Lister, auquél j'ai ajouté encore un bain dans une *substance antiseptique puissante*, *l'essence de terébenthine*, et *jamais d'autre stérilisation*. Je ne vois jamais une élimination de catgut. Cela m'a permis d'en user et de le prodiguer de façon à en obtenir des effets que bien des chirurgiens déclarent impossibles à obtenir, privés qu'ils sont de cet agent qui constitue une des découvertes accessoires dans l'œuvre géniale de Lister.

Ainsi, depuis trente ans, chaque fois que la pratique s'est éloignée *de la théorie géniale de Lister*, nous avons observé des fautes de pratique qui sont devenues désastreuses pour le malade.

Permettez-moi de vous en citer encore un exemple.

Étant accoucheur, j'ai montré, le premier en France, que la pratique obstétricale pouvait et devait bénéficier de l'antisepsie. J'ai institué des soins obstétricaux basés exactement sur les mêmes principes que nos opérations et nos pansements antiseptiques. « Les plaies utérines et vaginales une fois purifiées, n'ont pas plus besoin du renouvellement de l'antiseptique que la plaie chirurgicale. » Je défendis donc (*la purification une fois faite*) toutes les injections secondaires qui constituent l'abus de l'antiseptique.

Comme pour la chirurgie la méthode a été altérée.

La première modification fut l'adoption du sublimé, antiseptique chirurgical *médiocre*, comme je l'ai déjà dit, mais *mauvais antiseptique* obstétrical.

A cause de ce changement, les injections furent variées et multipliées à l'excès.

Aussi, que voyez-vous dans la pratique obstétricale, au lieu de la régularité que j'avais observée dans ma pratique privée comme dans ma pratique hospitalière ?

C'est que la pratique privée reste sensiblement plus mauvaise et plus malheureuse que la pratique hospitalière. Cela tient à ce que l'injection inutile, surtout si elle est faite avec un antiseptique médiocre ou une substance simplement stérilisée, est une intervention essentiellement dangereuse et difficile à surveiller.

On voit alors en ville, même dans de bonnes conditions, des accidents puerpéraux qu'on voit infiniment moins à l'hôpital.

J'ajoute que j'ai actuellement la satisfaction de constater qu'un assez bon nombre d'accoucheurs reviennent à la proscription des injections secondaires, et à une pratique beaucoup plus conforme à ma pratique primitive et par conséquent à la doctrine de Lister.

J'ai une foi absolue que les chirurgiens en feront autant dans le même sens, c'est-à-dire que devant l'irrégularité et les difficultés de la pratique de la chirurgie sans antiseptiques, ils reviendront à l'usage régulier de l'antisepsie chimique.

Vous me direz qu'il y a là de ma part une grande présomption, que la chirurgie s'engage de plus en plus dans la voie des installations coûteuses et de la chirurgie sans antiseptiques, que l'inutilité et le danger des antiseptiques sont constamment proclamés en France et à l'étranger.

Vous avez peut-être raison de faire cette constatation. Mais vous auriez tort de penser qu'elle sera suffisante pour modifier mes prévisions d'avenir.

Messieurs, je suis très accoutumé à trouver ce consensus unanime contre moi et à n'en pas être trop impressionné. Ce n'est pas, comme vous pourriez l'imaginer, par fatuité.

Cela résulte d'une habitude philosophique que j'ai contractée lors de ma première éducation. Lorsque j'ai étudié une question, après lui avoir trouvé un fondement scientifique bien précis et bien net, je ne dévie plus de ma théorie, je lui fais donner tout ce qu'elle peut donner sans un grand souci des objections que je considère comme sans valeur.

Par une sorte de fatalité, j'ai dû combattre ainsi l'opinion publique, non seulement pour la question générale et primordiale de l'antisepsie, mais pour un nombre respectable de questions particulières.

J'ai trouvé une opposition violente, non seulement pour la trépanation mais pour l'utilisation des localisations cérébrales. Broca lui-même n'admettait pas qu'en dehors de l'aphasie quelque chose pût être utilisé. Y a-t-il une question mieux admise aujourd'hui ?

La lutte pour la cure radicale de la hernie a été telle que bien des contemporains même, qui la pratiquent largement aujourd'hui, ne voulaient point la permettre.

Aujourd'hui la cure radicale est universellement acceptée et même exagérée au point que je suis amené à conseiller la modération.

Voici plus de vingt ans que je défends la cause de la mobilisation dans les fractures. J'ai été bien attaqué sans en être ému, et sans me détourner d'une méthode que je fondais sur une observation nette, incontestable, si paradoxale qu'elle parût.

Si mes théories et ma pratique sont encore loin d'être admises, elles ont attiré des approbations et même des détournements scientifiques, de ceux que Chassaignac donnait comme les meilleurs témoignages de la propagation des découvertes. Je reste indifférent aux attaques, quelles qu'elles soient, parce que les vérités doivent toujours paraître quand on les soutient avec assez d'énergie.

C'est ainsi que j'ai toujours agi pour chacune des applications de la méthode antiseptique. Il ne faut pas que vous oubliiez que chacune de nos applications aux fractures fermées, aux articulations blessées, aux articulations saines ou enflammées, a été l'objet d'une lutte quotidienne.

Messieurs, c'est parce que j'ai cette grande et *malheureusement ancienne* expérience de la lutte que je vous dis que le retour à une doctrine plus correcte et à une pratique mieux accordée avec la doctrine de Lister est chose nécessaire.

Vous aurez beau faire, vous ne pourrez pas faire vivre et prospérer la chirurgie sans emprunter à la chimie des substances germicides. L'ennemi est trop multiple, trop subtil.

Ce qui m'a empêché de voir dans la suppression des antiseptiques une grande méthode à opposer à l'antisepsie, c'est que cette pratique nouvelle ne reposait sur aucun fait scientifique nouveau. On nous disait que la suppuration pouvait ne pas se produire malgré l'absence d'antiseptique.

Mais c'était là un fait ancien, banal et très expliqué. Il est bien entendu qu'à mesure que la propreté et le perfectionnement de l'acte chirurgical éloignaient les microbes, les chances d'infection ou simplement de suppuration sont extraordinairement réduites, si vous voulez.

Mais cela ne peut qu'améliorer la chirurgie sans lui donner *la garantie absolue que donne l'antiseptique.*

Si vous voulez être *assurés* contre toute intrusion septique et irritative naturelle ou accidentelle, vous serez toujours obligés d'avoir recours à l'antiseptique parce qu'il faut que tout ennemi soit *anéanti à quelque moment qu'il se présente.*

Si vous voulez faire de la chirurgie un acte simple non dangereux, quel que soit le milieu, quelles que soient les misères parmi lesquelles vous intervenez, vous n'aurez pas d'autres recours que la chirurgie aidée d'un antiseptique chimique.

Réussirez-vous à modérer la quantité de l'antiseptique à employer, à diminuer ses contacts, à limiter son emploi topique? Mais cela, Messieurs, c'est l'œuvre du progrès et elle a toujours été recommandée par Lister.

Il y a toutefois un fait curieux que l'expérience nous a enseigné. Si le nombre des substances chimiques, à l'aide desquelles on peut faire de la chirurgie, est presque illimité, en pratique le nombre des substances d'usage général, je dirai volontiers d'usage grossier, est vraiment fort restreint.

Après quarante années, l'acide phénique réunit toujours les conditions banales les plus simples et les plus favorables, tellement que les perfectionnements qui le touchent, c'est-à-dire sa purification, les modes de dissolution, me paraissent des progrès plus assurément utiles que la découverte même de substances diverses dont on a préconisé l'emploi pendant ce temps.

Je vois donc la pratique chirurgicale prochaine ainsi formulée :

Modération de l'usage des antiseptiques dans la chirurgie des viscères (intestin, estomac, foie) pour laquelle l'antiseptique est à la fois moins utile et plus nuisible que pour les autres opérations.

Aussitôt que les chances de septicité se présenteront, la laparotomie reviendra à la chirurgie antiseptique.

Pour toutes les opérations en dehors de l'abdomen, la chirurgie par l'antiseptique reste la chirurgie simple et sûre.

Pour la chirurgie hospitalière, elle reste la seule qui donne la garantie suffisante pour affirmer la sécurité définitive de toutes ses opérations.

Pour moi, actuellement, l'usage de l'acide phénique au premier rang, de l'eau oxygénée et, dans une petite mesure, de l'iodoforme me paraît répondre aux desiderata chimiques. On y joint les substances simplement stérilisées.

Mais je serais plus Listérien que Lister si je n'admettais que la substance n'importe que par sa qualité de germicide et pourra varier selon les découvertes à venir.

L'usage des fils résorbables, le rôle utile du drainage, les nécessités de compression et tant d'indications accessoires de la méthode de Lister resteront intangibles et toujours liées à la théorie de la réparation, qu'il a exposée d'une façon si parfaite que rien n'a pu réussir à la remplacer.

Messieurs, la défense d'une doctrine, et l'exposé de ce que je considère comme l'avenir nécessaire par le retour à l'antisepsie franche, déjà m'ont amené à vous parler de moi-même plus que de raison.

Je m'en excuserais, si je ne l'avais fait plutôt par reconnaissance et pour justifier l'honneur que vous m'avez attribué en me nommant président.

Certainement, quelques-uns d'entre vous ont agi en vertu d'une aimable camaraderie. Mais le très grand nombre ne peut malheureusement par raison d'âge compter parmi mes camarades.

Si vous m'avez appelé avant d'autres très méritants, c'est évidemment parce que vous avez bien voulu vous souvenir du rôle que j'ai pu jouer dans l'évolution de la chirurgie contemporaine.

J'ai donc considéré comme un devoir de vous parler de cette chirurgie contemporaine, de vous dire comme je la conçois, comme je l'ai pratiquée et comme j'en vois l'avenir.

J'ajoute encore un mot. Je ne crois pas que sur ce sujet la modestie soit bien de saison. Il y a un véritable devoir patriotique à dire haut et publiquement non seulement ce que l'on pense, mais ce que l'on a fait pour la chirurgie.

L'histoire de la chirurgie se fait actuellement. Les livres étrangers et même français se remplissent volontiers d'une légende qui représente la chirurgie française comme rebelle à la venue de la chirurgie antiseptique et lui ayant accédé fort tardivement. On y attribue le progrès moderne à des personnalités qui n'y ont aucune part ou qui l'ont toujours combattu.

Il y a, dans l'histoire ainsi comprise, une grande injustice et nous avons la mauvaise habitude de laisser effacer notre rôle.

Oui, en France comme partout ailleurs du reste, l'opposition de l'ensemble des chirurgiens a été violente. Mais les pionniers de la méthode ont été de la toute première heure.

J'ai publié en janvier 1869 un article sur la chirurgie de Lister, alors que la plupart des chirurgiens en Europe n'avaient même pas la notion de l'existence de Lister, alors que Pasteur était combattu avec la dernière violence. Depuis, j'ai sans cesse prêché la bonne parole.

Lorsqu'en 1874 j'ai fait mes premières opérations suivant une méthode vraiment antiseptique, Volkmann, en Allemagne, commençait à peine ses essais, qui sont de la fin de 1873.

Lorsqu'en 1875 j'ai publié un manuel formulant, avec exemples à l'appui, la doctrine de Lister, cet exposé méthodique et didactique n'avait pas été fait même en Angleterre. Il fut traduit en anglais.

Lorsqu'en 1878 j'affirmai qu'à la Maternité, que je dirigeais, nous pouvions appliquer avec succès les principes de Lister par une technique obstétricale nouvelle, la plupart des accoucheurs, en tous pays, affirmaient l'impossibilité d'appliquer l'antisepsie à l'obstétrique.

Il est bien vrai que toutes ces communications ont trouvé, à la Société de chirurgie et ailleurs, une opposition si violente que bien de ses auteurs, en ayant honte, l'ont oubliée ou l'ont reniée depuis.

Mais dès le début de ces discussions, dès l'année 1875, un groupe de jeunes s'était formé qui s'est associé avec moi dans la lutte. Je ne puis oublier ici les compagnons, les convaincus de la première heure, mes amis personnels, Terrier, Périer, Nicaise, avec lesquels, dès cette année 1875, nous menions le bon combat.

Dès cette année, même parmi les maîtres, nous avions trouvé quelques rares appuis, et je suis heureux de rappeler que, cette première année 1875, Verneuil et Guyon ont bien voulu me faire expérimenter dans leur service.

Sédillot affirma sa confiance dans l'avenir en apportant à l'Académie des sciences son opinion sur la théorie.

Pendant les années suivantes, de concert avec ces cama-

rades, attirant à nous les nouveaux venus malgré les obstacles de toutes sortes, nous avons apporté preuves sur preuves de l'excellence de la méthode, et l'opinion des maîtres a dû céder.

Elle a dû céder devant les efforts d'une phalange peu nombreuse mais très active, qui faisait beaucoup de besogne et beaucoup de bruit.

Je pense qu'en m'appelant à la présidence vous avez voulu affirmer le souvenir de cette part que, dès son début le plus lointain, des chirurgiens français ont prise à l'évolution de la chirurgie scientifique. Cette part n'est pas inférieure à celle qui peut être assignée à d'autres chirurgiens en d'autres pays et elle est plus ancienne.

Je vous suis pour moi-même très reconnaissant de votre souvenir. Après de longues années il contraste bien heureusement avec les attaques violentes qui m'ont poursuivi pendant tant d'années.

Ces témoignages confraternels font oublier l'âpreté de la lutte, et le prix qu'elle a coûté. Ils peuvent apprendre aux jeunes que, quels que soient les déboires de l'heure présente, la conviction scientifique et la sincérité dans l'expression de la pensée vous mènent au but à l'heure dite, où le suffrage de vos pairs constitue la récompense la plus haute que puisse ambitionner l'homme de science.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(16 octobre 1901)

Courte séance. Peu de choses à l'ordre du jour. Il faut croire qu'on se recueille pour le Congrès.

A propos de l'épilepsie post-opératoire dont on a parlé dans la dernière séance, M. Kirmisson rapporte le fait d'une fillette de onze ans, ayant eu deux attaques d'épilepsie à sept ans. A l'âge de deux ans, elle avait fait une chute dans les escaliers et s'était fait une fracture du crâne. En arrière et au-dessus de l'oreille droite, elle présentait une dépression verticale de 4 à 5 centimètres de longueur correspondant à la fracture et offrant des battements. La région était douloureuse à la pression. Pensant que les attaques d'épilepsie pouvaient tenir à une lésion osseuse, M. Kirmisson fit une incision. Il ne trouva rien. On n'a pu savoir si l'enfant a eu de nouvelles attaques après cette intervention.

Chaque fois que M. Albarran vient vanter les services que rend le cathétérisme des uretères, on peut être sûr que M. Bazy viendra en signaler les dangers et l'inutilité : il a vu récemment un malade atteint de tuberculose rénale, qui avait subi, en Amérique, le cathétérisme des uretères et qui s'en était si mal trouvé qu'il commença par déclarer à M. Bazy qu'il ne voulait pas la subir de nouveau. Ce malade ne pouvait mieux faire que de s'adresser à M. Bazy.

M. Nélaton analyse une observation de M. Courtaux relative à un marin qui avait subi un **écrasement du calcanéum**; il était réduit en bouillie; malgré un nettoyage soigneux, il se produisit un sphacèle de la région talonnière et une plaie qui mit six mois à se cicatriser. La guérison obtenue, le malade pouvait marcher assez facilement, on a donc bien fait de ne pas pratiquer l'amputation.

M. Tuffier fait un rapport sur trois observations de **prostatectomies** envoyées par M. Adenot (de Lyon). La première a été faite sur un homme atteint de rétention d'urine due à un cancer de la prostate. Quatre mois après la prostatectomie périnéale sous-scapulaire, il y avait généralisation et mort.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une hypertrophie de la prostate ayant déterminé de la rétention, de l'hématurie et de l'infection. Une cystostomie fut pratiquée et le lobe moyen fut enlevé. Le malade ne fut suivi que six mois.

Un troisième malade présentait les mêmes lésions et les mêmes accidents. M. Adenot fit une prostatectomie partielle périnéale et, deux ans après, l'opéré était encore en très bon état.

Pas de séance mercredi prochain à cause du Congrès.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies.

Les théories actuelles tendent à faire considérer la chlorose et les anémies non plus seulement comme des maladies du sang, mais encore comme la conséquence d'un trouble de la nutrition générale. Aussi a-t-on proposé de différents côtés d'utiliser l'action pharmacodynamique des métaux lourds, action qui, d'après les travaux de l'école italienne et de l'école allemande, favorise au plus haut point la nutrition des tissus. M. F. Bouillat, dans une thèse récente (1), résume ainsi les propriétés de ces métaux et leurs indications dans le traitement des anémies.

Tout d'abord, dit M. Bouillat, ce qu'on appelle la chlorose est justiciable de traitements totalement différents, suivant les formes qu'elle prend. Dans les chloroses du premier degré, le repos, l'air ensoleillé de la campagne, une alimentation convenable, suffisent le plus souvent. Les meilleurs aliments sont la viande, surtout saignante, les œufs, le lait, le fromage râpé, la farine fine de légumineux, le pain blanc. Dans les cas plus graves, on prescrira, suivant les cas, une cure d'altitude moyenne dans un climat à l'abri des vents et des bourrasques, ou bien le séjour au bord de la mer ou dans certaines stations thermales.

Jusqu'à ces dernières années, le fer, sous toutes ses formes, était considéré comme la base même du traitement, comme le spécifique par excellence de l'anémie. Souvent il donne des accidents qui, signalés déjà par Trousseau, ressemblent singulièrement à une gastropathie médicamenteuse avec retentissement sur le système cardio-vasculaire (Huchard). Mais c'est que, M. Albert Robin l'a bien montré, le fer comporte des indications et des contre-indications nettes. Le fer est contre-indiqué dans les anémies du premier degré parce qu'il augmente les oxydations et ajoute ainsi ses effets à ceux de la cause morbide. Dans ces cas, c'est à l'arsenic qu'il faudra s'adresser, parce que l'arsenic, à doses thérapeutiques, modère les processus d'oxydation et diminue considérablement les échanges.

Dans les autres anémies, dites symptomatiques, la suppression de la cause ou le traitement de l'affection primordiale suffit parfois à amener la guérison, lorsque l'anémie n'est pas arrivée à une période trop avancée. La médication ferrugineuse est nuisible dans l'anémie tuberculeuse, à cause des phénomènes congestifs qu'elle peut produire, et inutile dans l'anémie cancéreuse. Elle ne donne non plus aucun résultat dans l'anémie pernicieuse progressive. En somme, sauf pour ces cas, on peut, avec M. Huchard, résumer le traitement des anémies dans la formule suivante : « Beaucoup de repos, beaucoup d'air, un peu de fer. »

Aux préparations martiales préconisées depuis longtemps : sous-carbonate, protoxalate de fer, perchlorure de fer, etc., on a ajouté récemment la *carniferrine* (Siegfried), prépara-

(1) Th. de Paris, 1901.

tion qui semble n'avoir pas donné les résultats qu'on en attendait; le *ferrosal*, dont l'usage ne s'est pas répandu; l'*hémoglobine*, qui a donné d'excellents résultats, mais est très difficile à préparer; le *fersan* qui, à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour, paraît être une bonne préparation alimentaire et thérapeutique; l'*hémol* et l'*hémogallol* qui donnent aussi de bons résultats. De même les *bromo* et *iodohémol*, les *cupro*, *arsénio*, *hydrargyro-hémols* jouissent tous d'une action tonique remarquable sur l'organisme, en dehors de l'action propre que leur imprime la présence du corps en combinaison avec l'hémoglobine.

La *ferratine* de Schmiedeberg est un acide albumino-ferrique. Elle a donné de bons résultats à dose de 0g50 à 1g50 par jour, mais ne paraît pas supérieure aux autres préparations martiales. Gopfler a vanté, peut-être à tort, comme aliment médicamenteux, un *ferrovitellinate de fer*. La *ferrosomatose* a donné de nombreux succès. On emploie encore souvent les citrate, tartrate, pyrophosphate et peptonate de fer.

Le *manganèse* est, depuis 1850, utilisé dans le traitement des anémies. Combattu par Rabuteau, Woltenig, préconisé par Hamon, Pétrequin et Debienne, ce médicament n'est pas encore entré dans la pratique courante : il est plus toxique que le fer et son emploi prolongé amène la désintégration d'une partie des hématies.

L'*arsenic* est surtout employé sous forme d'arséniate de soude.

Le *cuivre* a été employé dans ces dernières années sous forme de sulfate ou d'acétophosphate. Le cupro-hémol se prescrit à la dose de 0g10 à 0g50 *pro die*, et divers expérimentateurs lui attribuent l'avantage sur les autres composés cupriques, en raison de sa faible action irritante.

Le *zinc*, étudié par Cervello et Savoca, serait bien supporté et augmenterait sensiblement le taux de l'hémoglobine. Le *cobalt* a été expérimenté, mais non encore introduit en thérapeutique, par Pittini et Messina; enfin les *sels de mercure* donnent de bons résultats, particulièrement dans les cas d'anémie syphilitique.

Les résultats obtenus dans le traitement des anémies par les préparations de ces divers métaux à poids lourd, modifient la conception de l'action pharmacodynamique du fer. Il n'est plus possible d'admettre la régénération de l'hémoglobine par la pénétration du fer dans sa molécule, mais plutôt par une action stimulante sur la nutrition appartenant à un degré plus ou moins élevé aux divers métaux que nous venons de signaler.

Cette action stimulante sur la nutrition est probablement due à l'action exercée par les métaux à poids lourd sur les organes où l'on rencontre les oxydases, action qui favorise la production de ces dernières. L. B.

REVUE DES THÈSES

A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée? Avantages de la périnéorraphie immédiate secondaire, par M. le docteur Léopold CAPDEVIELLE. (Th. de Paris, 1901.)

La réparation immédiate des déchirures incomplètes du périnée causées par l'accouchement n'est plus en discussion aujourd'hui. Elle est acceptée par la généralité des accoucheurs, malgré qu'il ne s'agisse que de traumatismes souvent de peu d'importance. L'utilité de supprimer toute surface cruentée susceptible d'infection et de restaurer plastiquement la région vulvo-périnéale a suffi pour décider de la pratique à suivre en pareil cas.

Lorsqu'il s'agit de traumatismes autrement graves, c'est-à-dire de ruptures complètes du périnée avec participation plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale, les indications de la restauration immédiate sont autrement puissantes. La majorité des chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a aucun profit à attendre le délai considérable de six mois et au delà pour exécuter l'opération réparatrice et qu'il y a tout avantage à ne la point différer.

La périnéorraphie immédiate est, dans ce cas, le procédé de choix.

Il existe cependant un certain nombre de considérations qui peuvent déterminer l'adoption d'un délai.

Ce sont :

1° L'infection antérieure dûment constatée des voies génitales.

2° Le mauvais état des tissus divisés; infiltration, œdème, thrombus.

3° L'état général défectueux de l'accouchée : albuminurie, hémorragie grave.

Lorsque la réunion immédiate est tentée dans de telles conditions, elle échoue parfois, malgré toutes les précautions prises.

La périnéorraphie immédiate peut échouer en outre pour d'autres raisons dépendant d'incidents postérieurs à l'opération :

1° Infection génitale constatée dans le cours de la première semaine qui suit l'accouchement; infection utérine et infection secondaire du périnée. Manœuvres effectuées pour assurer la désinfection de l'utérus; injections intra-utérines, introduction de sondes, application de valves, etc.

2° Infection vésicale et altération ammoniacale de l'urine, antérieure à l'accouchement ou consécutive à des cathétérismes répétés.

3° Technique défectueuse dans l'affrontement des parties et le placement des sutures; surtout quand il existe une rupture de la cloison recto-vaginale. Il en résulte la filtration des gaz et des liquides intestinaux et par suite la désunion.

4° L'échec de la périnéorraphie immédiate peut encore tenir à une hygiène post-opératoire défectueuse (constipation prolongée) et la désunion est alors la conséquence de l'expulsion de blocs durs et volumineux de matières fécales.

Elle peut tenir enfin à des causes diverses telles que : asepsie post-opératoire insuffisante, mouvements désordonnés de la malade, surtout si le retrait des fils a été opéré avant une consolidation suffisante de la cicatrice.

Dans ces deux conditions, que la périnéorraphie immédiate ait été différée par mesure de prudence ou bien que la réunion ait échoué pour l'un quelconque des motifs qui précèdent, il n'y aura aucun intérêt à retarder une nouvelle tentative au delà du moment précis où des conditions tout à fait favorables se trouveront réalisées, c'est-à-dire : disparition des phénomènes infectieux, amélioration de l'état général, etc.

Il y a au contraire un avantage réel à profiter de ce que les phénomènes d'involution n'étant pas achevés dans les tissus dépendant de la zone génitale, ceux-ci conservent une vitalité et une vascularité de beaucoup supérieures à celles qu'ils présenteront plus tard après la cicatrisation isolée des surfaces cruentées. Ils conservent en outre une souplesse et une laxité très favorables à l'opération.

La technique opératoire est des plus simples et l'on constitue, en agissant de la sorte, un périnée dont le fonctionnement est assuré, sans crainte de récidive de rupture à un accouchement ultérieur.

La périnéorraphie tardive est une opération de nécessité. La périnéorraphie tardive suppose que le chirurgien n'est appelé que longtemps après le traumatisme; l'excuse du retard est tout entière dans ce fait.

Comme opération, elle est parfois d'une réelle difficulté à cause de la pauvreté des tissus et des travées cicatricielles profondes, qui déforment la région. Elle a échoué souvent

autrefois entre des mains habiles. Elle a eu cet avantage de pousser à la recherche de l'amélioration technique dans le manuel opératoire.

Ces perfectionnements sont, pour la plupart, applicables à la périnéorraphie immédiate et à la périnéorraphie secondaire.

Grâce à eux, la périnéorraphie secondaire est constamment suivie de succès. Son principal mérite est de remédier presque immédiatement à l'incontinence rectale, d'apporter un obstacle aux troubles statiques des organes génitaux, et, tout en laissant leur résistance physiologique aux tissus, de leur conserver suffisamment de souplesse pour qu'à un accouchement ultérieur une nouvelle rupture du périnée soit aisément évitée.

Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive, par M. le docteur Henri DIARD. Paris, 1901.

Dans cette intéressante étude, M. Diard montre que la notion de syphilis héréditaire tardive, rendue incontestable dès le milieu du siècle dernier, mais établie définitivement en 1886 par les travaux de Fournier, repose sur trois données :

1° Caractère syphilitique des lésions nettement démontré;

2° Sujet indemne de toute contagion directe;

3° Aveu obtenu ou preuve de la syphilis d'un des parents au moins.

Les lésions gommeuses, manifestations de cette diathèse, surviennent le plus fréquemment entre dix et vingt ans, chez les jeunes filles.

Elles ont un véritable siège d'élection : les jambes et la cavité bucco-pharyngée.

Elles ne diffèrent en rien cliniquement des mêmes lésions tertiaires de la syphilis acquise.

Le diagnostic, toujours délicat, sera précoce. Il repose principalement :

1° Sur l'anamnèse, c'est-à-dire le résultat d'une enquête minutieuse menée près des parents et des collatéraux, tant par l'interrogatoire que par l'examen;

2° Sur les stigmates acquis ou natifs du sujet et sur ses antécédents personnels;

3° Sur les caractères objectifs de la lésion et enfin l'épreuve du traitement toujours institué au cas de doute.

Le pronostic variable avec l'état constitutionnel du sujet, l'importance de l'organe lésé, la précocité du traitement, variera surtout, suivant que le diagnostic a été posé ou non.

Le traitement comprendra le mercure et l'iodure qui pourront être indiqués aux mêmes doses, sous les mêmes formes que dans la syphilis acquise, suivant l'âge du sujet, le siège et la résistance de la lésion.

L'accident étant guéri, un traitement de fond s'impose dans le but d'atténuer la diathèse et de prévenir des accidents ultérieurs.

FORMULAIRE

Poudre à priser contre le coryza.

I.	Menthol	0g20 centigr.
	Chlorhydrate de cocaïne	0g40 —
	Acide borique	8 grammes.
	Salicylate de bismuth	16 —
II.	Chlorhydrate de cocaïne	0g20 centigr.
	Menthol	0g20 —
	Acide borique	2 grammes.
	Café torréfié	2 —
	Sucre de lait	20 —
III.	Salol	2 grammes.
	Acide citrique	4 —
	Benjoin	4 —
	Sucre de lait	10 —

(*Nouveaux remèdes.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur Gottschalk a entrepris l'étude du nouveau succédané de l'acide salicylique, l'aspirine, à la policlinique infantile de Neumann à Berlin. Il a administré l'aspirine à une trentaine d'enfants, parmi lesquels une vingtaine atteints d'influenza. Sous l'influence de ce médicament la fièvre tomba rapidement avec accompagnement de sueurs profuses, au bout de trois jours au plus. Tous les troubles morbides, tels que céphalalgies, toux, coryza, etc., disparurent en même temps. Dans le rhumatisme il obtint les mêmes résultats qu'avec le salicylate de soude.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 OCTOBRE AU 2 NOVEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 28 OCTOBRE, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique* : MM. Rémy, Poirier et Retterer; — M. Guiart, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Cunéo; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Gley, suppléant.

MARDI 29 OCTOBRE, à une heure. — 2e Launois : Gley et Desgrez; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Gouget; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Poirier et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Charrin et Dupré; — (2e série) : MM. Hutinel, Méry et Thiroloix; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 30 OCTOBRE, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Bezançon et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Walther; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Cunéo; — (2e partie) : MM. Hayem, Wurtz et Widal; — M. Netter, suppléant.

JEUDI 31 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire : *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Marion; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

534. M. PHILIPPET. Ostéopathies blennorragiques. — 335. M. MARKEL. De l'asthme chez les enfants. — 536. M. WACOGNE. De l'amputation du médius et de l'annulaire sans leurs métacarpiens. — 537. M. JODIN. Contribution à l'étude des adénomes du rectum. — M. 538. LECLERC. Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou. Leur traitement par le cacodylate de soude. — 539. M. COURTADON. De la résistance électrique du corps humain. — 540. M. LECALVÉ. Pathogénie des œdèmes. De l'œdème aigu toxi-névropathique de la peau et des muqueuses (maladie de Quincke). — 541. M. DARDEAU. Désinfection des linges.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination comme internes titulaires de MM. Duvernay, J. Bertier, Cavaillon, Duroux, Rome, Revol, Cabaud, Cadet, Latarjet, Pallasse, Tavernier, Charles Armand, Froment, Moreau.

Internes suppléants : MM. Alamagny, Nordmann, Poissonnier et Sanerot, qui avaient le même nombre de points que le dernier

élu, puis, par ordre alphabétique, MM. Marc Armand, Maurice Beutter, Briançon, Challaye, Coste, Ducarre, Faisant, Faysse, Fiessinger, Grumback, Hauger, Horand, Jacod, James, Leclerc, Magnin, Moindrot, Mollière, Émile Mouriquand, Georges Mouriquand, Perretière, Petitjean, Savy, Thiers.

Marseille. — Le lundi 9 décembre 1901, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 16 décembre 1901, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée du jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices.

Médecins sanitaires maritimes. — Deux places de médecin sanitaire maritime sont vacantes sur les paquebots de la Compagnie de navigation mixte à Marseille (lignes d'Algérie, Tunisie et Maroc). Pour renseignements, s'adresser à M. Lop, 54, rue Cannebière, à Marseille.

Hôpital Tenon. — Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Tenon commenceront à partir du 4 novembre, des conférences cliniques, qui auront lieu à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre, sur les sujets suivants :

Lundi, M. Lejars ; leçons de chirurgie abdominale. — Mercredi, M. Broca ; leçons de chirurgie infantile. — Vendredi, M. Bourcy ; leçons de clinique médicale. Maladies des enfants du premier âge. — Samedi, M. Le Gendre ; leçons de pratique médicale et de thérapeutique.

Voies urinaires. — M. Lavaux commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 5 novembre 1901, à deux heures, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le concours d'hôtels et d'auberges du Touring Club. — Le syndicat d'initiative de Clermont-Ferrand et de l'Auvergne a eu l'excellente idée d'ouvrir à Clermont-Ferrand un concours d'hôtel, d'auberge ou de chalet à édifier dans les sites pittoresques du Puy-de-Dôme.

Ce concours était particulièrement intéressant pour les hygiénistes, car il avait pour but de diriger les architectes vers une nouvelle voie en leur faisant prévoir, dans des bâtiments modestes, tout le confort et l'hygiène que sont en droit d'exiger maintenant les touristes.

Ce concours était la continuation de la lutte contre la routine entreprise par le Touring Club, quand il exposa, d'après les plans de M. Rives, la fameuse chambre hygiénique d'hôtel, si remarquée à l'Exposition de 1900.

Ce sont d'ailleurs les idées de M. Rives, dont nos lecteurs n'ont pas oublié le remarquable rapport au Congrès d'hygiène de 1900, qui semblent avoir guidé la plupart des concurrents. Le jury qui vient de se réunir à Clermont-Ferrand, sous la présidence de M. Rives, a décerné des prix à MM. Demars et Vallade, Gozier, Gaston Rapin, Bruno Pélissier, de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gardillon (de Saint-Amand) ; Charles Benoit, médecin principal de l'armée en retraite.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 123. — JEUDI 24 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1901. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Du rhumatisme tuberculeux, par M. Antonin Poncet (de Lyon). — Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire, d'après M. C. Wolf. — Séance de l'Académie de médecine. — XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, du 21 au 26 octobre 1901, a Paris. — Revue de la Presse. *Hygiène :* Saturnisme par les robinets à clé ; — Prophylaxie et traitement des piqûres de moustiques. — Notes de thérapeutique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DU RHUMATISME TUBERCULEUX

Par le professeur Antonin Poncet (1).

Lorsqu'à la fin du mois de juillet dernier j'ai entretenu l'Académie de médecine du *rhumatisme tuberculeux* (2), je ne pensais pas revenir de sitôt sur cette question. Il me paraît utile cependant d'appeler encore l'attention sur le rhumatisme bacillaire, ayant actuellement sous les yeux un nouveau cas, on ne peut plus typique, de cette nouvelle variété de rhumatisme infectieux.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est en traitement dans mon service. Son histoire est aussi intéressante et aussi démonstrative que possible. C'est un homme de quarante-neuf ans, exerçant la profession pénible de voiturier. On relève dans ses antécédents héréditaires la mort, par tuberculose pulmonaire, d'une sœur, à l'âge de vingt-six ans. Dans ses antécédents personnels, on ne trouve aucune tare sérieuse, en dehors d'excès alcooliques, qui me paraissent pas l'avoir trop entamé, tout au moins jusqu'à ces derniers temps.

Il est marié et a eu six enfants bien portants, sa femme est également en bonne santé. Lorsqu'on l'interroge avec soin, il raconte cependant, qu'il aurait eu au cou, vers l'âge de quatorze ou quinze ans, des ganglions hypertrophiés qui ont, du reste, disparu sans traitement ; puis à l'âge de vingt-huit ans, une sciatique droite qui, traitée à l'Hôtel-Dieu, guérit rapidement. Il s'enrhumait aussi facilement, ce qui dans sa profession lui paraît tout naturel. Il n'a jamais eu d'hémoptysies et ses rhumes ont toujours complètement guéri.

Au mois de juillet 1900, il est malade pour la première fois. Il présente des localisations articulaires de tels caractères, qu'entré à l'hôpital, il est considéré comme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. D'après son récit, la médication salicylée, à laquelle il fut soumis, ne donna pas de résultats. Lorsque, un mois après son entrée, il quitta l'Hôtel-Dieu, le genou et le cou-de-pied droits étaient encore le siège d'un peu de gonflement indolore.

Pendant près d'un an, il reste bien portant, mais le 26 juin dernier, il est pris tout à coup, sans cause appréciable, comme au mois de juillet précédent, des mêmes accidents articulaires. Nouvelle entrée à l'hôpital dans un service de médecine, et nouveau diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, avec localisation seulement au genou et au cou-de-pied droits. Le salicylate de soude, l'antipyrine restèrent encore sans action nette, tout au moins pour l'articulation du genou. L'allure des lésions articulaires fémoro-tibiales devient bientôt telle, que le malade est envoyé en chirurgie pour cette arthrite tenace, et il entre dans mes salles le 29 juillet dernier.

A ce moment, le diagnostic pathogénique était encore hésitant, et mon assistant, le docteur Delore, porta le diagnostic provisoire de rhumatisme infectieux de cause indéterminée (?).

L'articulation fut immobilisée dans un plâtre, et à tout essai de l'iodure de potassium fut donné au malade. Loin de s'amender, l'état local s'aggrava et le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse sembla le plus probable. En dehors des signes cliniques, il devint bientôt une réalité. Du liquide séreux, légèrement louche, retiré par une ponction de l'articulation et injecté à un cobaye, le rendait tuberculeux. La séro-réaction, pratiquée à la même époque par M. Paul Courmont, donnait aussi un résultat positif.

En même temps l'état général devenait moins bon. J. J... toussait, maigrissait, il avait de l'inappétence, des sueurs nocturnes abondantes ; enfin l'auscultation des poumons révélait des râles fins et des craquements aux deux sommets, surtout à gauche.

Telle est l'histoire résumée de cet homme, dont nous donnons plus bas l'observation complète. L'enchaînement des faits cliniques s'y trouve tel, qu'il éveille, d'emblée, l'idée d'un poison unique, frappant à diverses reprises et de façon inégale les séreuses articulaires, et cette notion devient bientôt une incertitude par l'expérimentation et par la séro-réaction, dont la valeur diagnostique a été récemment établie (Arloing et P. Courmont).

Il n'en est pas moins vrai que pendant un certain temps les réactions articulaires vis-à-vis des toxines tuberculeuses ont affecté le même mode que dans le rhumatisme articulaire ordinaire. La preuve nous en est fournie par le diagnostic porté à deux reprises de : rhumatisme articulaire aigu simple, classique, par des médecins fort instruits,

(1) Communication à l'Académie de médecine (22 octobre 1901).
(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 85.

dans le service hospitalier desquels le malade était entré.

A l'heure actuelle, il est donc prudent, dans les manifestations dites rhumatismales, surtout lorsque l'antipyrine et le salicylate de soude paraissent échouer, de songer à la tuberculose et de recourir, comme complément d'information, à la séro-réaction.

Je n'insiste pas sur l'utilité d'un tel diagnostic. Elle découle de cette constatation, faite déjà maintes fois, à savoir : que le rhumatisme tuberculeux, avec ses modalités diverses, souvent légères et fugaces, peut être la première manifestation d'une infection bacillaire, dont on pourra éviter dans la suite, par un traitement approprié, d'autres éclosions plus graves.

L'observation ci-jointe est encore, à ce point de vue, des plus remarquables.

J. J..., quarante-neuf ans, voiturier, est entré, le 29 juillet dernier, salle Saint-Philippe, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il se trouve encore. (Observation recueillie par M. Mailland, interne des hôpitaux.)

Antécédents héréditaires : père mort en six jours, probablement d'une pneumomie; mère vivante et bien portante; *une sœur morte, à l'âge de vingt-six ans, de tuberculose pulmonaire.*

Antécédents personnels : pas de maladies sérieuses avant l'affection actuelle; vers l'âge de quatorze ou quinze ans, polyadénite cervicale qui disparut sans traitement; à l'âge de vingt-huit ans, sciatique droite traitée à l'Hôtel-Dieu; guérison rapide; dans la suite, quelques récidives douloureuses, mais légères, qui n'obligèrent pas le malade à cesser son travail.

Rhumes fréquents, arrivant par périodes et séparés par des intervalles de temps plus ou moins longs, pendant lesquels la toux faisait complètement défaut. J. J... attribue ces rhumes à des refroidissements auxquels sa profession l'expose sans cesse. Il boit beaucoup d'alcool, deux à trois litres de vin par jour, deux absinthes, souvent même davantage. Il affirme n'avoir pas eu la syphilis; il ne présente, du reste, aucun stigmate de cette maladie. Il est marié et a six enfants bien portants; sa femme est également en bonne santé.

La première atteinte de rhumatisme date de quinze mois. *Au mois de juillet* 1900, *il fut atteint brusquement, sans prodromes, pendant qu'il travaillait, de vives douleurs au niveau des genoux et des cous-de-pied. En quelques instants ces douleurs devinrent assez violentes pour empêcher complètement la marche. Dans les jours qui suivirent, elles se généralisèrent à la plupart des grandes articulations : épaules, coudes, poignets, etc., mais sans phénomènes objectifs. Ce n'est qu'aux genoux et aux cous-de-pied qu'il y eut de la tuméfaction et de la rougeur.* Le malade eut, en même temps, un malaise général, perte d'appétit, faiblesse, etc. Il ne croit pas avoir eu de la fièvre (?).

Il entra à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, le 3 août 1900. Le diagnostic porté fut celui de : *rhumatisme articulaire aigu*, et on lui donna du salicylate de soude. Les douleurs articulaires des membres supérieurs disparurent en quelques jours, mais les symptômes qu'il présentait aux genoux et aux cous-de-pied durèrent un mois, et à sa sortie de l'hôpital, le 11 septembre 1900, ces dernières articulations étaient encore le siège d'un gonflement indolore, qui disparut peu à peu.

Rien de particulier jusqu'au 26 juin 1901. — *Ce jour-là apparurent de nouveau, avec le même mode de début que l'année précédente, des accidents analogues, mais localisés, cette fois, uniquement, au genou et au cou-de-pied droits (douleur, rougeur, tuméfaction des articulations frappées).*

Le malade entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, où l'on porta, comme la première fois, le diagnostic de : *rhumatisme articulaire aigu*. La température s'éleva pendant les premiers jours à 38°5, le soir; peu à peu elle redevint normale. Les lésions s'amendèrent et disparurent du côté de l'articulation tibio-tarsienne, mais malgré le salicylate et l'antipyrine, le genou resta dans le même état.

En présence de cette localisation mono-articulaire, le malade fut envoyé en chirurgie et transféré à ma clinique.

A ce moment, le genou droit était très tuméfié, la peau lisse, rosée.

La jambe était en demi-flexion sur la cuisse et les mouvements provoqués révélaient une vive douleur. La palpation était également très douloureuse, mais la douleur provoquée était diffuse, généralisée à toute l'articulation, sans point fixe. Nulle part, on ne sentait de fluctuation, on ne percevait d'empâtement fongueux. Pas de blennorragie. On porta le diagnostic du rhumatisme infectieux de nature indéterminée (?)

Le malade toussait un peu. L'auscultation révélait seulement de gros râles de bronchite disséminés. L'examen des autres organes ne fournit aucune donnée nouvelle. Le genou fut immobilisé dans un plâtre.

Dans l'hypothèse d'une syphilis méconnue, il fut soumis pendant quinze jours, mais sans aucun résultat, à un traitement ioduré. État général satisfaisant, appétit conservé.

En présence de cet état local stationnaire, mon assistant, le docteur Delore, pratiqua une ponction intra-articulaire, qui donna quelques grammes d'un liquide séreux, louche, non purulent. *Ce liquide, injecté dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un cobaye, entraîna une suppuration caséeuse des ganglions de l'aine et la mort de l'animal au bout de douze jours.*

A la même époque, la séro-réaction pratiquée par le docteur P. Courmont fut nettement positive, dans le sens de la tuberculose.

Aujourd'hui (octobre 1901), les symptômes locaux et généraux se sont notablement modifiés. Le genou est le siège d'un gonflement des plus apparents, d'un empâtement diffus, d'une rénitence fongueuse, effaçant tous les méplats articulaires et donnant à l'article une forme globuleuse. La rougeur a disparu, la peau est lisse, blanche. Les mouvements provoqués sont encore douloureux, moins toutefois qu'au début. La palpation n'est plus douloureuse uniformément. La douleur est localisée en deux points fixes en dedans au niveau de l'interligne articulaire et de l'extrémité supérieure du tibia. Les signes cliniques sont, nettement, ceux d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Le malade tousse et a beaucoup maigri. Transpirations nocturnes, inappétence. A l'auscultation des poumons, on constate des râles fins et des craquements aux deux sommets, surtout à gauche. Rien de particulier du côté des autres organes.

Je n'ai plus rien à ajouter. Cette observation est dans ses détails aussi probante qu'on peut le désirer. Elle établit, une fois de plus, d'une façon indiscutable, l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'origine tuberculeuse, simulant le rhumatisme aigu ordinaire.

Les articulations, les séreuses, réceptacles de choix des toxines bacillaires, sont plus volontiers frappées que d'autres organes, que d'autres tissus, ainsi que nous l'avons montré, en étudiant toute la gamme des polyarthrites tuber-

culeuses, depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthrites aiguës, jusqu'aux arthrites noueuses déformantes (L. Bérard, Destot, Mailland), sans parler, bien entendu, des granulies articulaires, des ostéo-arthrites fongueuses, sur la nature desquelles on s'est toujours entendu; mais le poison tuberculeux peut également, on le sait, frapper avec une intensité très inégale, très variée, les muscles, les nerfs, etc. Myalgies, névralgies, névrites, etc., doivent être particulièrement envisagées à ce point de vue. Chez notre malade, il est fort possible que la première manifestation de l'infection bacillaire ait été la sciatique survenue à l'âge de vingt-huit ans. La confusion, ici encore, avec des lésions dites rhumatismales, a dû être maintes fois commises. Les mêmes recherches s'imposent pour les divers tissus et appareils, que pour les articulations.

L'infection bacillaire peut les frapper avec une intensité variable, et créer, au même titre que d'autres processus infectieux, que la blennorragie par exemple, dont les manifestations nerveuses sont actuellement bien étudiées, des états pathologiques qu'il importe de connaître.

DES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TIRÉS DE LA PONCTION LOMBAIRE

D'après M. C. Wolf (1).

Pratiquée pour la première fois, en 1890, par Quincke, la ponction lombaire est devenue un excellent moyen de diagnostic grâce aux travaux de M. Widal et de ses élèves sur le cyto-diagnostic de la méningite tuberculeuse, la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, la perméabilité méningée à l'iodure de potassium au cours de la méningite tuberculeuse. Les recherches de différents auteurs ont montré de plus que, dans un grand nombre d'affections nerveuses, la paralysie générale, le tabes, les méningo-myélites syphilitiques, il existe une formule cytologique presque constante permettant d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une lésion matérielle des centres nerveux avec participation méningée et facilitant, par suite, le diagnostic entre une lésion périphérique et une lésion centrale. Enfin, l'application systématique de la ponction lombaire a souvent décelé certaines formes frustes de méningite cérébro-spinale dont la symptomatologie très atténuée justifie l'épithète de méningite cérébro-spinale ambulatoire. Ainsi la ponction lombaire a déjà rendu de grands services au diagnostic : il convient donc de savoir la pratiquer et de connaître la valeur des résultats qu'elle donne.

La ponction lombaire est une opération fort simple (2). Il suffit, pour l'exécuter, d'une aiguille et d'un mandrin stérilisés par l'ébullition. On se sert habituellement d'une aiguille en acier ou en platine iridié qui a 8 centimètres de long, 1 millimètre de diamètre externe, 6 dixièmes de millimètre de diamètre interne. La moelle descendant jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire chez l'adulte, jusqu'à la troisième chez l'enfant, la ponction devra être pratiquée entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire dans l'espace interlamellaire. L'aiguille traverse successivement la peau, le tissu cellulaire, la masse sacro-lombaire, le ligament jaune, la dure-mère et pénètre dans l'espace sous-arachnoïdien. Les nerfs de la queue de cheval, qui siègent à ce niveau, jouissent d'une certaine mobilité et fuient devant l'aiguille.

Après avoir fait coucher le malade sur le côté, la tête légèrement soulevée, les cuisses fléchies au maximum sur l'abdomen, on nettoie soigneusement la région lombaire. La ligne qui réunit les deux crêtes iliaques passe entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires ; on suit cette ligne et, un peu au-dessus, on reconnaît l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire avec l'index qui reste posé sur elle. L'aiguille sera doucement enfoncée au-dessous de l'index, à 1 centimètre de la ligne médiane et dans la partie supérieure du corps (le corps étant supposé divisé par le rachis en une partie supérieure et une partie inférieure).

Chez l'enfant, le ligament interépineux offrant moins de résistance et les apophyses épineuses étant moins imbriquées, on peut enfoncer l'aiguille directement sur la ligne médiane; on enfonce l'aiguille jusqu'à ce que l'on ne sente plus de résistance : le liquide ne tarde pas alors à couler en grosses gouttes par le pavillon.

Certains médecins préfèrent ponctionner dans la position assise. L'espace intervertébral, en faisant incliner le malade en avant, baille plus largement et facilite la ponction ; mais, d'un autre côté, cette méthode est plus dangereuse. La forte tension dans cette position amène une issue trop rapide et une décompression trop brusque, surtout en cas de tumeur cérébrale. De plus, le maintien du malade dans cette attitude est très pénible dans certaines méningites s'accompagnant d'hyperesthésie.

On recueille le liquide qui s'écoule dans un tube stérilisé. Inutile de pratiquer l'aspiration, beaucoup plus douloureuse que la piqûre. La ponction terminée, le malade doit rester étendu sur le dos, la tête basse, pendant au moins un quart d'heure. On touche légèrement avec de la teinture d'iode le point qui a été piqué; l'occlusion par le collodion est inutile.

En opérant de cette façon, on observe parfois un peu de céphalée, rarement des vomissements et jamais d'accidents inquiétants. Ces troubles consécutifs, d'ailleurs bénins, varient beaucoup suivant les sujets et sont tout à fait indépendants de la quantité de liquide retirée. Sont-ils en rapport avec les différences de quantités individuelles, avec la béance du trou pie-mérien permettant, après la ponction, l'issue du liquide par le trou épidurien (Sicard)? Stadelmann admet que les douleurs occasionnées parfois par l'aspiration et les différences dans la quantité du liquide évacué sont passibles d'une même explication : l'interruption des orifices de communication avec le troisième ou quatrième ventricule. Les cas de mort signalés par Fürbringer se sont produits dans des cas de tumeur cérébrale, d'urémie brightique ; la ponction avait été faite dans la position assise.

Il peut arriver que le liquide n'apparaisse pas. C'est que souvent l'aiguille s'est obstruée en traversant les tissus. Il suffit d'introduire un mandrin stérile pour voir immédiatement sourdre le liquide. Si le liquide retiré s'est teinté de sang, il faut retirer l'aiguille et pratiquer une nouvelle ponction ou mieux encore la remettre au lendemain. En général, le liquide s'écoule goutte à goutte ; la vitesse d'écoulement fournit des indications sur l'hypertension du liquide. Si le liquide est coloré par le sang, il ne faut pas se hâter d'en tirer une conclusion. Il suffit, en effet, de piquer une veine pour voir le sang se mêler au liquide. Vient-on à retirer l'aiguille pour faire une nouvelle ponction dans l'espace sous-jacent, la veine continuera à donner un peu de

(1) Th. de Paris, 1901.

(2) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 111 : La ponction lombaire, Rev. gén., par Lévi-Sirugue.

sang dans l'espace sous-arachnoïdien, et la nouvelle ponction amène encore un liquide teinté. Il faut donc être très réservé lorsqu'on verra s'écouler un liquide sanglant. On recueillera le liquide dans trois tubes, et, seulement si la teinte est bien uniformément rose, on pourra songer à un hémato-rachis.

L'*examen bactériologique* doit toujours comporter : 1° l'examen direct du liquide par frottis, après centrifugation ; 2° les cultures ; 3° l'inoculation aux animaux. Dans la méningite tuberculeuse, le bacille de Koch est souvent difficile à déceler : il faut une chance singulière pour le découvrir sur un frottis ; le résultat des cultures est souvent négatif et enfin « l'objection fondamentale aux inoculations est qu'il faut attendre environ trois semaines pour avoir le diagnostic, ce qui donne au malade le temps de mourir avant qu'il soit établi » (Marfan).

L'examen bactériologique des méningites aiguës est plus fertile en renseignements. Les germes sont les plus divers (staphylocoques, streptocoques, bacille d'Eberth, bactérium coli, etc.) mais, dans l'immense majorité des cas, c'est le pneumocoque, le méningocoque de Weichselbaum, le streptocoque de Bonome qui est en cause. D'après Netter, l'on rencontrait uniquement dans les premiers temps de l'épidémie parisienne le streptocoque de Bonome ; au milieu de l'épidémie, et d'une façon sensiblement égale, le méningocoque de Weichselbaum et le streptocoque de Bonome. Actuellement, on trouve surtout le microbe de Weichselbaum et le pneumocoque. Le microbe de Bonome et le pneumocoque sont considérés par M. Netter comme une seule et même espèce. Le pneumocoque que l'on rencontre assez fréquemment dans l'exsudat des méningites aiguës, est faiblement virulent (Concetti), ce qui serait dû à l'action défavorable qu'exerce le liquide céphalo-rachidien sur la vie des microbes en général.

Le méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum est l'agent pathogène par excellence des méningites cérébro-spinales. Il se colore bien par les couleurs basiques d'aniline et par le Ziehl dilué, il se décolore par le Gram, il pousse facilement sur le sérum non coagulé de lapin et sur sang gélosé. Dans l'exsudat méningé, le méningocoque garde une faible vitalité.

On a discuté la question de savoir si le pneumocoque et le méningocoque ne constituent pas une seule espèce sous deux aspects légèrement différents. Actuellement, on tend à admettre que le méningocoque diffère profondément du pneumocoque. Outre les caractères morphologiques qui séparent les deux espèces et autorisent la distinction au point de vue purement bactériologique, d'autres considérations, d'ordre clinique, viennent appuyer cette façon de voir. Il est de règle en effet que les méningites à pneumocoques se présentent avec des allures bruyantes et que l'issue en est souvent et rapidement fatale. Au contraire, lorsque le méningocoque est en cause, la marche de la maladie est plus longue, les périodes d'aggravation et de rémission sont fréquentes, et l'on est en droit d'espérer la guérison. On voit donc toute l'importance qu'il y aura, au point de vue du pronostic, à faire un examen bactériologique précis dès le début des accidents.

L'utilisation des *caractères cytologiques du liquide céphalo-rachidien* ne date que de ces dernières années. C'est en 1896 que Wentworth signale pour la première fois la présence des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de méningite tuberculeuse. Bernheim et Moser, en 1897, font les mêmes constatations et notent en outre la présence des polynucléaires dans les méningites cérébro-spinales. Mais c'est surtout à MM. Widal et Ravaut que revient le mérite d'avoir mis en lumière toute l'importance du cytodiagnostic ; ces auteurs, après avoir étudié le liquide des pleurésies, examinent systématiquement le liquide céphalo-rachidien et arrivent à admettre, avec M. Sicard, la formule polynucléaire dans les méningites aiguës, la formule lymphocytaire dans la méningite tuberculeuse. M. Monod montre que les éléments cellulaires ne se rencontrent pas exclusivement dans les cas d'inflammation aiguë ou subaiguë des méninges, qu'on peut les retrouver toutes les fois que la méninge est touchée, toutes les fois qu'il y a inflammation chronique des méninges (paralysie générale, tabes, etc.).

La technique suivante est indiquée par M. Widal : recueillir le liquide directement dans le tube d'un centrifugeur ; 4 à 5 centimètres cubes suffisent. On centrifuge un temps variable suivant l'appareil dont on dispose, ou on laisse séjourner le liquide pendant vingt-quatre heures dans un tube. On décante soigneusement, et avec une pipette, on prélève quelques gouttes que l'on dépose sur une lame et qu'on laisse sécher. Il est bon de faire quatre préparations : deux seront fixées à l'alcool-éther, et colorées ensuite à l'hématéine-éosine ; les deux autres seront fixées par la chaleur sur la plaque de toluène à 110 degrés. Par le triacide on obtient une bonne coloration des leucocytes granuleux. La préparation est examinée avec l'objectif à immersion.

En procédant de cette façon, on constate que le liquide céphalo-rachidien normal ne contient aucun élément figuré. Si, au contraire, la méninge est touchée, de nombreux éléments cellulaires couvrent la préparation. Dans les cas de méningite tuberculeuse, on trouve toujours des mononucléaires dont le noyau occupe presque toute l'étendue de la cellule. Ces cellules sont d'un diamètre égal ou inférieur à celui des hématies : ce sont des lymphocytes. Cette lymphocytose, dans la méningite tuberculeuse, est constante et toujours nette.

L'étude cytologique de la méningite cérébro-spinale est plus délicate au début ; dans la phase aiguë, on rencontre constamment des polynucléaires. Le plus grand nombre d'entre eux, déjà transformés en globules de pus, est mal colorable ; seuls, quelques-uns ont gardé leurs réactions colorantes et prennent vivement le triacide.

A cette polynucléose du début succède bientôt un état mixte, au cours duquel se mélangent, à parties à peu près égales, lymphocytes et polynucléaires. Les travaux récents arrivent aux conclusions suivantes (Labbé et Castaigne, Sicard et Brécy, etc.) :

1° La polynucléose appartient aux phases aiguës ;

2° L'apparition des lymphocytes commence cinq à dix jours après le début de la polynucléose : bientôt lymphocytes et polynucléaires se trouvent en nombre à peu près égal ;

3° Dans les cas évoluant favorablement, la lymphocytose ne tarde pas à devenir prédominante pour décroître ensuite progressivement ;

4° Dans les périodes de recrudescence, les polynucléaires réapparaissent et prédominent.

En somme, si la constatation d'une polynucléose dans le liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer l'existence d'une inflammation aiguë des méninges, la lymphocytose donne des indications moins nettes.

Dans le processus chronique, il y a lymphocytose marquée. Cette lymphocytose a été retrouvée dans certains zonas, dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Friedreich : elle manque dans les différentes formes d'aliénation mentale.

Les variations de *quantité* du liquide retiré par la ponction sont parfois considérables. Parfois, le liquide se reproduit rapidement; d'autres fois, au contraire, il paraît se résorber. Même variabilité pour l'*aspect* du liquide. Cependant, le plus souvent, dans la méningite cérébro-spinale, le liquide offre tous les intermédiaires entre le louche le plus léger et la purulence la plus nette. Il est presque toujours clair comme de l'eau de roche dans la méningite tuberculeuse et dans les processus chroniques. L'existence d'un réticulum fibrineux dans le liquide des méningites aiguës laissé au repos pendant vingt-quatre heures est signalé par Councilman, Mallory et Wright.

Parmi les *modifications chimiques*, il faut citer : la forte proportion d'albumine obtenue par la chaleur ou l'acide nitrique, l'élévation de la quantité de chlorure de sodium, etc.

La *perméabilité de la pie-mère* à certaines substances, notamment à l'iodure de potassium, n'existe que dans la méningite tuberculeuse (Widal, Sicard et Monod). Elle semble, d'après les chiffres fournis par M. R. Monod, tout à fait indépendante du degré d'hypotonie du liquide céphalo-rachidien. Et, en effet, certaines méningites aiguës s'accompagnant d'une hypotonie très prononcée ne la présentent pas.

Nous n'insisterons pas sur la *cryoscopie*, qui ne semble pas donner grands résultats au point de vue du diagnostic. L'hypotonie est le partage des processus aigus et subaigus, dans les processus chroniques, le point cryoscopique s'éloigne moins de la normale. L'hypotonie est commune aux méningites cérébro-spinales et aux méningites tuberculeuses, mais, dans le cours des premières, l'augmentation de l'hypotonie correspondrait peut-être aux périodes d'aggravation et la diminution à une évolution favorable. Associées aux méthodes cliniques, les recherches de laboratoire permettent donc, dans le plus grand nombre de cas, d'arriver au diagnostic et au pronostic des méningites et de certaines affections chroniques du système nerveux.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(22 OCTOBRE 1901)

Nous avons entendu, dans cette séance, un assez grand nombre de communications dont plusieurs intéressantes :

C'est d'abord M. Jaboulay qui a présenté un malade syphilitique auquel il a pratiqué l'**ablation complète du larynx** et qui, grâce à un appareil prothétique fort ingénieux construit par M. Martin (de Lyon), parle un peu d'une voix de polichinelle, mais assez distinctement pour se faire comprendre.

M. Le Dentu, revenant sur une communication de M. Ehrmann au sujet de la **palatoplastie en deux temps**, estime que ce procédé mérite d'être préféré à la palatoplastie en un temps.

Signalons une importante communication de M. Poncet sur le **rhumatisme tuberculeux.** (Voir plus haut, p. 1181.)

M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Butte consacré au **traitement du lupus par le permanganate de potasse.** Ce traitement consiste en applications, après lavage, de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse au cinquantième.

Ces applications durent un quart d'heure.

M. Hallopeau a essayé la méthode sur vingt-cinq malades. Les lupus ulcéreux entrent en cicatrisation en quelques semaines ou quelques mois; mais les lupus *non exedens* ne sont pas améliorés.

Ce traitement semble donc appelé à rendre des services dans tous les cas où la photothérapie ne pourra être appliquée.

M. Dieulafoy appelle l'attention de l'Académie sur des cas anormaux d'**épilepsie jacksonienne.** D'après les données actuelles des localisations cérébrales, il est admis que l'épilepsie jacksonienne est déterminée par une lésion de la zone rolandique gauche ou droite, suivant le côté atteint. Or, les faits suivants prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi : un malade atteint d'épilepsie jacksonienne entre dans le service de M. Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu ; la première attaque a eu lieu cinq jours auparavant, sans aucun prodrome, sans que rien fût changé dans l'état habituel du malade. Les symptômes s'aggravant, on prie M. Marion de trépaner : rien dans la région rolandique. Un autre malade, syphilitique, présente de l'épilepsie jacksonienne ; on diagnostique une gomme dans la région rolandique ; on institue un traitement mercuriel intensif, aucune amélioration, bien au contraire ; les attaques épileptiformes se multiplient, la fièvre monte à 40 degrés et plus, le malade tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie, rien dans la région rolandique ; on trouve une tumeur grisâtre occupant la partie antérieure des première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.

M. Dieulafoy rapproche de ces faits plusieurs cas analogues qu'il a recueillis dans la littérature médicale : un cas de M. Lépine dans lequel il s'agissait d'une épilepsie jacksonienne droite chez un malade porteur d'un ancien abcès occupant les lobes frontaux ; un cas de M. Rendu, dans lequel il s'agissait d'une épilepsie jacksonienne bilatérale avec lésion très éloignée des deux zones rolandiques ; un cas de M. Pitres, épilepsie jacksonienne déterminée par une tumeur occupant le tiers postérieur de la seconde circonvolution frontale; enfin un cas de M. Chipault : épilepsie jacksonienne typique, trépanation, ponction, incision de la région rolandique, rien; l'enfant meurt, à l'autopsie on trouve un gliome de la deuxième frontale.

De ces faits, M. Dieulafoy croit donc pouvoir conclure qu'il existe une épilepsie jacksonienne frontale comme il existe une épilepsie jacksonienne rolandique et que nous ne possédons malheureusement aucun moyen de distinguer cliniquement l'une de l'autre ou d'en faire le diagnostic différentiel, ce qui devient gênant pour les indications de l'intervention chirurgicale.

M. Laborde, à défaut de moyens de diagnostic, croit pouvoir donner une explication physiologique de cette épilepsie jacksonienne frontale par l'existence de fibres motrices se propageant des régions rolandiques jusque dans la région frontale.

Il y a longtemps que M. Lancereaux a émis ce principe que les convulsions épileptiformes ne se produisaient que dans les cas de tumeurs cérébrales occupant la périphérie du cerveau et jamais dans les cas de tumeurs intra-cérébrales.

Une théorie du sommeil, tel est le titre d'un mémoire de M. Maurice de Fleury dont voici les conclusions :

1° Le sommeil n'est pas indissolublement lié à l'état de fatigue, ni le réveil à l'état de défatigue ;

2° Il arrive que l'épuisement nerveux, consécutif à une grande dépense d'énergie, à une maladie débilitante ou à toute autre cause de déperdition des forces, provoque, non pas l'accroissement du besoin de dormir, mais au contraire l'insomnie;

3° Chez les sujets à réactions simples, il est fréquent de voir le sommeil survenir, soit par suppression des stimuli externes, soit au contraire, par des excès d'excitations (sensitives ou sensorielles), et surmenage purement mécanique. Toutes les stimulations mécaniques du système nerveux, toniques à petites doses, accablent et provoquent d'invincibles envies de dormir si l'on dépasse la mesure;

4° Dans les conditions ordinaires, le sommeil se dissipe aisément par l'appel le plus léger sur l'une quelconque de nos périphéries sensitives, à condition qu'il s'agisse d'une excitation insolite;

5° La façon dont il est possible de s'entraîner à plus ou moins dormir, de s'éveiller tous les matins spontanément à la même heure, paraît être encore un argument topique en faveur de la théorie psycho-mécanique du sommeil.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix : rapport de M. Rendu sur les travaux adressés pour le prix Civrieux; rapport de M. Vallin pour le prix Vernois; rapport de M. Bourquelot pour le prix Nativelle.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS

Lundi, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. Lucas-Championnière ouvrait le XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie.

Sur l'estrade prenaient place, à côté du président, les maîtres de la chirurgie française, les professeurs Guyon, Tillaux, Le Dentu, Terrier; les professeurs des Facultés de province : Poncet (de Lyon), Demons (de Bordeaux), Gross (de Nancy), Tédenat (de Montpellier); un grand nombre de chirurgiens des Écoles de province. L'armée était représentée par ses hauts dignitaires : M. Dieu, médecin-inspecteur; MM. Chauvel, Delorme, Moty, Tachard, Chevassu; l'inspecteur général du service de santé de la marine, M. Auffret; son collègue des colonies, M. Kermorgant.

MM. Boucher, inspecteur des Facultés de médecine; Brouardel, doyen de la Faculté de Paris; Joffroy, président de la Société médicale des hôpitaux, avaient tenu à honorer de leur présence l'Association de leurs collègues de chirurgie.

M. Monod, directeur général de l'Assistance publique en France, témoignait par sa présence de l'intérêt que les pouvoirs publics doivent accorder à cette haute manifestation scientifique de la chirurgie française.

On notait, non sans un certain étonnement, l'absence du nouveau directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, M. Mourier. Pour la première fois depuis qu'existe le Congrès de chirurgie, le directeur de l'Assistance publique de Paris « trop occupé » n'assistait pas à cette séance d'inauguration. Cette absence, qu'elle soit fortuite ou calculée, est profondément regrettable et a donné lieu à de nombreux commentaires.

Les pays étrangers étaient largement représentés : nos voisins les Belges, par MM. Delangre (de Tournai) et Dejace (de Liège); les Suisses, par MM. Auguste et Jacques Reverdin, Julliard (de Genève), Girard (de Berne); la Roumanie, par le professeur Leonte (de Bucarest); la Hongrie, par M. Farkas (de Budapest); l'Amérique du Nord, par M. Dudley Allen; le Danemark, par le professeur Saxtorph; l'Allemagne, par M. Burckardt (de Stuttgard).

Nous n'avons pas à faire l'analyse du discours prononcé par le président du Congrès, M. Championnière. Nos lecteurs en ont eu la primeur dans notre dernier numéro. Nous avons tenu à le donner *in extenso*, car il constitue une véritable page de l'histoire de la chirurgie à la fin du XIXe siècle.

Immédiatement après cette première séance d'inauguration, les travaux du Congrès ont commencé par la lecture du rapport de M. Février (1).

Toute la séance a été consacrée à la discussion de ce rapport, si toutefois on peut désigner ainsi l'énumération de cas personnels que les différents orateurs ont apportés à la tribune. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

HYGIÈNE

Saturnisme par les robinets à clé. — M. G. VIDAL, membre du conseil d'hygiène d'Arles, signale un danger que présentent les robinets en bois, grands et petits, dits robinets à clé qui sont munis d'une chambre d'étain contenant une certaine quantité de plomb (30,7 p. 100 d'après une analyse de l'auteur). « Le danger ne serait pas grand si les liquides, vin, cidre, bière, ne faisaient que traverser les robinets sans y séjourner; mais lorsqu'on procède à la tire, comme on dit vulgairement, laissant le robinet fixé à demeure, il arrive que le liquide reste en contact avec le métal pendant un temps plus ou moins long, et alors, le plomb peut être dissous en petite dose, il est vrai, mais suffisamment pour que, par accumulation, des troubles sérieux surviennent chez les consommateurs. »

M. Vidal croit utile de signaler ce fait qui peut aider au diagnostic chez les saturnins méconnus. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1901.) F. R.

Prophylaxie et traitement des piqûres de moustiques. (M. P.-R. JOLY.) — Dans une intéressante étude sur les moustiques, parue sous le titre de *Souvenirs malgaches*, M. P.-R. Joly, médecin de la marine montre, que, pour se préserver des moustiques dans les appartements, les vapeurs et vaporisations sont absolument illusoires.

« Une seule méthode est nécessaire et suffisante : empêcher les moustiques de pénétrer dans les appartements. C'est relativement facile. Éviter de déposer dans la chambre tout ce qui peut introduire des larves ou des adultes; ne pas leur fournir l'eau ou la simple humidité nécessaires à leur développement; éviter les coins sombres, donner de la lumière; enfin, et surtout, se barricader contre l'intrusion des moustiques, en fermant ses portes et ses fenêtres, dès que disparaît le soleil; ou mieux, en armant ces dernières de cadres munis de toile métallique fine ou de gaze à moustiquaire laissant passer l'air et point les insectes. La moustiquaire du lit devient ainsi superflue.

Au dehors, il est bon de porter des vêtements amples, blancs de préférence.

Pour protéger le visage, ne pas hésiter à porter une voilette à mailles très serrées. Pour être efficace, ce voile, fixé sur le casque, doit également être serré autour du cou. Une barbe abondante est une bonne protection.

Mais quelque précaution qu'on prenne, on subit toujours un plus ou moins grand nombre de piqûres qui, si elles ne sont pas toutes septiques, sont, sans exception, désagréables et même douloureuses.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 118, p. 1125.

Tout le monde ne réagit pas de même façon aux piqûres de moustiques. En général, aussitôt que l'insecte s'est retiré, l'on voit les téguments blanchir ; puis, au bout d'une minute ou deux, prendre une coloration rose vif et, quelques instants après, se tuméfier, formant une sorte de petite pustule de consistance indurée et de coloration rouge. Il serait intéressant d'étudier si les phénomènes de réaction locale sont identiques ou non, suivant que l'insecte est infectieux ou non ; différencier la simple injection venimeuse, du chancre d'inoculation du paludisme.

La première sensation éprouvée est celle de brûlure ; puis, à mesure que la pustule tend à s'affaisser davantage, viennent les démangeaisons, qui sont d'une telle violence, que certains sujets impatients déterminent, par le grattage, des plaies parfois longues à guérir. Les nouveaux venus dans la colonie réagissent plus violemment que les gens dits acclimatés. Chez ces derniers, les piqûres n'engendrent le plus souvent que de légères douleurs, et les points où elles ont été faites ne présentent qu'une simple rougeur.

Qu'elles soient infectieuses ou non, il est bon d'agir contre ces infimes mais douloureuses plaies. J'ai employé les produits généralement préconisés en ce cas : les résultats ont été médiocres et incertains.

Voici la mixture qui m'a toujours réussi, employée sur moi-même et sur tout le monde à bord.

Formol (solution 40 p. 100).	15 gr.	
Xylol....................	5 gr.	
Acide acétique...........	0gr50.	ou mieux : acétone .. 4 gr.
Baume de Canada.........	1 gr.	
Essence parfumée.........	q. s. pour parfumer.	

Aucune de ces substances prise isolément ne suffit. Pour appliquer la mixture, agiter vivement, et toucher la piqûre avec le bouchon imbibé, ou un petit tampon, laisser sécher.

Le soulagement est immédiat et je n'ai jamais observé d'accidents par l'application de cette mixture même sur le visage. » (*Arch. de parasitologie*, t. IV, p. 2, 1901.) L. G.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

D'après le docteur Dumont (de Levallois), la somatose est devenue un des médicaments fondamentaux dans le service de M. Lancereaux à l'hôpital du Perpétuel-Secours. D'après l'auteur, il y a dans l'emploi de la somatose deux indications très nettes. Il a donné ce médicament quand il a voulu obtenir une suralimentation (tuberculose, chlorose, dyspepsie, convalescence de fièvre grave). Les malades presque toujours recouvrent l'appétit et engraissent rapidement. En outre il déclare que la somatose lui a rendu de grands services chez les malades que l'on ne peut soumettre à l'alimentation ordinaire ou au régime lacté (cachexie cancéreuse, urémie, intolérance gastrique). Dans ces cas la somatose soutient les forces du malade, l'amaigrissement est moins rapide, car la tolérance est toujours parfaite. Plusieurs malades prenaient la somatose avec plaisir dans une tasse de thé chaud. Aucun ne la rendait. (*Journ. de méd. int.*, 15 septembre 1901.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Bossuet, Rabère, Leuret, Charrier, Codet-Boisse, Chaigneau, Ducos, Griewank, internes titulaires.

Viennent ensuite : MM. Ribéreau, Lacouture et Depierris, Lafon (Charles).

— Le concours de l'externat de Bordeaux vient d'être interrompu par un incident. Des candidats enfermés dans la salle d'attente, pendant une épreuve, ayant eu connaissance de la question donnée, cette épreuve a dû être annulée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 124. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1901. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les éruptions médicamenteuses de cause interne, par M. Henry BERNARD, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. — XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS. Discussion sur la chirurgie de la rate. — MÉDECINE PRATIQUE. L'anesthésie locale par l'antipyrine. — REVUE DES THÈSES. Des prématurés; caractères, pronostic et traitement (M. Camille HAHN); — Étude sur les infections chez le prématuré (M. Marcel DELESTRE); — Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales (M. J.-B. BUVAT). — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les éruptions médicamenteuses de cause interne.

Par M. Henry BERNARD,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris.

Le nom générique d'*éruptions médicamenteuses* s'applique à toutes les lésions cutanées qui ont pour cause déterminante l'usage de substances médicamenteuses, employées dans un but thérapeutique. Suivant que ces substances sont employées en applications locales (usage externe), ou ingérées par le tube digestif (usage interne), les éruptions qui peuvent en résulter prennent le nom d'*éruptions médicamenteuses de cause externe* ou de *cause interne* : c'est à l'étude de ces dernières que nous consacrerons ce travail.

Les éruptions médicamenteuses de cause interne sont d'une fréquence extrême, et il n'est guère de médicaments qui ne soient susceptibles d'en produire. Il est donc d'absolue nécessité, pour le praticien, de les bien connaître, sinon dans toutes leurs formes, car ces formes sont infinies, du moins dans leurs caractères généraux et dans les caractères particuliers aux formes les plus communément rencontrées. Parmi les nombreux travaux qui leur ont été consacrés, nous citerons seulement, comme les plus importants, les leçons de Bazin (1), les articles d'ensemble des divers traités sur les éruptions artificielles, le chapitre consacré à ces éruptions par M. Gaucher dans ses leçons (2), le travail récent très complet de M. Thibierge (3), et surtout le riche recueil d'observations fourni par les bulletins de la Société de dermatologie et de syphiligraphie.

I

Étiologie. — Les éruptions médicamenteuses, comme toutes les déterminations pathologiques, sont sous la dépendance de trois ordres de causes : des *causes efficientes*, les médicaments employés; des *causes prédisposantes*, variables suivant les individus et souvent difficiles à déceler, d'une importance capitale dans le cas particulier, en ce qu'elles constituent souvent l'unique raison pour laquelle un même médicament provoque une éruption sur certains organismes, alors qu'il laisse indemne un organisme voisin ; des *causes déterminantes* enfin, consistant en des lésions ou des troubles fonctionnels des organes qui, normalement, reçoivent, absorbent ou éliminent les médicaments ingérés. Mais il est utile de remarquer dès maintenant que si, pour une éruption donnée, l'existence d'une cause efficiente est constante, il n'en est pas de même pour les deux autres ordres de causes qui, en apparence tout au moins, peuvent faire défaut.

Tous les médicaments, ou presque tous, sont susceptibles de provoquer une éruption cutanée, à la suite de leur ingestion : leur énumération comprendrait donc à peu près toute la matière médicale. Cependant, certains, parmi ces médicaments, doivent être mis hors de pair comme facteurs d'éruptions, et, fait digne de remarque, ce sont, pour la plupart, des médicaments actifs, fréquemment employés en raison de leur activité et de la netteté de leurs indications. C'est ainsi qu'il faut placer au premier rang un certain nombre de produits de nature minérale : mercure, iode, brome, chlore, arsenic, antimoine, bore, ainsi que leurs sels et leurs dérivés ; puis viennent certains alcaloïdes et leurs dérivés : antipyrine, quinine; quelques produits d'origine végétale sont aussi parmi les facteurs les plus fréquents d'éruptions : tels les balsamiques (copahu, santal, cubèbe), la belladone, la jusquiame; citons enfin l'acide salicylique, l'acide phénique et leurs composés ou dérivés.

La dose de ces diverses substances, susceptible de provoquer une éruption, est essentiellement variable d'un sujet à l'autre, et il est impossible d'exprimer en chiffres ce que l'on pourrait appeler le coefficient de toxicité éruptive d'un médicament; point n'est besoin d'ailleurs que la dose toxique pour l'individu soit atteinte, et certains médicaments provoquent, à dose minime, des éruptions intenses, qui ne sont accompagnées d'aucun autre symptôme d'intoxication de l'organisme. C'est dire, en un mot, que la peau réagit aux intoxications pour son propre compte, qu'elle possède, en quelque sorte, ses substances ou ses doses toxiques propres, susceptibles de déterminer des manifestations cutanées, alors que le reste de l'organisme ne subit aucune atteinte.

(1) BAZIN. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles.*

(2) GAUCHER. *Leçons sur les maladies de la peau*, t. I.

(3) THIBIERGE. In *Pratique dermatologique*, t. II, art. ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES.

C'est dans l'existence des *causes prédisposantes* qu'il faut chercher la raison d'être de ces réactions spéciales des téguments. La principale de ces causes, on pourrait presque dire la seule, est l'*idiosyncrasie*, c'est-à-dire une prédisposition, parfois héréditaire et familiale, de la peau, à réagir par des éruptions à l'action de certains médicaments : cette idiosyncrasie peut exister pour un ou plusieurs médicaments au détriment des autres, pour une certaine dose de ces médicaments ; elle commande, non seulement l'apparition de l'éruption, mais souvent aussi la forme de cette éruption, qui se répète toujours la même pour le même médicament (Besnier). En quoi consiste cette idiosyncrasie ? C'est ce qu'il est difficile de dire : tandis que la plupart des auteurs l'admettent, sans l'expliquer autrement que par une manière d'être du terrain individuel, d'autres sont d'avis que, en étudiant de près les sujets en question, « on arrive presque toujours à découvrir quelque état pathologique de l'économie, antérieur, contemporain ou consécutif à l'absorption du médicament, portant sur un ou plusieurs des viscères qui interviennent dans son absorption, ses transformations chimiques ou son élimination, ou quelque altération humorale... » [Thibierge (1)] ; d'autres enfin, comme Prince Morrow (2), font de l'idiosyncrasie une susceptibilité irritative du système nerveux, due à une structure congénitale particulière des nerfs et particulièrement du système vaso-moteur des téguments.

Quoi qu'il en soit de sa nature exacte, l'idiosyncrasie existe, et constitue toujours une inconnue dans les résultats d'une médication. Existe-t-il, à côté d'elle, d'autres causes prédisposantes aux éruptions médicamenteuses ? On a incriminé l'action de certaines diathèses, telles que l'arthritisme, le lymphatisme, du tempérament nerveux, du sexe féminin ; mais ce sont là des actions secondaires, adjuvantes, dont il est difficile de définir le rôle exact et la véritable portée, et dont la plupart paraissent se confondre avec l'idiosyncrasie congénitale.

L'action des *causes déterminantes*, telles que nous les avons définies, est plus nette, et sa connaissance repose sur des notions physiologiques bien établies : ces causes déterminantes consistent, avons-nous vu, dans des lésions ou des troubles fonctionnels des organes qui, normalement, reçoivent, absorbent ou éliminent les médicaments ingérés. C'est dire que les principales de ces causes résideront dans le tube digestif, le rein, et le foie.

Les *troubles gastro-intestinaux*, soit mécaniques (dilatation de l'estomac, parésie ou spasme intestinal), soit chimiques (gastrites et gastro-entérites, dyspepsies diverses), paraissent, dans un certain nombre de cas, être une cause déterminante d'éruption, par l'entrave qu'ils apportent au processus normal de digestion et d'absorption des médicaments : c'est ainsi que Bentley et Redvood mettent sur le compte des troubles gastriques un grand nombre des cas d'iodisme, que Féré (3), puis Grémaud (4) ont insisté sur l'influence de l'antisepsie intestinale comme préventive des éruptions médicamenteuses.

L'*insuffisance rénale* ou plus exactement l'imperméabilité rénale, sont des facteurs de premier ordre pour les éruptions médicamenteuses : le rein constitue en effet l'une des principales voies d'élimination des médicaments, et un barrage jeté sur le filtre rénal aura pour conséquence la rétention dans le sang et l'accumulation dans l'économie de ces substances ; l'un des premiers effets de cette rétention toxique sera souvent la production d'une éruption, soit par intoxication sanguine ou nerveuse, soit par élimination exagérée du médicament par la peau [Lemoine (1)]. Tels les cas, démonstratifs à cet égard, de Rendu, de Morrow, de Trouchaud, de Wolf, de Virolleaud (2) ; dans la plupart de ces cas, le malade était atteint de néphrite interstitielle, et une quantité minime d'iodure de potassium (1 gramme dans le cas de Rendu, 2g50 dans le cas de Wolf) suffit pour provoquer la mort avec des accidents cutanés graves.

Les *affections hépatiques*, principalement celles qui suppriment fonctionnellement la cellule hépatique, agissent d'une manière identique : telles les cirrhoses atrophiques, les dégénérescences hépatiques, la congestion hépatique, surtout lorsqu'elle est liée à une congestion rénale simultanée (Lemoine).

L'étiologie des éruptions médicamenteuses de cause interne se résume donc, d'une manière générale, dans l'action d'une cause efficiente, le médicament ; action favorisée par l'idiosyncrasie dans certains cas, par des troubles viscéraux, organiques ou fonctionnels, dans d'autres cas.

II

Pathogénie. — Si les causes exactes des éruptions médicamenteuses ne sont pas toujours nettement établies, une incertitude plus grande encore règne, en ce qui concerne le mode pathogénique suivant lequel agissent ces causes.

Ce mode pathogénique ne paraît d'ailleurs pas être uniforme dans tous les cas, et tel mode qui est applicable à un cas donné, ne convient pas à un autre. Les théories émises à ce sujet peuvent être classées en quatre groupes :

1° Le médicament ou ses produits de transformation agissent par voie sanguine directe. — C'est la théorie la plus simple, celle qui admet l'action directe du médicament, absorbé et véhiculé par le sang jusqu'à la peau, où il produit des lésions diverses ; point n'est besoin, d'ailleurs, d'insister sur ce fait que, le plus souvent, ce ne sera pas le médicament dans toute son intégrité chimique, mais des produits de transformation de ce médicament, qui arriveront jusqu'à la peau. La substance médicamenteuse ou ses composés, véhiculée par le sang, pourra exercer une action directe sur la paroi des artérioles terminales ou des capillaires, déterminant une réaction inflammatoire ou autre de ces vaisseaux ; d'autres fois, la substance toxique portera son action sur les éléments de la peau, et notamment sur ses glandes, par lesquelles elle pourra s'éliminer en partie.

Cette intervention directe du médicament ou de ses dérivés sur les éléments cutanés a été prouvée, dans un certain nombre de cas, par la présence de ces substances dans les éléments éruptifs : Jonovsky a trouvé de l'iode dans des vésicules d'eczéma iodique, Adamkiewicz dans des pustules iodiques ; Mibelli, dans un cas d'éruption antipyrinique bulleuse, a pu démontrer, au moyen du perchlorure de fer, la présence de l'antipyrine dans le contenu liquide des bulles ; Tonnel et Raviart ont fait les mêmes constatations ;

(1) Thibierge. Loc. cit.

(2) Prince Morrow. *Drugs eruptions*, 1887.

(4) Féré. De l'influence de l'antisepsie intestinale sur la tolérance de quelques médicaments, *Semaine méd.*, 1891, p. 38.

(4) Grémaud. *De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses*, Th. de Paris, 1891.

(1) Lemoine. Du purpura iodique, *Médecine mod.*, 24 déc. 1891.

(2) Virolleaud. *Essai sur la pathogénie de quelques dermopathies médicamenteuses*, Th. de Bordeaux, 1900.

Panichi, dans une éruption bromique grave, a décelé la présence du brome au niveau de la peau.

2° Le médicament ou ses produits de transformation agissent par voie sanguine indirecte. — Dans cette théorie, le médicament ou ses produits de transformation, absorbés et véhiculés par le sang, sont amenés au contact du système nerveux, et la réaction nerveuse ainsi produite est la cause de l'éruption cutanée. Les substances toxiques peuvent agir sur le système nerveux central ou périphérique, sur le système vaso-moteur et trophique (Behrend).

La réalité de cette réaction cutanée du système nerveux est indéniable dans certains érythèmes provoqués par l'usage interne du chloral, de la belladone ; elle est complètement assimilable à ce que nous savons de l'action vaso-dilatatrice des sérums animaux et des toxines microbiennes.

3° Le médicament agit par voie gastro-intestinale directe. — Telle est la théorie de M. Hayem : le médicament ingéré déterminerait, par son action sur la muqueuse de l'estomac, une gastrite spéciale, qui favoriserait l'absorption des toxines contenues dans le tube digestif ; l'éruption médicamenteuse ne serait alors que la résultante d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

C'est également à une auto-intoxication de cette nature que M. Bouchard attribue les éruptions médicamenteuses.

4° Le médicament agit par voie gastro-intestinale réflexe. — Dans certains cas, dans lesquels l'apparition de l'éruption suit de très près l'ingestion du médicament, il semble presque impossible de ne pas incriminer une action réflexe, dont le point de départ est la muqueuse gastrique influencée par le médicament, et dont l'aboutissant est dans les capillaires cutanés (Grancher, Potain, Bardet).

Un cas curieux de Jasewicz vient à l'appui de cette pathogénie : c'est celui d'une malade chez laquelle l'ingestion de cachets d'antipyrine provoquait invariablement une éruption, alors que l'ingestion du même médicament en solution étendue ne s'accompagnait d'aucun accident.

Telles sont les quatre principales théories auxquelles on peut rattacher la production des éruptions médicamenteuses. Comme nous l'avons fait remarquer, aucune de ces théories n'est en réalité exclusive, et chacune d'elles est capable d'expliquer un certain nombre de faits.

III

Symptômes. — Les éruptions médicamenteuses peuvent se présenter sous des formes multiples, très variables suivant le médicament en cause, suivant le sujet qui en est atteint, variables même, d'un cas à l'autre, pour le même médicament et pour le même sujet.

Tel n'est pas cependant, ou tout au moins tel n'a pas toujours été l'avis de tous les dermatologistes : Bazin admettait, pour chaque agent pathogénétique, une forme clinique dominante, autour de laquelle se groupaient des formes accessoires. Prince Morrow (1), élargissant la donnée de Bazin, admet qu'il existe deux catégories d'éruptions médicamenteuses : les unes, spécifiques d'un médicament, représentent la modalité éruptive le plus communément observée au cours de l'intoxication par ce médicament ; les autres, anormales, sans caractères différentiels nets, accidentelles pour ainsi dire, ne portent nullement en elles le cachet de l'intoxication causale. M. Besnier (1), et avec lui la plupart des dermatologistes, vont plus loin que Prince Morrow, et admettent que, d'une manière générale, « chaque individu manifeste l'intolérance médicamenteuse à sa manière, et c'est lui, non le médicament, qui détermine la forme éruptive, en sorte que l'on peut observer la même éruption produite par des substances différentes, ou des éruptions différentes déterminées par un même médicament. »

Néanmoins, il faut reconnaître qu'à certains médicaments correspondent plus spécialement certaines formes éruptives : c'est ainsi que l'iodure de potassium fait le plus souvent de l'acné, que le mercure crée des érythèmes, etc. Aussi, est-il légitime, à côté des caractères communs à toutes les éruptions médicamenteuses, à côté des divers types d'éruptions que peuvent produire les médicaments en général, de décrire les éruptions plus particulièrement dues à chaque médicament : c'est l'ordre que nous suivrons dans notre exposé clinique.

I. Caractères communs a toutes les éruptions médicamenteuses. — Au premier chef, il faut placer le *polymorphisme* des éléments éruptifs : « Le plus souvent, dit M. Gaucher (2), à la rougeur érythémateuse vous voyez associées soit des papules, soit des vésicules, soit des bulles, et même quelquefois des pustules. » Ce polymorphisme est d'ailleurs un caractère commun à la plupart des toxicodermies, dont les éruptions médicamenteuses ne sont qu'une variété.

La *généralisation* est encore un caractère de premier ordre des éruptions qui nous occupent : de cause interne, comme les infections et intoxications diverses, les dermites médicamenteuses par ingestion ont, comme les fièvres éruptives, leurs éléments disséminés sur toute la surface cutanée. Caractère qui les distingue des éruptions médicamenteuses de cause externe, celles-ci localisées, au début tout au moins.

Une troisième caractéristique, d'une grande importance également, consiste dans l'*incoordination clinique* des phénomènes ; cette incoordination est souvent telle qu'on a pu dire avec raison : lorsqu'une dermatose généralisée se présente avec des allures tellement anormales qu'il est impossible de la classer dans un groupe dermatologique, il faut songer immédiatement à une éruption médicamenteuse ou alimentaire. Ce ne sont pas seulement les phénomènes locaux qui sont incoordonnés, ce sont aussi les phénomènes généraux, souvent nuls, ou d'une gravité atténuée qui ne correspond pas à la gravité apparente de la dermatose. Et cette *absence ordinaire de phénomènes généraux* constitue encore un symptôme capital, quoique négatif, des éruptions médicamenteuses.

La *cessation des phénomènes morbides*, *coïncidant avec la cessation du médicament*, est un caractère presque constant, mais d'une importance moindre que les précédents : en effet, l'éruption met parfois à disparaître un temps assez long, rendant difficilement constatable la coïncidence en question. D'une importance secondaire également, la *coexistence avec l'éruption d'autres symptômes d'intoxication*, n'est pas assez constante pour constituer un caractère général ; souvent même, il existe une sorte d'opposition ou de balancement entre les manifestations cutanées et les manifestations viscérales d'une même intoxication médicamenteuse : c'est

(1) Prince Morrow. Loc. cit.

(1) Besnier. Pathogénie des érythèmes, *Ann. de dermat.*, 1890, p. 1.
(2) Gaucher. Loc. cit., t. I, p. 112.

ainsi que fréquemment on observe des érythèmes mercuriels sans stomatite, et plus souvent encore des stomatites sans érythème.

En somme, les éruptions médicamenteuses sont, d'une manière générale, des éruptions polymorphes, plus ou moins généralisées, souvent incoordonnées dans leurs manifestations cliniques, ordinairement dénuées de phénomènes généraux, coexistant ou non avec d'autres symptômes d'intoxication médicamenteuse, cessant toujours un temps plus ou moins long après la cessation du médicament causal.

Ces caractères généraux n'ont d'ailleurs rien d'absolu, et il s'en faut de beaucoup qu'une éruption médicamenteuse quelconque les présente tous. Mais dans un cas douteux, la constatation de plusieurs d'entre eux est un signe de présomption important, qui permet au clinicien d'orienter ses investigations dans la bonne voie.

II. Formes cliniques des éruptions médicamenteuses en général. — Il n'est guère de type éruptif que ne puissent présenter les dermopathies médicamenteuses; suivant les médicaments, suivant leur dose, suivant le sujet atteint, fréquemment aussi sans aucune raison apparente, la peau réagit à l'intoxication médicamenteuse par un érythème simple, par des vésicules, des bulles, des pustules, par des papules de formes variées, par du purpura, par des pigmentations, en un mot par toutes les lésions élémentaires de la peau.

Souvent, avons-nous dit, ces éruptions sont polymorphes, et plusieurs des lésions élémentaires que nous venons d'énumérer se trouvent réunies chez le même sujet : cependant, dans presque tous les cas, on peut reconnaître un élément dominant, qui constitue, pour ainsi dire, le substratum de l'éruption, qui en est en tous cas la manifestation principale, et qui permet de classer en quelques groupes simples les éruptions médicamenteuses.

Le type éruptif le plus fréquemment observé est sans contredit le *type érythémateux*. Tantôt c'est un *érythème simple*, caractérisé uniquement par une coloration rouge de la peau, coloration plus ou moins généralisée, souvent prédominante au niveau de l'abdomen, des plis articulaires, des membres inférieurs, coloration plus ou moins intense, et dont les éléments peuvent être d'étendue variable, constituant dans leur ensemble soit un érythème rubéoliforme, soit un érythème scarlatiniforme.

Tantôt c'est un *érythème papuleux*, formé d'éléments surélevés : suivant l'étendue de ces éléments, l'éruption prend l'aspect d'une roséole papuleuse, d'un érythème noueux, d'une éruption érythémato-papuleuse en plaques plus ou moins larges. Tantôt encore c'est un *érythème urticant*, constitué par des plaques surélevées, blanches ou rosées, entourées d'une zone rouge, et donnant lieu à une vive cuisson.

Toutes ces éruptions médicamenteuses de type érythémateux ont pour caractères généraux, très inconstants à la vérité, d'être plus ou moins généralisées, d'évoluer sans fièvre et sans phénomènes graves, d'être prurigineuses, de respecter les muqueuses, et de se terminer rapidement, en quelques jours, sans desquamation.

Le *type vésiculeux et bulleux* est beaucoup moins fréquent que le type précédent : dans des cas rares, l'éruption présente pour toute manifestation un certain nombre de vésicules, disséminées sur la surface cutanée (éruption herpétiforme), ou agminées en un ou plusieurs groupes (éruption zostériforme); plus souvent il s'agit de bulles, qui peuvent acquérir de grandes dimensions, soulevant l'épiderme sur une étendue d'un à plusieurs centimètres, et simulant une brûlure (éruption pemphigoïde). Vésicules et bulles renferment un liquide clair ou opaque, purulent même dans certains cas; elles peuvent évoluer vers la guérison rapide : le liquide contenu s'écoule au dehors ou se résorbe, une croûte se forme, puis tombe, laissant une tache pigmentée qui, elle-même, disparaîtra quelque temps après; mais les vésicules et surtout les bulles peuvent être l'origine d'ulcérations dont la guérison est longue, et qui laissent à leur suite des cicatrices indélébiles. Les éruptions à type vésiculeux ou bulleux exclusif sont d'ailleurs rares, et le plus souvent il s'agit d'éruptions polymorphes.

Le *type pustuleux* est caractérisé par l'apparition de papules en nombre variable, rouges et douloureuses, et qui bientôt se transforment en pustules acnéiformes ou ecthymatiformes; ces pustules, comme celles de l'acné et de l'ecthyma, se terminent soit par la résorption du pus, laissant à leur suite un élément papuleux induré, de longue durée; soit par la rupture de la pustule, suivie de guérison rapide, avec ou sans cicatrice consécutive; soit encore par la production d'une ulcération qui peut présenter l'étendue et l'aspect d'une ulcération gommeuse, et dont la lente guérison est suivie de vastes cicatrices indélébiles; ces formes pustuleuses graves appartiennent surtout, comme nous le verrons, aux éruptions bromiques et iodiques.

Le *type purpurique* peut être primitif ou secondaire. Primitif, il est constitué par la production, sur la surface cutanée, de pétéchies d'un rouge vif au début, prédominant aux membres inférieurs, et généralement assez espacées; le pronostic de ce purpura toxique est le plus souvent bénin; parfois cependant, d'autres hémorragies coexistent avec lui, gingivales, nasales, cérébrales même. Secondaire, il complique une éruption médicamenteuse d'autre type, et n'est plus alors sous la dépendance directe de l'agent toxique, mais résulte le plus souvent d'une insuffisance rénale ou hépatique, ou d'un trouble cardiaque concomitants.

Un dernier type, important par les problèmes pathogéniques et diagnostiques auxquels il donne lieu, est le *type pigmentaire*. Méconnues pendant longtemps, les pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse ont été depuis bien étudiées, et sont maintenant bien connues, tout au moins au point de vue clinique. On peut en décrire deux variétés principales, l'une primitive, l'autre secondaire : primitive, la pigmentation est la première manifestation cutanée de l'intoxication; le type en est fourni par la pigmentation arsenicale; c'est une hyperchromie plus ou moins généralisée, diffuse, donnant au tégument tout entier une teinte brunâtre claire ou foncée, et constituée par de petites taches souvent confondues les unes avec les autres; c'est en un mot une véritable maladie bronzée. Secondaire, la pigmentation est consécutive à une autre lésion cutanée, le plus souvent vésiculeuse et surtout bulleuse : elle est alors constituée par des taches brunes ou noires, souvent peu nombreuses, séparées en tout cas par de larges intervalles de peau saine.

Dans ses deux formes, la pigmentation d'origine médicamenteuse est souvent de longue durée; elle persiste longtemps après la cessation du médicament; cependant, son pronostic est bénin, et jamais elle ne s'accompagne de phénomènes graves.

III. Formes cliniques des éruptions médicamenteuses en particulier. — *Éruptions hydrargyriques.* — Les éruptions cutanées dues à l'usage interne du mercure sont connues de longue date ; dès 1804, Alley en donnait une description qui est restée classique; depuis, elles ont été étudiées surtout par Rayer, par Bazin, par Hallopeau (1), par Morel-Lavallée (2), par M. Fournier dans de nombreuses communications, par Faïerman (3).

Depuis Alley, on décrit classiquement trois formes d'hydrargyrie cutanée : 1° une forme bénigne, *hydrargyria mitis*, caractérisée par un érythème localisé à l'abdomen, aux aines, à la face interne des cuisses, au voisinage des grandes articulations; sur l'érythème apparaissent quelques vésicules à forme miliaire; cette éruption s'accompagne d'une sensation de cuisson assez vive; elle se termine au bout de quelques jours par une desquamation légère; — 2° une forme fébrile, *hydrargyria febrilis*, dans laquelle l'érythème est nettement scarlatiniforme et s'accompagne de phénomènes généraux parfois très marqués : fièvre, frissons, diarrhée, albuminurie; l'érythème peut être localisé ou généralisé; dans ce dernier cas, l'aspect du malade est absolument celui d'un malade atteint de scarlatine ou d'érythème scarlatiniforme desquamatif; la surface érythémateuse peut se recouvrir, comme dans la forme précédente, de vésicules et même de pustules, celles-ci pouvant être primitives ou dues à une infection secondaire des vésicules rompues. La desquamation, qui survient au bout d'un temps très variable (huit à vingt jours en moyenne, mais parfois jusqu'à soixante-dix et quatre-vingt-dix jours), se fait par larges lambeaux qui peuvent entraîner dans leur chute les poils et les ongles; — 3° une forme maligne, *hydrargyria maligna*, dans laquelle l'éruption prend une coloration pourpre et se recouvre parfois de bulles purulentes et sanguinolentes, origines d'adénites, d'abcès superficiels, d'ulcérations gangréneuses; la peau se tuméfie dans sa totalité, notamment à la face et aux paupières. La fièvre et les signes généraux sont intenses, et la mort peut survenir dans le marasme, ou du fait d'une autre manifestation de l'intoxication mercurielle.

Tous les composés mercuriels peuvent déterminer de l'hydrargyrie cutanée, mais le calomel jouit à cet égard d'une supériorité incontestable : aussi est-il prudent, suivant la méthode du professeur Fournier, de toujours tâter la susceptibilité du malade à ce médicament, en limitant à trois centigrammes la dose de la première injection sous-cutanée, et en ne dépassant qu'exceptionnellement la dose de cinq centigrammes injectés en une seule fois.

Éruptions iodiques. — Tous les composés iodiques peuvent être l'origine d'éruptions pathogénétiques; mais la cause la plus habituelle des *iodurides* (Besnier) est l'iodure de potassium. Connues depuis l'emploi de l'iode en thérapeutique, les éruptions iodiques et particulièrement ioduriques ont été signalées dès 1839 par Ricord; depuis, de nombreux travaux ont paru sur la question, parmi lesquels nous citerons seulement les travaux d'ensemble de Mlle Bradley (4), de Briquet (5) et l'excellente Revue générale de G. Lyon (6).

(1) Hallopeau. *Du mercure*, Th. d'agrég., Paris 1878.

(2) Morel-Lavallée. L'hydrargyrie pathogénétique, *Revue de méd.*, 1891, p. 449.

(3) Faïerman. *L'hydrargyrie cutanée*, Th. de Paris, 1897.

(4) Mlle Bradley. *L'iodisme*, Th. de Paris, 1887.

(5) Briquet. De l'iodisme, *Semaine méd.*, 8 avril 1896

(6) G. Lyon. L'iodisme, *Gaz. des hôpit.*, 8 juillet 1899.

Pratiquement, et suivant d'ailleurs en cela la division adoptée par M. Besnier, on peut distinguer, parmi les éruptions iodiques, une *forme commune*, la plus fréquente de beaucoup, à savoir l'*acné iodique*, et des *formes multiples*, beaucoup plus rares, plus graves aussi, pouvant reproduire à peu près toutes les lésions élémentaires de la peau.

L'*acné iodique* survient avec une prédilection marquée chez les individus séborrhéiques, chez les acnéiques, chez les dyspeptiques; dans sa forme habituelle, elle ressemble complètement à l'acné pustuleuse vulgaire, dont elle emprunte également les localisations si spéciales à la face et à la partie supérieure de la poitrine et du dos. Dans une forme plus rare, cette acné prend l'aspect d'un furoncle anthracoïde ou d'un anthrax vrai : c'est aux diverses variantes de cette forme que s'appliquent les noms d'*iodide furonculo-anthracoïde* (Fournier), d'*acné anthracoïde iodo-potassique* (Besnier), de *dermatite tubéreuse* (Taylor). Enfin, dans quelques cas, les papulo-pustules ne sont plus acnéiques mais ecthymateuses, distinction d'ailleurs sans importance, puisqu'il n'est pas encore prouvé que l'acné iodique soit bien une acné, et que nombre d'anatomo-pathologistes nient toute lésion, au moins primitive, des follicules pileux et des glandes sébacées. Quoi qu'il en soit, les différentes variétés d'acné iodique se terminent par la guérison, au bout d'un temps généralement assez court après la cessation du traitement, laissant à leur suite une cicatrice pigmentée parfois profonde.

Parmi les formes plus rares d'iodisme cutané, l'une des plus intéressantes est le *purpura iodique*. Depuis les études d'ensemble du professeur Fournier (1), de Barlow (2), de G. Lemoine (3), des cas assez nombreux en ont été rapportés par différents auteurs. Dans la plupart des cas, le purpura siège aux jambes; parfois, cependant, il peut siéger sur les muqueuses (4); M. Gaucher (5) a rapporté un cas curieux, dans lequel les pétéchies iodiques étaient localisées exactement sur des syphilides papuleuses. Le purpura est une manifestation grave de l'iodisme, non pas tant de son fait propre que du fait du terrain sur lequel il apparaît : on l'observe surtout chez les vieillards, les sujets débilités, chez les artério-scléreux, les hépatiques, les brightiques, les cardiaques.

L'*œdème iodique* est une forme assez fréquente de l'intoxication; limité le plus souvent à la face, particulièrement aux paupières, il s'accompagne fréquemment de coryza, de larmoiement; parfois l'œdème gagne la muqueuse buccale, le pharynx, la glotte, et peut déterminer des accidents graves. Assez souvent aussi, il coïncide avec un érythème diffus des régions œdématiées. L'œdème apparaît rapidement, quelques heures à peine après l'absorption du médicament; il disparaît de même, sans laisser aucune trace.

Les *éruptions pemphigoïdes* constituent une forme grave de l'iodisme cutané. On peut en distinguer trois variétés : dans un premier groupe de cas, l'éruption simule un *érythème polymorphe bulleux*; après formation de taches rouges disséminées sur la peau, apparaissent des bulles qui restent séreuses ou suppurent, puis se dessèchent et desquament sans laisser de cicatrices; le plus souvent, il n'existe pas de phénomènes

(1) Fournier. Purpura iodique, *Revue mens. de méd*, 1877.

(2) Barlow. *Med. Times and Gaz.*, 1878.

(3) G. Lemoine. Loc. cit.

(4) G. Milian. Purpura iodique de la muqueuse buccale, *Presse méd.*, 1899, p. 193.

(5) E. Gaucher. Loc. cit., t. II, p. 367.

généraux. Dans un cas exceptionnel, récemment rapporté par M. Danlos (1), l'éruption prit la forme d'une *dermatite herpétiforme aiguë*, d'une durée de six semaines. Enfin, plus souvent, on observe une éruption pour laquelle MM. Hallopeau et Fouquet (2) ont proposé le nom de *pemphigus végétant d'origine iodique*, consistant dans la production de bulles d'abord séreuses, puis purulentes et sanguinolentes, apparaissant sur des taches rouges infiltrées; les bulles se rompent et laissent à nu une ulcération recouverte de saillies végétantes; la guérison laisse subsister des cicatrices indélébiles. Des lésions semblables peuvent se produire sur la muqueuse buccale et aussi sur la cornée; dans ce dernier cas, elles déterminent la cécité (Hallopeau). Cette forme peut être accompagnée de phénomènes généraux graves (fièvre, diarrhée, albuminurie) et entraîner la mort par cachexie.

La *gangrène iodique* peut être consécutive à des pustules d'acné, à des vésicules, ou être primitive; dans les deux cas, c'est une nécrose en plaques disséminées (Audry, Malherbe).

Les *nodosités iodiques*, décrites par Ricord, Pellizari, Talamon, Fordyce, consistent dans des nodules hypodermiques avec rougeur cutanée, disséminés sur toute l'étendue de la peau, et notamment sur les membres supérieurs et inférieurs; objectivement, ces nodosités ressemblent à une gomme syphilitique, et plus encore à l'érythème induré des jeunes filles décrit par Bazin. Mais leur évolution est toute différente, puisqu'elles disparaissent de deux à huit jours après la cessation du médicament.

Signalons encore l'apparition possible, sous l'influence de l'iode et surtout de l'iodure de potassium, d'*urticaire* (Pellizari), d'*éruptions eczématiformes* (Petitjean), d'*herpès labial* (Briquet), de *zona ophtalmique* (Jacquet).

Éruptions bromiques. — Moins fréquentes que les éruptions iodiques, les éruptions bromiques sont consécutives le plus souvent à l'usage du bromure de potassium; cependant, les autres sels de brome, et même le bromoforme (3), peuvent en être la cause.

Leur forme la plus habituelle est l'*acné bromique*, comparable en tous points, comme siège et comme forme, à l'acné iodique, et par conséquent aussi à l'acné pustuleuse vulgaire. D'autres fois, l'éruption bromurique prend une forme plus grave, celle de plaques surélevées, papillomateuses et végétantes, simulant des syphilides muqueuses hypertrophiques; ces plaques peuvent suppurer, puis se recouvrir de de croûtes; elles laissent à leur suite des cicatrices pigmentées. Notons, enfin, la possibilité de *mélanodermies bromiques* primives, sans mélange d'autres lésions bromiques, et semblables à la mélanodermis arsenicale [Echeverria, Aug. Voisin (4)].

Eruptions arsenicales. — Les éruptions dues à l'usage interne de l'arsenic peuvent revêtir toutes les formes possibles d'éruptions médicamenteuses. Cependant, trois modes éruptifs sont assez spéciaux à l'arsenic pour mériter une mention particulière : la mélanodermie, la kératose et le zona.

(1) Danlos. Dermatite herpétiforme consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium, Soc. de dermat. et de syphil., 10 nov. 1898.

(2) Hallopeau et Fouquet. Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique, Soc. de dermat. et de syphil., 6 juin 1901.

(3) Gaucher et H. Bernard. Éruption bromique due au bromoforme, Soc. de dermat. et de syphil., 7 mars 1901.

(4) Richard. *Les pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse*, Th. de Paris, 1898.

La *mélanodermie* (1), bien étudiée dans les travaux d'ensemble de G. Brouardel, de Richard, de Méneau, de Dupoux, consiste dans une véritable maladie bronzée; la coloration bronzée est uniforme, ou parsemée de taches arrondies plus claires ou plus foncées (semis de grains de tabac); les muqueuses sont toujours indemnes. La *kératose arsenicale*, ordinairement symétrique, peut être plantaire ou palmaire, ou plantaire et palmaire à la fois; elle coïncide fréquemment avec la mélanodermie; c'est une kératose légère, rappelant l'aspect de la peau de mandarine, moins la coloration (Dupoux). Le *zona arsenical* paraît assez fréquent; plusieurs cas en ont été rapportés récemment par O'Donovan, par Bettman, par Nielsen, d'après lequel on verrait survenir un zona dans 2 p. 100 des cas de psoriasis traités par l'arsenic. Ce zona ne présente d'ailleurs rien de particulier dans sa forme ni dans son évolution.

Autres éruptions dues à des médicaments d'origine minérale. — Le *bore*, et principalement son sel le plus employé, le *borate de soude*, sont l'origine d'éruptions qui ont été bien étudiées par M. Féré (2); le plus souvent, il s'agit d'éruptions érythémateuses comparables à l'eczéma séborrhéique, mais s'accompagnant de sécheresse et de chute des cheveux; Wild (3) a récemment rapporté un cas de borisme, dans lequel l'éruption prit la forme d'une dermatite érythémateuse confluente desquamative.

Le *chlore*, et surtout son dérivé le *chloral*, sont facteurs d'éruptions, rares à la vérité, puisque Geill (4), médecin dans un asile d'aliénés où l'on emploie chaque année 32000 grammes de chloral, dit n'en avoir observé que six cas en sept ans. Le plus communément, c'est une éruption de plaques rouges diffuses, légèrement surélevées, siégeant à la face, puis s'étendant à tout ou partie du corps; parfois il existe des démangeaisons et de la fièvre. Mais d'autres formes éruptives peuvent se montrer, et Morrow en décrit cinq variétés : une forme érythémateuse, une forme papuleuse, une forme ortiée, une forme vésiculeuse, une forme pétéchiale ou purpurique.

L'*argent*, ingéré sous forme de *nitrate d'argent*, provoque une mélanodermie généralisée, mais marquée surtout à la face et sur les autres régions découvertes; la peau est d'une coloration gris ardoisé. Les cas d'argyrie sont d'ailleurs rares actuellement, l'usage du nitrate d'argent à l'intérieur étant tombé en désuétude.

Éruptions dues à l'antipyrine. — L'antipyrine est une des causes les plus fréquentes d'éruptions médicamenteuses, et de nombreuses observations en ont été publiées; nous signalons seulement les travaux d'ensemble de Guilloud (5), de Clément (6), et les importantes monographies de M. Brocq (7) et de M. Fournier (8).

Les antipyrinides, comme les nomme M. Besnier, peuvent

(1) Gaucher et H. Bernard. Mélanodermie arsenicale, Soc. de dermat. et de syphil., 15 avril 1901.

(2) Féré. Le borisme, *Semaine méd.*, 3 nov. 1894.

(3) Wild. Dermatite due au borax à l'intérieur, *The Lancet*, 7 janv. 1899.

(4) Geill. Exanthème chloralique, *Dermat. Zeits.*, juillet 1897.

(5) Guilloud. *Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine*, Th. de Paris, 1894.

(6) Clément. *Des accidents dus à l'emploi de l'antipyrine.* Th. de Paris, 1897.

(7) Brocq. Éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine, *Ann. de dermat.*, 1894.

(8) Fournier. Trois cas de verge noire par éruption d'antipyrine, Soc. de dermat. et de syphil., 10 avril 1899.

revêtir des formes multiples; les unes ne présentent rien de spécifique, rien qui puisse les faire attribuer, *à priori*, à leur agent causal : tels l'érythème simple, sans desquamation ni phénomènes généraux ; la forme érythémato-papuleuse comparable à une roséole papuleuse ; des formes vésiculeuses et bulleuses, simulant l'herpès ou un érythème polymorphe bulleux ; des éruptions urticariennes, purpuriques; une forme grave, scarlatiniforme desquamative, s'accompagnant parfois de phénomènes généraux très marqués. (Voir pour toutes ces formes le chapitre des formes des éruptions médicamenteuses en général.)

Une forme au contraire, bien spéciale à l'antipyrine, est intéressante à connaître ; c'est la forme pigmentaire, décrite par M. Brocq sous le nom d'*éruption érythémato-pigmentée fixe* : elle est caractérisée par l'apparition sur le corps d'une ou de plusieurs plaques érythémateuses, arrondies, de 1 à 5 centimètres de diamètre, s'accompagnant d'un prurit très léger, ou même parfois aprurigineuses, devenant successivement brunes, puis noirâtres, et laissant à leur suite une tache pigmentaire de longue durée; à chaque nouvelle ingestion d'antipyrine, ces taches pigmentaires redeviennent rouges, puis brunes, et finalement restent plus pigmentées qu'auparavant.

Sous le nom de « verge noire », M. Fournier a décrit une forme pigmentaire localisée à la verge : tantôt sans aucun œdème, tantôt avec un volumineux œdème du prépuce, apparaît un érythème du prépuce et du gland : puis sur ce fond rouge, se fait une éruption confluente de taches noirâtres, variant comme dimensions d'une lentille à une amande. Ces taches pigmentaires, récidivantes à l'occasion d'une nouvelle ingestion d'antipyrine, sont souvent de longue durée.

Eruptions balsamiques. — Nommées encore roséoles balsamiques ou roséoles résineuses, ces éruptions sont consécutives à l'absorption de copahu surtout, plus rarement de térébenthine, de santal, de cubèbe.

Leur forme la plus commune consiste en une véritable *roséole*, éruption de papules érythémateuses, arrondies, de dimensions variables, siégeant surtout au pourtour des articulations, très prurigineuses et prenant même parfois le caractère ortié : c'est une éruption très bénigne, qui disparaît en quelques jours, après une légère desquamation.

Dans des cas plus rares, cette éruption se généralise à tout le tégument, s'accompagnant d'œdème et de rougeur de la face. Enfin, les éruptions balsamiques, dans des cas exceptionnels, peuvent revêtir la forme bulleuse hémorragique ; elles peuvent s'étendre aux muqueuses, amenant de la dysphagie et même des phénomènes d'œdème glottique. M. Gaucher (1) a rapporté un cas d'érythème copahique, polymorphe, hémorragique, qui se termina par la mort au bout de vingt jours.

Eruptions de diverses causes. — De nombreux médicaments provoquent encore des éruptions médicamenteuses, quoique avec une fréquence beaucoup moindre que les précédents.

La *quinine* et particulièrement le sulfate de quinine donnent toutes les modalités d'éruptions possibles : le plus souvent néanmoins, il s'agit d'un érythème simple, fugace, sans prurit ni desquamation.

L'*exalgine* a provoqué, dans un cas de Linossier, une éruption bulleuse cutanée et muqueuse.

L'*acide salicylique* et les *salicylates* provoquent parfois des éruptions érythémateuses, bulleuses, purpuriques, mais sans modalité spécifique.

L'*opium* et ses alcaloïdes donnent toutes les variétés éruptives ; les éruptions opiacées sont ordinairement très prurigineuses.

La *belladone*, la *jusquiame*, la *digitale* provoquent dans quelques cas des éruptions érythémateuses simples, parfois scarlatiniformes.

En résumé, il n'est guère de médicament, qu'il soit d'origine chimique ou d'origine végétale, ou même d'origine animale, qui ne puisse, à un moment donné, provoquer une éruption médicamenteuse; cette éruption peut prendre des formes essentiellement variables et d'un diagnostic parfois difficile ; cependant on arrivera le plus souvent à ce diagnostic, par la connaissance des caractères généraux des éruptions médicamenteuses, jointe à la notion étiologique.

(1) GAUCHER. *Leçons sur les maladies de la peau*, t. I, p. 118.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS

DISCUSSION SUR LA CHIRURGIE DE LA RATE

La discussion qui a suivi la lecture du rapport n'a fait que confirmer les différentes conclusions que M. Février avait proposées. Les faits de chirurgie splénique sont d'ailleurs rares, aussi les observations communiquées n'ont-elles constitué que des faits nouveaux et isolés, difficiles à grouper.

Notre confrère de la marine, M. Lassabatie, cite un cas curieux d'un homme qui, à la suite d'un coup de pied dans la région sacrée, mourut d'une **rupture de la rate**. Même curiosité, au point de vue étiologique, dans ce cas de rupture de la rate observée chez une femme arabe dont la partie inférieure gauche du thorax avait été frappée légèrement avec une baguette d'olivier. Il est vrai de dire que cette femme était une paludique invétérée et qu'elle portait une grosse rate, sur la friabilité de laquelle M. Février a insisté, dans son rapport.

Parmi les autres cas traumatiques rapportés, citons encore un cas de **guérison spontanée** de blessure de la rate, par coups de feu, observé par M. Moty. A l'autopsie du malade, mort deux mois après du choléra, on trouva une large section portant sur le tiers inférieur de la glande et en voie de cicatrisation. Enfin la dernière observation est celle d'un Annamite qui fit une chute sur le flanc gauche et chez lequel des symptômes graves de shok, une douleur vive et une tuméfaction profonde dans la région splénique firent supposer que la rate avait été lésée ; ce malade guérit.

A côté de ces cas de guérison spontanée, mentionnons le fait de guérison d'un coup de feu de la région splénique, grâce à une laparotomie pratiquée par M. Weiss (de Nancy). Il s'agit d'un homme qui reçut un coup de feu dans l'hypocondre gauche. Dans les premières heures de l'accident, on ne nota ni réaction péritonéale, ni matité limitée ; mais la petitesse du pouls et la contracture de la paroi ne firent pas hésiter sur l'existence d'un épanchement intra-péritonéal. « J'intervins douze heures après l'accident. Une incision en L me permit d'explorer facilement l'hypocondre gauche et de me rendre compte de la source de l'hémorragie qui provenait à la fois de la rate, du foie et de vaisseaux épiploïques sectionnés. Un gros épanchement sanguin remplissait l'arrière-cavité des épiploons.

Après un nettoyage aussi complet que possible j'établis un tamponnement qui eut raison de l'hémorragie. Le malade guérit. »

M. Delagénière (du Mans), en 1899, étant interne à l'hôpital Bichat, put observer un homme de quarante et un ans, qui venait de recevoir, il y avait une heure, trois coups de couteau dans le côté gauche de l'abdomen, et présentait les signes d'une profonde hémorragie. Elle provenait de la rate. M. Delagénière put extérioriser la plaie de la rate et la suturer. Le malade guérit.

Mais, ainsi que le dit M. Février, le diagnostic des lésions traumatiques de la rate n'est pas toujours facile. Souvent la lésion traumatique disparaît et passe inaperçue dans un ensemble symptomatique complexe. Témoin le cas cité par M. Reynès (de Marseille) qu'on pourrait intituler : Fracture du crâne ; **rupture méconnue de la rate**, mort.

Voici cette observation résumée :

Il s'agit d'un marin de dix-sept ans qui, après une chute de 8 mètres dans la cale d'un navire, est amené à l'hôpital dans le coma complet; on constate une fracture de la région temporale, et tous les signes d'une commotion cérébrale très violente : hypothermie, pâleur, pouls petit. Quarante-huit heures après le malade succombe; son billet de décès mentionne : fracture du crâne.

L'autopsie, faite par l'auteur, démontre, en effet, une fracture du crâne, passant par le vertex, et descendant sur les deux fosses spléno-temporales. Mais elle fit découvrir une rupture traumatique de la rate; la face externe de l'organe, dont le tissu était d'ailleurs sain, avait éclaté en deux endroits; un morceau de rate avait même été arraché au pôle inféro-postérieur. Cette triple rupture avait donné lieu à une hémorragie mortelle passée entièrement inaperçue, masquée par les symptômes de la commotion cérébrale. Le ventre était rempli par environ 2 litres de sang fluide. Tous les autres organes étaient sains. Pas de fracture de côtes.

M. Reynès fait suivre sa communication de sages conseils. Sans doute, en examinant complètement l'abdomen, en recherchant la contracture localisée, la matité de l'épanchement, en faisant l'examen du sang, on eût pu reconnaître la rupture splénique. Mais si le chirurgien avait fait toutes ces recherches, c'est que son attention eût été attirée sur une lésion de la rate. La vérité est que, dans les traumatismes violents, il faut faire un examen complet et minutieux du malade.

Les **kystes hydatiques de la rate** ont été observés assez souvent : M. Tédenat (de Montpellier) est intervenu dans deux cas, l'un facile, l'autre difficile. Il s'agissait dans ce cas d'un kyste qui s'était ouvert dans les bronches.

La splénectomie lui semble l'intervention de choix. Quant elle est impossible à cause de larges adhérences, il faut se contenter de l'incision large avec drainage.

M. Demons (de Bordeaux) a pratiqué trois fois la marsupialisation. M. Gérard Marchant a pratiqué une fois la marsupialisation et une fois la splénectomie. Ces deux malades, opérés il y a deux ans, semblaient guéris lorsque, ces temps derniers, M. G. Marchant apprit de l'un d'eux qu'il avait expulsé des vésicules par la fistule encore existante, de l'autre qu'il rendait de ces mêmes vésicules dans ses urines. Ces faits sont importants à consigner pour le pronostic éloigné de l'affection.

Tous les orateurs sont d'accords avec le rapporteur pour rejeter la ponction comme moyen d'exploration et de traitement.

M. Lejars rappelle qu'à côté des kystes hydatiques on observe dans la rate des kystes séreux qui ont pour origine un ancien épanchement sanguin sous-capsulaire, dû à un traumatisme. Dans ces cas, l'incision suivie de drainage lui paraî la méthode de choix, lorsque la petitesse du kyste ne permet pas l'extirpation.

La question des **grosses rates** dont la nature n'est pas nettement déterminée devait être soulevée au Congrès. Dans un cas de M. Routier, cette splénomégalie était due à des hématomes multiples de la rate. La splénectomie fut pratiquée avec succès.

Ces grosses rates peuvent en imposer, témoin la mésaventure arrivée à M. Potherat. Une ancienne paludique présentait une volumineuse tumeur abdominale, hypogastrique, qu'il prit pour un kyste de l'ovaire. La laparotomie lui montra qu'il avait affaire à une rate énormément hypertrophiée (elle pesait 2k500) en ectopie pelvienne. La splénectomie fut suivie d'une guérison parfaite.

MM. Faure et Michaux disent avec raison que le diagnostic de splénomégalie ne suffit pas pour légitimer la splénectomie. Dans un cas où l'opération fut parfaite de simplicité et de rapidité, le malade, opéré par M. Faure, n'en mourut pas moins quelques heures après. Dans un autre cas, observé par Michaux un malade splénomégalique qu'on allait opérer guérit par un traitement médical approprié et prolongé.

Peu de chose sur la **rate paludique**. Un seul orateur, M. Léonte (de Bucarest), a pris la parole sur cette question.

On peut résumer ainsi sa communication :

Lorsque l'hypertrophie de la rate est ancienne, et qu'elle est développée chez des impaludiques chroniques, la splénectomie est de mise. C'est en suivant ces principes que l'auteur a fait douze splénectomies : sur ces douze cas, il a relevé huit guérisons et quatre décès, ces derniers dus l'un au shok traumatique, les trois autres à la pneumonie adynamique.

La **rate leucémique** ne doit jamais être touchée. Le cas de M. Blanquinque (de Laon) prouve que la statistique du rapporteur reste vraie : 100 p. 100 de mortalité opératoire.

A côté de la gravité de la splénectomie, M. Villar (de Bordeaux) revient montrer que la **splénopexie** n'est pas moins grave.

Sur les dix cas d'exosplénopexie pratiqués jusqu'à ce jour, on relève deux guérisons complètes et quatre morts, dont deux à longue échéance (au bout de deux à trois mois) et deux rapides (dans un cas deux jours, dans l'autre, trois jours et demi après l'intervention).

Cette mortalité élevée doit donc inviter le chirurgien à la réserve, au point de vue de l'emploi de cette méthode. Pourtant les deux cas de guérison font que, si, dans le cours d'une splénectomie, l'on juge l'opération impraticable, on sera autorisé à pratiquer l'exosplénopexie avec quelques chances de succès.

La séance se termine par une communication de M. Vanverts (de Lille) sur la **ligature des vaisseaux spléniques**.

Quand, au cours d'une laparotomie entreprise dans le but d'extirper une rate volumineuse, on constate l'existence d'adhérences notables qui doivent faire renoncer à l'opération radicale, on peut recourir soit à l'exosplénopexie, soit à la ligature des vaisseaux spléniques. Il n'y a pas à songer à pratiquer une ligature atrophiante idéale, parce que celle-ci présenterait de gros dangers, et serait souvent même impossible en raison de l'existence des adhérences; sans com-

pter que cette opération semble susceptible de déterminer, du côté de la rate, des lésions graves.

La ligature du tronc de l'artère splénique ou de quelques-unes de ses branches peut, au contraire, être tentée, parce qu'elle est d'exécution plus simple et que, d'après les données de l'expérimentation, elle est susceptible d'amener l'atrophie de la rate. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'anesthésie locale par l'antipyrine.

La solution à employer en injections sous-cutanées est la suivante :

Antipyrine	5 grammes.
Eau	10 —

Mais ces injections sont douloureuses et irritantes, c'est pourquoi on a conseillé d'y ajouter une proportion de chlorhydrate de cocaïne, de 10 à 20 milligrammes par injection.

MM. Terrier et Peraire conseillent la formule suivante :

Poudre d'antipyrine	2 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0,04 centigr.
Eau filtrée bouillie	4 grammes.

Chaque seringue contiendra 50 centigrammes d'antipyrine et 1 centigramme de cocaïne; une à trois injections sous-cutanées (1).

REVUE DES THÈSES

Des prématurés. Caractères, pronostic et traitement, par M. le docteur Camille Hahn. (Th. de Paris, 1901.)

Cette excellente thèse, inspirée par M. Pinard, étudie une question toute d'actualité, qui constitue un chapitre de cette nouvelle science « la puériculture ».

M. Hahn nous montre que, les prématurés présentent un inachèvement des organes qui cause à la fois une diminution d'intensité et un trouble dans le fonctionnement.

La mortalité des prématurés est beaucoup plus considérable que celle des enfants à terme. Comme pour ceux-ci, elle est surtout très élevée dans la première année.

Au point de vue du pronostic, on peut admettre que :

a. A égalité de poids, c'est le prématuré dont l'âge et la formation sont le plus avancés et dont le placenta de naissance présente avec le poids du fœtus les rapports les plus normaux, ou celui dont la cause de prématuration est la moins grave, qui a le plus de chances de vivre et de se bien porter.

b. A égalité d'âge, c'est le prématuré dont le poids est le plus grand pour son espèce et dont la température se rapproche le plus de l'optimum, 37 degrés, qui a le plus de chances de vivre et de se bien porter.

c. A égalité de poids et d'âge, c'est le prématuré allaité par sa mère, allaité le plus tôt possible par elle, et possédant la meilleure qualité de protoplasme, qui aura le plus de chances de vivre et de supporter les maladies dont il pourra être assailli.

Par suite de l'inachèvement de ses divers organes, avec l'insuffisance fonctionnelle qui en est la conséquence, les prématurés, affaiblis dans leurs moyens de défense, présentent une porte ouverte à toutes les infections.

Par suite de l'inachèvement des organes et des fonctions imparfaites qui en résultent, il y a à la fois ralentissement et trouble dans la série des processus chimiques d'oxydations, de réductions, d'interversions moléculaires, de combustions organiques, etc., accomplis par les différents organes dans leur fonctionnement, en particulier par le poumon, par le tube digestif, par le foie : l'hypothermie en est la conséquence.

Les causes qui font naître prématurément les enfants étant connues pour la plupart, il appartient à la société et aux accoucheurs de les faire disparaître.

Étude sur les infections chez le prématuré, par M. le docteur Marcel Delestre. (Th. de Paris, 1901.)

De cette étude fort complète, dont l'auteur a réuni les matériaux dans le beau service de son maître M. Hutinel aux Enfants-Assistés, il résulte que la fréquence des infections chez les enfants nés prématurément résulte de l'insuffisance de leurs moyens de défense.

Cette insuffisance est la conséquence de l'imperfection de leurs organes, qui nous est révélée par un certain nombre de symptômes dont le plus frappant est l'hypothermie.

Lorsque la température du prématuré s'est élevée graduellement à 37 degrés et qu'elle s'est fixée à ce chiffre, on peut dire que tous ses organes, à l'exemple de son régulateur thermique régi par le système nerveux, fonctionnent d'une façon suffisante. C'est pourquoi M. Delestre conseille alors de le sortir de la couveuse.

Aux causes physiologiques de moindre résistance qui existent d'une façon normale chez le prématuré, vient encore s'ajouter fréquemment l'influence exercée sur ses cellules par les maladies ou les tares de ses générateurs.

L'appareil respiratoire paraît être la voie de pénétration des germes la plus ordinaire chez le prématuré dans le milieu hospitalier.

S'il existe des différences au point de vue physiologique entre le prématuré hypothermique et celui qui a atteint 37 degrés, on en trouve également au point de vue pathologique :

Chez le premier, il suffit généralement que les germes arrivent au poumon pour qu'il succombe immédiatement à la broncho-pneumonie hémorragique; il n'a, le plus souvent, pas le temps de faire de généralisation et l'on accuse alors de sa mort la débilité congénitale ;

Chez le second, la résistance est un peu plus grande, et il meurt habituellement de septicémie lorsque les germes ont envahi tous ses organes.

Le sang paraît être la voie de propagation la plus fréquemment suivie par les microbes au cours des septicémies des prématurés.

Qu'il s'agisse d'infections localisées ou de septicémies, les symptômes sont en général fort peu accusés, et l'affection n'est souvent révélée que par les modifications de la température et du poids.

Au point de vue prophylactique on peut, dans une certaine mesure, mettre les prématurés à l'abri des infections cutanées, digestives, ombilicales ; l'infection par la voie respiratoire est plus difficile à éviter.

Nous sommes peu armés contre ces infections, et les moyens physiques tels que bains, révulsifs, lavages d'estomac et d'intestin, injections de sérum, saignées, constituent nos seules ressources.

Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales, par M. le docteur J.-B. Buvat. (Th. de Paris, 1901.)

M. Buvat nous apporte dans cette thèse très étudiée des résultats thérapeutiques appuyés sur des constatations positives.

Ces résultats permettent d'envisager la sérumthérapie artificielle comme une médication excellente dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale. La place nous faisant malheureusement défaut pour donner à cette

(1) *Manuel de petite chirurgie*, 8e édition, Paris, Alcan, 1901.

analyse l'importance qui convient, nous ne pouvons malheureusement qu'indiquer dans ses grandes lignes la pratique de M. Buvat.

Il s'est servi de doses massives de sérum, 500 centimètres cubes au minimum, répétées tous les jours, tous les trois ou cinq jours suivant l'effet à obtenir, pratiquant ainsi un véritable lavage du sang.

Les sérums dont il s'est servi sont de trois catégories : sérum chloruré à 7,5 p. 1 000, sérum bromuré à 6 p. 1 000, sérum ioduré à 2 p. 1000. Le premier est indiqué dans les psychoses toxi-infectieuses récentes ou aiguës. Le second est un sédatif puissant. Quant au sérum ioduré, il jouit de propriétés particulières, anti-scléreuses, il sera reservé aux paralytiques généraux syphilitiques et en général aux aliénés syphilitiques.

Pour les détails on consultera avec fruit cette excellente thèse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

542. M. Matsoukis. Étude sur les capsules surrénales avec recherches expérimentales. — 543. M. Grelaut. Contribution à l'étude des dermatoses linéaires. — 544. M. Roux. Sur un cas de carcinome cutané. — 545. M. Roustan. Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce. — 546. M. Faivre. Aperçu sur quelques accidents dus au régime lacté exclusif chez l'adulte. — 547. M. Bour. Empoisonnement par la cocaïne. — 548. M. Brunello. Quelques documents sur diverses opinions touchant les études médicales. — 549. M. Dupuis. Contribution à l'étude des ruptures valvulaires de l'aorte. — 550. M. Platey. De la fréquence du pouls dans la tuberculose pulmonaire. Leur importance. — 551. M. Brunier. Abcès de la peau chez les enfants du premier âge; pathogénie, étude clinique et traitement. — 552. M. Ruffier. Un procédé de curage de l'aisselle au cours de l'amputation du sein cancéreux. — 553. M. Pareur. Du purpura dans l'épilepsie. — 554. M. Brocard. L'analgésie médicale, etc., etc. — 555. M. Capdevielle. A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée? Avantages de la périnéorraphie immédiate secondaire. — 556. M. Lalande. Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire. — 557. M. Savatier. De l'influence de la menstruation et de ses troubles sur les voies digestives. — 558. M. Simonin. Contribution à l'étude des tumeurs blanches du poignet. — 559. M. Guibert. État sanitaire de la ville de Saint-Brieuc, 1595-1900. — 560. M. Brissaud. De l'adénite des ganglions prélaryngés. — 561. M. Breton. Sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale. — 562. M. Lesourd. Considérations sur le sarcome primitif. — 563. M. Apraili. Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-major de première classe Lafage est affecté provisoirement à la direction des troupes coloniales pour servir au bureau technique.

M. Garnier, médecin-major de première classe, a été désigné pour servir à la Guyanne.

M. Lecomte, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour servir au 1er d'artillerie coloniale à Lorient.

— Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins stagiaires Viala, Noc, Brengues, Lenoir, Marque, Kérandel, Le Maout, Bernard, Chanaud, Ribot, Rogé, Imbert, Gallet de Santerre, Clavet, Gravot, Lucas, Sibiril, Pouthiou-Lavielle, Ayraud, Couvy, Brochard, Lonjarret, Rousseau, Bourges, Ledoux et Lorans.

MM. les médecins auxiliaires Allard et Decorse.

Marine. — M. le médecin principal Dufourcq, du port de Rochefort, est désigné pour aller servir à la prévôté des forges de la Chaussade, à Guérigny, en remplacement de M. le docteur Raffaëlli, officier du même grade, qui terminera le 7 novembre prochain trois années de présence dans ce poste sédentaire.

— M. le médecin de première classe Richer de Forges, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Pascal* (escadre de l'Extrême-Orient), au lieu et place de M. le docteur Deblenne, précédemment désigné, qui doit être promu prochainement au grade supérieur.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 42e semaine, 890 décès, au lieu de 783 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 830.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 10). La variole a causé 5 décès, le nombre des cas nouveaux est de 32. Ces chiffres sont voisins de ceux de la semaine précédente (respectivement 3 et 35). La rougeole, toujours très rare en octobre, a causé 2 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 5 décès pendant la semaine précédente. La scarlatine a causé 2 décès. La coqueluche 1, au lieu de 6 pendant la 41e semaine (la moyenne est 5). La diphtérie n'en a causé que 11, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (la moyenne est 6); mais le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a augmenté (94 au lieu de 82, 52 et 73 pendant les semaines précédentes). Le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux pour cette affection présente aussi une augmentation (119 au lieu de 96).

La diarrhée a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 42 (moyenne 41).

En outre, 41 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 90 décès, au lieu de 99 pendant la semaine précédente et au lieu de 106, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 20 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 15 (au lieu de la moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 51 (au lieu de la moyenne 59), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 17 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 186 décès ; la méningite tuberculeuse, 26 décès ; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 56 décès; les maladies organiques du cœur, 68; le cancer a fait périr 70 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 18; la néphrite, 18; enfin, 22 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le régime des aliénés à la Chambre. — M. Charles Bernard a déposé jeudi, à la Chambre, un projet de loi que nous donnons ci-dessous.

L'urgence ayant été déclarée, ce projet a été renvoyé à la commission du régime des aliénés présidée par M. Jean Cruppi.

« Article premier. — Les chefs ou préposés responsables des asiles d'aliénés publics ou privés ne pourront recevoir une personne atteinte ou supposée atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

1° Un rapport médical fourni par le médecin commis par l'administration et un rapport rédigé par un ou deux médecins désignés par le tuteur, le parent ou l'ami de l'aliéné ou considéré comme tel ;

2° Dans le cas où les conclusions des rapports médicaux se contrediraient, le doute profitera à la personne dont on réclamerait l'internement;

3° Une commission, composée de trois conseillers généraux, trois conseillers d'arrondissement, trois conseillers municipaux, présidée par le préfet du département et devant laquelle comparaîtrait l'aliéné, ne statuerait jamais sans l'avoir entendu et ne déciderait son internement qu'à la majorité de cinq voix sur neuf;

4° Un avocat choisi par la personne dont on réclame le placement dans un asile d'aliénés lui sera toujours donné pour parler pour elle, au besoin, et ne pas la laisser exposée sans défense au diagnostic des médecins et aux tortures morales de l'interrogatoire. »

Contre la tuberculose. — Au nom de la commission parlementaire d'hygiène publique, M. le docteur Amodru, député, vient de rédiger un rapport « sur les mesures à prendre pour arrêter les progrès de la tuberculose ».

Les conclusions de ce très intéressant rapport sont les suivantes :

1° Que l'Etat fasse apposer dans tous ses locaux l'affiche portant interdiction de cracher par terre et avertissant que tout contrevenant sera expulsé;

2° Que l'Etat fasse placer dans tous ses locaux des crachoirs hygiéniques, à un mètre du sol, surmontés d'une affiche portant : « Crachoir hygiénique ; il est interdit de cracher par terre » ;

3° Que l'Etat supprime dans ses locaux le balayage à sec et le fasse remplacer par le balayage humide obligatoire;

4° Que l'Etat impose à tout son personnel un carnet sanitaire individuel ;

5° Que l'Etat établisse pour chacune de ses collectivités une statistique annuelle de la morbidité et de la mortalité par catégorie ;

6° Que les communes créent des dispensaires antituberculeux ;

7° Que l'Etat et les collectivités favorisent parmi leur personnel la création d'assurances mutuelles contre la maladie et l'adhésion aux compagnies d'assurances contre la maladie, spécialement contre la tuberculose;

8° Que l'Etat crée des sanatoria d'Etat pour la cure de ses agents touchés par la tuberculose ;

9° Que l'Etat favorise par tous les moyens possibles la propagation en faveur de la prophylaxie antituberculeuse : « imprimés, conférences, œuvres d'assistance aux tuberculeux » ; qu'il crée en particulier une commission technique antituberculeuse permanente.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 8 novembre 1901.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le docteur A. Béclère commencera le dimanche 3 novembre à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du docteur Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. Le droit d'inscription est de 20 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Legge de Kerléan (du Pertre, Ille-et-Vilaine) et Gorgon (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 125. — MARDI 29 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 29 OCTOBRE 1901. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Gros kyste hydatique du cou, par M. Léon Thévenot, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, du 21 au 26 octobre 1901, à Paris. Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, par M. Malherbe. — Intérêts professionnels. La réunion des chirurgiens des hôpitaux de province. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

GROS KYSTE HYDATIQUE SUPPURÉ DU COU

Par M. Léon Thévenot,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Les kystes hydatiques qui se développent dans les parties molles du cou, en dehors de la glande thyroïde, constituent une affection que l'on a rarement l'occasion de rencontrer. En dehors des traités classiques cependant, ils ont, dans ces dernières années, fait l'objet de plusieurs travaux, parmi lesquels nous signalerons surtout ceux de Coupry (1), de Güterbock (2) et de Jürgens (3). La lecture des diverses observations qu'ils renferment, ainsi que celles des cas publiés isolément, nous montrent combien il est difficile de porter en pareille circonstance un diagnostic ferme. Nous venons d'en observer un cas avec notre maître M. le professeur Poncet, dans des conditions toutes particulières qui nous ont engagé à présenter cette observation :

M. X..., cinquante-cinq ans, cultivateur, vient trouver M. Poncet, le 20 juin 1901, pour une lésion inflammatoire de la partie latérale gauche du cou. Le malade, qui ne présente dans ses antécédents rien qui mérite d'être signalé, raconte que, depuis quatre ans, il a remarqué l'existence à ce niveau d'une petite tumeur. Elle s'était développée sans cause apparente, sans douleurs, sans troubles fonctionnels, et c'est véritablement par hasard que le malade l'avait aperçue. Elle avait le volume d'une noisette, était située profondément, dans la partie supérieure du cou, au niveau du paquet vasculo-nerveux. Elle était très mobile sur les plans profonds et tout à fait indépendante des parties superficielles.

Comme elle était peu volumineuse, qu'elle ne gênait nullement le malade, il ne s'en préoccupa pas davantage. Elle se développa lentement, progressivement, si bien qu'il y a deux ans, elle avait le volume d'une pomme. Depuis, elle paraissait arrêtée dans son évolution et ne déterminait toujours aucun accident.

Il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, d'une grippe suivant l'expression du malade, survinrent des phénomènes généraux graves, une fièvre très forte, avec de l'embarras gastrique, des céphalalgies et un état général qui était un peu inquiétant. En même temps, la tumeur devint plus volumineuse, douloureuse, obligeant le malade à incliner la tête à droite et à l'immobiliser dans cette position. La gêne de la respiration et de la déglutition ne paraît pas avoir été très considérable. Peu à peu l'orage se calma, et le malade, pouvant supporter le voyage, fut envoyé à Lyon.

On constata alors l'existence d'un énorme phlegmon de la moitié gauche du cou; la région était chaude, rouge, douloureuse spontanément ou à la pression, et la peau, œdématiée, gardait l'empreinte du doigt. La tuméfaction s'étendait en avant jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à la clavicule qu'elle dépassait légèrement, en haut jusqu'au maxillaire inférieur; en arrière, elle se perdait dans la région de la nuque. Les lésions paraissaient circonscrites et l'examen intra-buccal montrait que, en profondeur, elles n'atteignaient pas le tube digestif. Le pus, car la fluctuation était manifeste, ne se portait pas de ce côté; il semblait plutôt que l'abcès voulût pointer vers la peau.

Le diagnostic était assez facile à porter; l'infection n'avait pas pour point de départ la mastoïde, l'amygdale, ou une lésion cutanée, et il était tout naturel de penser qu'il s'agissait d'un kyste du cou qui se développait lentement et qui, brusquement, s'était infecté par voie sanguine. La nature précise du kyste était plus difficile à déterminer; l'époque tardive de son apparition permettait de rejeter l'idée de kyste par inclusion tégumentaire ou encore d'un kyste en rapport avec le développement des fentes branchiables. On ne pouvait guère s'arrêter à l'hypothèse d'un goitre aberrant, se développant sans motif à cet âge et qui eût été plus latéral, et si l'on ne pouvait affirmer l'existence d'un kyste hydatique, il y avait pas mal de présomptions en sa faveur.

Le malade fut opéré le 21. L'incision de la poche, faite en avant du sterno-cléido-mastoïdien, donna issue à un pus épais et à de nombreuses vésicules dont les plus grosses ne dépassaient pas les dimensions d'une noisette; au milieu du liquide, on voyait aussi flotter des membranes provenant de vésicules rompues. La poche débarrassée de son contenu est facilement explorée. Elle est très nettement limitée par une paroi dure, épaisse, résistante, qui empêche absolument le pus de diffuser. Elle atteint presque le volume du poing. Elle dépasse le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien qui la bride et en arrière duquel elle s'étale, tendant ainsi à se

(1) Coupry. *Les kystes hydatiques de la région cervicale, corps thyroïde excepté*, Th. de Lyon, 1891.

(2) Guterbock. Uber Echinokokkus des Halses, *Arch. f. klin. Chir.*, 1893.

(3) Jurgens. *Uber den Halsechinococcus*, Th. de Greifswald, 1897.

bilober. En dedans elle s'étend jusqu'au paquet vasculo-nerveux du cou. La poche, ainsi débarrassée, est largement drainée. Les suites opératoires furent des plus simples. Le drainage fut diminué d'une façon progressive et, le 6 juillet, le malade put partir à peu près complètement guéri.

Cette observation nous a paru intéressante, non seulement parce qu'elle se rapporte à une lésion rare, mais aussi à cause de l'aspect bien spécial sous laquelle elle se présentait. C'est, en effet, sous cette dernière allure, que l'on a fréquemment affaire au kyste hydatique du cou.

Dans sa forme ordinaire non suppurée, il constitue une tumeur qui siège le plus souvent dans la région antérieure du cou, les kystes de la nuque étant une véritable exception. Il occupe, soit l'épaisseur d'un muscle, le sterno-cléido-mastoïdien en particulier, soit surtout le voisinage du paquet vasculo-nerveux du cou. Cette tumeur est extrêmement mobile, elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni de troubles fonctionnels, elle se développe très lentement et l'on comprend alors que nombre de malades pourront la conserver sans s'en inquiéter davantage. En s'accroissant peu à peu, elle arrive à atteindre et à dépasser le volume du poing, elle détermine alors, par son volume même, une gêne mécanique, en même temps qu'elle produit des accidents de compression. Ils se traduisent par une déglutition difficile, une respiration gênée à cause du refoulement et de l'aplatissement de la trachée, et surtout des troubles nerveux, phénomènes douloureux ou paralytiques. C'est là, l'aspect clinique le plus ordinaire, et il est un point de pratique chirurgicale bien connu maintenant, c'est que ces kystes sont devenus adhérents aux organes voisins, sans qu'aucun phénomène réactionnel n'ait trahi ce travail. Ils peuvent adhérer au larynx, à la trachée, à l'œsophage et surtout aux gros vaisseaux du cou : artères carotides, jugulaire interne, artère et veine sous-clavière, plus rarement à la plèvre. Et même progressivement ils usent à leur contact la paroi de ces organes et peuvent s'ouvrir dans leur intérieur. On voit avec quels ménagements il sera nécessaire de poursuivre la dissection de leur poche au cours de leur extirpation, qui est actuellement la seule opération chirurgicale que l'on doive diriger contre eux. Dans bien des cas même, cette extirpation complète est impossible et le chirurgien est obligé de laisser en place certaines portions trop adhérentes, soit qu'il les abandonne ainsi, soit qu'il cherche à les détruire par une cautérisation (chlorure de zinc, etc.); il faut se montrer d'ailleurs très sobre de ces dernières manœuvres, à cause des hémorragies terribles, parfois mortelles, que l'on peut rencontrer, ainsi que l'on en trouvera des exemples dans les travaux que nous avons cités plus haut.

Le kyste hydatique suppuré constitue une seconde allure clinique et relativement fréquente, et les deux cas de kystes hydatiques du cou qu'il nous a été donné d'observer étaient tous deux des kystes suppurés. Cette infection se fait presque toujours dans les mêmes conditions. Il est exceptionnel que ce soit une infection directe traumatique par piqûre accidentelle ou par ponction thérapeutique. Il est exceptionnel aussi qu'il s'agisse d'une lésion inflammatoire d'un organe voisin et d'une infection de voisinage. Rarement encore le kyste s'infecte après s'être ouvert dans les voies aériennes ou dans le tube digestif. Dans la grande majorité des cas, les germes pathogènes sont arrivés par la voie sanguine et c'est une affection générale, dont la nature peut être extrêmement variable, qui est le point de départ des accidents. Il en résulte parfois simplement une poussée aiguë du côté du kyste qui devient douloureux, qui augmente rapidement de volume, en même temps que le liquide qu'il renferme se trouble. Si l'infection est plus profonde, c'est une suppuration franche qui se déclare, avec des phénomènes généraux plus ou moins accentués, et des signes de phlegmon local; c'est d'ailleurs ainsi, par une simple ouverture large et un drainage prolongé, qu'il sera traité.

Dans cette forme comme dans la précédente, la nature kystique de l'affection est facile à reconnaître, car la masse est nettement fluctuante, et même transparente lorsqu'elle est très superficielle.

Il est plus difficile d'établir à quelle variété de tumeur liquide on a affaire. Les anévrysmes, les dilatations veineuses, les angiomes par leur réductibilité, par leurs caractères propres seront facilement reconnus.

Certains ganglions (adénites néoplasiques ou adénites tuberculeuses) peuvent simuler un kyste, et le diagnostic ne pourra être fait que par l'évolution de la maladie et surtout l'existence de lésions concomitantes.

Les kystes séreux congénitaux du cou peuvent également prêter à confusion lorsqu'ils se développent tardivement, et qu'ils ne s'accompagnent pas d'autres malformations. Ils sont d'ordinaire moins volumineux et se continuent par un véritable diverticule du côté de l'œsophage, des gros vaisseaux ou de l'os hyoïde.

Les kystes dermoïdes sont plus superficiels, ont une consistance plus ferme, une forme plus régulière; leur fluctuation est moins manifeste.

Les kystes du cou d'origine lymphatique sont plus superficiels et sont surtout une affection des jeunes. Les kystes thyroïdiens développés dans les goitres aberrants sont par contre d'un diagnostic plus difficile et souvent la ponction seule permettra d'être affirmatif.

Dans bien des cas même, la nature exacte du kyste ne sera reconnue qu'au cours de l'intervention. L'erreur ne comporte pas de bien grandes conséquences, car le pronostic dans tous les cas est bénin et au point de vue opératoire le traitement est le même. C'est à l'extirpation du kyste qu'il faut avoir recours, à moins que des difficultés opératoires insurmontables ne nous obligent à nous arrêter en route pour terminer l'intervention par la marsupialisation de la poche.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(18 OCTOBRE 1901)

M. Gaucher a lu, au nom du docteur Schachmann, un travail qui a pour titre : **Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien.**

Voici la remarque sur laquelle est échafaudée cette nouvelle méthode de traitement. « Chez une jeune femme de vingt ans, dont la peau était couverte d'une éruption confluente de syphilides papuleuses, sur presque toute son étendue, nous pratiquâmes des injections intra-fessières de benzoate de mercure. Or, tandis que l'amélioration consécutive aux premières injections suivait une marche lentement progressive sur toute la surface cutanée, elle était manifestement plus accusée sur les deux surfaces d'injection, et quand, à la fin du traitement, l'infiltration embryonnaire de partout s'étant résorbée, ne laissant à sa suite que des macules, celles-ci manquaient complètement sur les mêmes surfaces, qui avaient ainsi toujours devancé la restitution *ad integrum* des tissus malades. »

Ce fait est pour l'auteur la démonstration de « l'efficacité du traitement spécifique plus précoce et aussi plus complète sur le point d'application ». Il se demande dès lors « s'il n'y a pas lieu d'établir cette intimité de contact entre l'agent médicamenteux et la lésion, dans ces lésions syphilitiques dans lesquelles l'effet du mercure est tardif et incomplet, quand il n'est pas nul, c'est-à-dire dans les lésions syphilitiques du système nerveux, radiculaires, médullaires et cérébrales ».

Un malade atteint de sclérose des cordons latéraux se présente à l'observation de M. Schachmann, qui institue un traitement consistant à faire pénétrer 1 centimètre cube d'une solution de benzoate d'hydrargyre au centième dans le canal sacré. Quatre fois, à la suite de l'injection, on note de l'ascension de la température, un état saburral, de l'insomnie et de l'agitation, puis tout rentre dans l'odre, et une amélioration nette s'établit.

De ce cas unique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-rachidiennes de mercure sont bien supportées par les malades, ne les exposant à aucun accident fâcheux;

2° Les premiers troubles dont elles sont suivies sont de courte durée et, une fois passés, ne se reproduisent plus, l'accoutumance du système nerveux à une forte imprégnation journalière s'étant produite;

3° L'effet résolutif sur le système nerveux par cette voie est plus notable et plus rapide que celui d'aucune autre suivie jusqu'à maintenant;

4° Cette méthode est à tenter dans toutes les maladies chroniques de la moelle dont l'origine syphilitique pourrait être soupçonnée, surtout au commencement de leur évolution, car c'est par cette voie que l'on obtient, semble-t-il, une imprégnation plus forte et plus efficace du système nerveux central.

Ne voilà-t-il pas généralisation un peu hâtive? et ne sont-elles pas légitimes les réserves faites, en particulier par M. Ballet, à la suite de la lecture de ce travail?

« Je crois, dit M. Ballet, qu'il importe de faire toutes réserves jusqu'à nouvel ordre au sujet de la méthode thérapeutique dont on vient de nous entretenir. Je ne vois pas que les preuves de l'efficacité du traitement ressortent suffisamment de la communication. Et malgré l'innocuité apparente jusqu'à présent du procédé, j'estime qu'on courrait peut-être des risques sérieux, sans avantages qui les compensent, à se mettre à injecter mercure et iodure dans le canal rachidien des tabétiques. Je désire pour ma part prendre, à tête reposée, connaissance des observations dont on vient de nous donner un résumé, afin de m'assurer si les conclusions qu'on en tire sont bien légitimes. »

C'est la voix de la raison.

Dans un travail sur le **rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé au cours de l'ictère**, M. H. Dufour insiste surtout sur les modifications du rythme cardiaque au point de vue de la physiologie pathologique. Comparant les effets de la bile à ceux de la digitale, il dit : La bile ralentit les mouvements du cœur, en créant le plus souvent de l'hypotension artérielle et de la dilatation cardiaque. La digitale à dose thérapeutique régularise, et par cela même ralentit les battements précipités du cœur, mais en élevant le plus souvent la pression artérielle et en supprimant la dilatation cardiaque, c'est-à-dire de façon toute différente que la bile. Toutes deux, bile et digitale, produisent le rythme couplé; mais la digitale ne produit pas le rythme chez l'homme et les animaux sains. C'est un fait généralement admis. « Quand la digitale occasionne des troubles rythmiques réguliers (pouls bigéminé digitalique), c'est que tout en agissant par l'intermédiaire du système nerveux, *ses effets s'exercent sur le cœur plus ou moins altéré.* »

Chez l'ictérique, la bile n'agit-elle pas aussi comme la digitale sur un myocarde altéré?

L'observation rapportée par M. Dufour vient bien nettement à l'appui de cette hypothèse.

A propos d'un **cas de pneumonie suivie de gangrène symétrique des extrémités**, M. Dufour tente quelques considérations pathogéniques qui lui sont suggérées par l'étude histologique des régions gangrénées. Cette étude histologique démontre que les lésions nerveuses, les lésions vasculaires artérielles périphériques ne suffisent pas à expliquer la gangrène. Il doit donc s'agir d'une action toxinique directe sur les éléments cellulaires périphériques plus exposés à se laisser détruire que dans toute autre région, par suite de leur situation excentrique et par la difficulté de la circulation à leur niveau. La difficulté circulatoire joue certes un rôle et, dès qu'elle augmente, les extrémités sont en danger de mort. Cette gêne circulatoire est permanente aux extrémités; le système artériel y supplée de son mieux, et il est curieux de voir le développement important que prennent les tuniques musculaires artérielles des extrémités. Si cette condition physiologique crée la prédisposition aux gangrènes symétriques, la cause la plus importante doit être l'action directe des poisons sur la cellule. D'ailleurs, l'action de ces toxines en circulation dans le sang et faisant la gangrène des extrémités là où les tissus sont moins résistants, n'est pas une simple vue de l'esprit. L'expérimentation, dans les mains de M. Phisalix, n'a-t-elle pas montré que, chez un cobaye qui avait reçu dans le péritoine une culture microbienne en sac de collodion, le type morbide connu sous le nom de gangrène symétrique des extrémités, y compris le nez et les oreilles, s'était trouvé reproduit expérimentalement?

M. Fernand Bezançon, à propos d'un cas de **pseudo-rhumatisme tuberculeux**, démontre que le bacille de Koch, que l'on considère volontiers, et à juste titre, plutôt comme un véritable parasite que comme une bactérie pathogène, est susceptible cependant, dans certains cas, de se comporter comme un microbe vulgaire et de déterminer de l'infection généralisée (granulie) et même des localisations multiples sur les séreuses articulaires, qui donnent à la maladie le masque de pseudo-rhumatisme infectieux. L'observation rapportée par M. Bezançon est la preuve évidente de ce dernier fait.

Il s'agit, en résumé, d'une jeune femme jusque-là bien portante qui fut atteinte, après une longue période de fatigue générale, d'hydarthrose du genou, puis d'une série ininterrompue de manifestations sur le système séreux. Pendant toute la première partie de la maladie, il s'agit de localisations sur les séreuses articulaires et sur l'endocarde, comme dans le cas de rhumatisme ou de pseudo-rhumatisme infectieux; pendant la seconde, il s'agit de localisation sur les deux plèvres et sur le péritoine, enfin de localisation ultime sur les méninges, comme on l'observe si souvent au cours de l'infection par le bacille tuberculeux.

Cette observation est une preuve nouvelle du lien qui peut exister entre le pseudo-rhumatisme infectieux et l'infection tuberculeuse; elle montre, sur les séreuses articulaires, des manifestations en tous points comparables à celles que l'on s'est habitué, dans ces dernières années, à considérer comme caractéristiques de la tuberculose des séreuses, de la pleuro-tuberculose de Landouzy en particulier.

De même que la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse est tantôt un simple épisode au cours de la tuberculose pleuro-péritonéale, tantôt, au contraire, l'unique manifestation de la maladie, de même certains pseudo-rhumatismes tuberculeux, au lieu de n'être qu'une des manifestations de la tuberculose des séreuses, pourront être la seule localisation du processus tuberculeux. On peut prévoir, en un

mot, l'existence du pseudo-rhumatisme tuberculeux, manifestation initiale ou unique de la tuberculose, comme on l'observe chaque jour pour la pleurésie séro-fibrineuse dite franche, aiguë.

MM. Soupault et François publient une observation de **polynévrite toxique causée par un mélange de benzine et d'éther de pétrole**. Les malades dont il est question sont des ouvrières employées dans une teinturerie au nettoyage des gants. Leur travail consiste à plonger, dans une cuve remplie d'une essence composée, des gants qu'elles maintiennent immergés de la main gauche, tandis qu'elles les brassent de la main droite. On conçoit les graves inconvénients de ce travail. D'abord, l'essence, qui est en contact prolongé avec les mains, produit des excoriations par lesquelles elle peut pénétrer dans l'organisme. Mais surtout ce produit, très volatil, émet des vapeurs qui pénètrent en grande quantité dans les voies respiratoires. D'où la possibilité de nombreux phénomènes morbides.

MM. Le Noir et Courcaux publient une observation d'**albuminurie orthostatique**.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Par M. Malherbe.

La communication de M. Malherbe offre un intérêt tout particulier pour les praticiens, nous n'hésitons pas à en faire un long résumé :

L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général est de date toute récente. Les premiers essais remontent à 1898. Ils ont été faits à la clinique du professeur von Hacker, à Inspruck. Depuis, quelques rares chirurgiens ont essayé d'utiliser cet anesthésique, néanmoins son usage est encore fort peu répandu. La cause? Il faut la chercher dans la technique défectueuse employée jusqu'ici pour son administration.

Nous avons essayé d'y remédier, dit M. Malherbe, en rendant cette technique à la fois simple et facile et nous croyons y avoir pleinement réussi.

Partisan convaincu de la nécessité de l'anesthésie générale dans toute opération douloureuse, même de courte durée, nous avons expérimenté le chlorure d'éthyle, surtout pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures, mais nous l'avons aussi employé pour les grandes opérations, sous forme d'anesthésie mixte, en continuant la narcose obtenue par l'administration du chloroforme.

C'est le résultat de nos observations sur ce nouvel anesthésique, en même temps que la part contributive par nous apportée à la technique de son administration qui font l'objet de ce travail.

Bien que possédant de grandes analogies avec le bromure d'éthyle, le chlorure nous a paru présenter sur ce dernier une supériorité assez manifeste pour que, dans notre pratique, nous n'ayons pas hésité à remplacer le bromure par le chlorure. Nous pensons avoir actuellement un nombre suffisant de narcose au chlorures (140) pour formuler une opinion sur ce sujet.

Les différentes constatations et observations que nous avons faites sur l'animal et sur l'homme nous permettent de résumer, comme suit, les avantages sérieux et indiscutables du chlorure d'éthyle.

Faible dose à employer (2 à 4 grammes); narcose obtenue rapidement (10 à 40 secondes); sommeil tranquille, pas de cyanose, pas d'agitation, pas de contractures, pas de salivation ni de larmoiement. Le chlorure d'éthyle réussit également bien chez l'enfant. Jamais de symptômes inquiétants n'ont été constatés. Il ne se produit pas de vomissements.

Le réveil est très rapide, et les malades peuvent marcher aussitôt après sans danger de syncope. Enfin l'haleine ne présente aucune odeur spéciale après l'anesthésie.

Manuel opératoire. — Laissant de côté les masques et autres appareils spéciaux, nous avons employé le *procédé de la compresse.* Il est des plus simples et des plus pratiques.

Il suffit, en effet, d'une simple compresse pliée en quatre. Cette compresse, tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, on dirige, dans le creux de la compresse, le jet de deux tubes de chlorure d'éthyle, tubes qui servent ordinairement à l'anesthésie locale. Suivant l'âge, de 2 à 4 grammes de liquide suffisent. Grâce à ce moyen l'évaporation est presque nulle.

Sans perdre de temps, le malade étant couché dans le décubitus dorsal, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche on maintient la tête et la mâchoire inférieure.

Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.

Lorsque les malades font de grandes inspirations ou lorsqu'ils poussent des cris, comme cela arrive chez les enfants, ils sont parfois sidérés avec une rapidité étonnante : dix à quinze secondes.

Il arrive que certains malades retiennent leur respiration pendant quelques secondes ; il suffit alors de soulever légèrement, puis de réappliquer aussitôt la compresse, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde suivie d'autres inspirations régulières, et, en une vingtaine de secondes l'anesthésie est complète, sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autres quantités de liquide.

Les signes qui permettent de reconnaître la narcose complète sont peu marqués.

Celle-ci est caractérisée par la *résolution musculaire*, qui, avec le chlorure, n'est pas précédée d'une période de contracture; puis par le *rythme respiratoire* qui est *régulier* et s'accompagne quelquefois d'un léger ronflement.

Enfin, la main qui recouvre la compresse éprouve la *sensation d'une évaporation froide* qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux.

Ces trois signes sont, suivant nous, pathognomoniques de la narcose complète.

La face reste, la plupart du temps, normale, parfois elle se congestionne légèrement.

La pupille est un peu dilatée et les yeux, insensibles au toucher, se convulsent souvent en haut.

Si l'opération est un peu longue, et pour éviter le réveil, nous n'hésitons pas à verser de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois, une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle (2 grammes environ), et même une troisième et une quatrième fois, si cela est nécessaire. En espaçant ainsi les doses toutes les quatre ou cinq minutes, on atteint à peine 15 grammes de liquide et on a largement le temps de pratiquer un grand nombre de petites opérations, puisque les malades restent ainsi insensibles pendant cinq, dix, quinze et vingt minutes.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, nous remplaçons la compresse de chlorure par une autre compresse, sur laquelle nous avons versé du chloroforme, et nous l'appliquons sur le nez et la bouche du patient sans lui laisser respirer d'air. Nous continuons ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air.

L'effet de cet anesthésique se substitue, dans ces condi-

tions, sans réaction appréciable du malade, à l'effet du chlorure d'éthyle.

Les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle administré par notre procédé, sont, croyons-nous, des plus manifestes.

C'est d'abord la *simplicité*; puis, c'est l'*innocuité absolue* par suite de la quantité vraiment minime de liquide nécessaire à cette anesthésie. Chez les enfants avec deux tubes de 10 grammes, nous pratiquons facilement six opérations.

Enfin c'est la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose entièrement inoffensive et permettant les opérations les plus douloureuses.

Nous signalerons encore, en terminant, les précieux avantages du chlorure d'éthyle dans l'anesthésie mixte.

Outre que, grâce à son emploi, on supprime les dangers, toujours grands, d'une syncope mortelle au début de la chloroformisation, on gagne un temps considérable, en évitant cette période parfois si longue qui précède l'anesthésie chloroformique. Enfin la quantité de chloroforme absorbée par le patient est aussi réduite dans de fortes proportions.

Tel est le procédé, à la fois simple, inoffensif et rapide, que nous avons utilisé pour l'administration du chlorure d'éthyle. Nous le croyons capable d'être mis avantageusement à contribution par le praticien qui pourra ainsi retirer le plus grand profit de cet anesthésique encore trop peu utilisé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province.

Discussion sur la violation de la loi du 9 avril 1898 par l'admission dans les hôpitaux et hospices des victimes des accidents du travail, hospitalisés au tarif des indigents.

Répondant à l'appel de M. le docteur Bousquet (de Clermont), nombre de chirurgiens des hôpitaux de province se sont réunis le 22 octobre, à deux heures, dans la salle de correspondance du Congrès.

Etaient présents : MM. Poncet (de Lyon), Gross (de Nancy), Blanquinque (de Laon), Rogée (de Saint-Jean-d'Angely), Témoin (de Bourges), Civel (de Brest), Monprofit (d'Angers), Chibret (d'Aurillac), Crimail (de Pontoise), Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Buffet (d'Elbeuf), Mauny (de Saintes), Dupin (de Toulouse), Phocas (de Lille), René Gauthier (de Luxeuil), Prioleau (de Brives), Villar (de Bordeaux), Pamard (d'Avignon), Mariage (de Valenciennes), Moulonguet (d'Amiens), Broussolle (de Dijon), Lapeyre (de Tours), etc.

A nos collègues des hôpitaux de province avaient bien voulu se joindre pour la circonstance : MM. Cézilly, Jeanne (de Meulan), Courgey, membres de la rédaction du *Concours médical;* M. le docteur Lepage, accoucheur des hôpitaux, vice-président du *Sou médical;* M. le docteur Noir, secrétaire de l'Union des syndicats. S'étaient fait excuser, ne pouvant assister à la séance, mais adhérant entièrement aux conclusions de l'assemblée : MM. les docteurs Girou (d'Aurillac), Duret (de Lille), Cassin (d'Avignon), Panné (de Nevers), André (de Nancy), Foucault (de Fontainebleau), Ducloux (de Cette), Reboul (de Nîmes), Gellé (de Provins), Malherbe (de Nantes), Billon (de Dôle).

M. le docteur Bousquet remercie ses confrères d'avoir bien voulu répondre à son appel et leur expose, très simplement, le but de cette réunion : « La loi sur les accidents du travail, dit ce chirurgien, est violée chaque jour au détriment du corps médical tout entier. En effet, lorsqu'un ouvrier est blessé un peu sérieusement, on l'envoie à l'hôpital le plus voisin, où il est hospitalisé d'après le tarif appliqué aux indigents. Ce tarif payé, le patron, *responsable d'après la loi* des soins médicaux, se considère et est en réalité absolument quitte des honoraires. Or, d'une part, le médecin praticien, qui aurait dû soigner le blessé s'il n'avait pas été hospitalisé, est frustré de ses honoraires; d'autre part, le chirurgien de l'hôpital qui a fait le travail ne touche pas davantage. Il en résulte pour la corporation médicale tout entière une perte annuelle qui se chiffre par plusieurs millions (15 millions pour le département de la Seine seulement). » Le docteur Bousquet demande à ses confrères de se réunir, de se grouper pour faire cesser semblable abus, si préjudiciable aux intérêts du corps médical. La question n'est pas simple, ajoute-t-il; cependant il y a déjà eu des tentatives louables, en ce sens. Plusieurs de nos confrères : 1° le Syndicat des médecins du Jura ; 2° le docteur Panné, à Nevers, et d'autres confrères, ont obtenu des commissions administratives qu'elles inscrivent dans leurs statuts que les malades hospitalisés payant 2 francs, 2 fr. 50 ou 3 francs suivant les régions, devaient en même temps acquitter les honoraires médicaux. Le Syndicat des médecins du Jura, qui pour la circonstance a accepté le tarif girondin pour les soins à donner aux blessés, a fait admettre que « les médecins des hôpitaux ont droit aux mêmes honoraires pour les soins qu'ils donnent aux blessés dans leurs services d'hôpitaux ». Il y a là un exemple à suivre et M. le docteur Bousquet engage ses collègues à agir en ce sens près des administrations hospitalières. M. le docteur Lande (de Bordeaux) fait remarquer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont le tort de ne pas connaître suffisamment le règlement type de l'administration hospitalière; il est dit dans ce règlement que l'hôpital doit être réservé aux indigents; quiconque n'est pas indigent doit payer non pas seulement les frais d'hospitalisation, mais les dépenses engagées par l'administration hospitalière, c'est-à-dire les frais médicaux et pharmaceutiques. Le docteur Lange démontre combien l'hospitalisation au prix des indigents, c'est-à-dire à 2, 3 et 5 francs par jour, des malades qui peuvent payer, est préjudiciable aux intérêts de l'assistance. Ainsi un malade à qui on pratique une laparotomie coûte à l'hôpital, rien que pour frais d'opérations, de médicaments et de pansements, au moins 150 francs; s'il reste un mois à l'hôpital à 3 francs par jour, et verse 90 francs, et nous avons montré que son opération seule a occasionné 150 francs de dépense, qui paye le reste? L'assistance médicale gratuite, ou mieux, les indigents. Il y a donc là une situation contre laquelle tous doivent protester et M. Lande est persuadé que l'on aura gain de cause.

M. Jeanne (de Meulan) fait remarquer que cette question a déjà été étudiée par le Comité national permanent créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle et prie l'assemblée d'accepter ses conclusions.

Après quelques échanges de vue, auxquels prennent part MM. Pozzi (de Reims), Moulonguet (d'Amiens), Latouche (d'Autun), Prioleau (de Brives), Reynès (de Marseille), M. le docteur Bousquet, résumant la discussion, prie l'assistance de s'inspirer des principes de déontologie et de bonne confraternité et de marcher réunis vers le but à atteindre : la sauvegarde des intérêts de tous les membres du corps médical, et met aux voix les propositions suivantes :

1° Les chirurgiens des hôpitaux de France, venus à Paris à l'occasion du XIVe Congrès de chirurgie et réunis le 22 octobre 1901 à la Faculté de médecine, après avoir pris connaissance de l'ordre du jour voté à l'unanimité le 18 octobre par le Comité national permanent de médecine professionnelle, organe de toutes les sociétés de défense des intérêts du corps médical,

Déclarent approuver les termes de cet ordre du jour et confient à ce Comité, dont les membres présents l'acceptent, le mandat de poursuivre avec la plus grande activité la réalisation des vœux énoncés dans la susdite formule.

Ces propositions sont votées à l'unanimité.

2° Les chirurgiens des hôpitaux s'engagent à agir auprès des sénateurs de leur région pour obtenir d'eux le vote

d'une rédaction nouvelle de l'article IV de la loi de 1898, rédaction élaborée par le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France (séance du 7 juin 1901).

Cette proposition est votée aussi à l'unanimité, et M. le docteur Noir, secrétaire de l'Union des syndicats, enverra aux confrères qui en feront la demande un certain nombre d'exemplaires de ces modifications.

3° Sur la demande de plusieurs confrères, une commission composée de MM. Bousquet, Latouche, Guinard, Reynès, se rendra au ministère de l'Intérieur pour exposer à M. le directeur de l'Assistance publique les doléances du Corps médical et tâcher d'obtenir de lui qu'il fasse appliquer, par les commissions administratives qu'il a sous sa dépendance, le règlement type de l'Assistance publique.

Sur la demande de la majorité des confrères, l'Assemblée félicite le Dr Bousquet de son initiative, et fait des vœux pour que les pouvoirs publics s'occupent au plus vite de ces diverses questions.

Le Président, Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand).
Le Secrétaire, Dr H. Reynès (de Marseille).

Vœux du comité permanent. — 1° *Que le Comité national permanent*, créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900, porte et soutienne de toutes ses forces, devant le Sénat, les conclusions des études publiées par le *Concours médical*, l'*Union des syndicats médicaux* et le *Syndicat des médecins de la Seine*, tendant à l'adoption intégrale du texte d'un nouvel article IV de la loi accidents, tel que ces sociétés l'ont rédigé; 2° Que ce même comité, organe autorisé de tous les médecins de France et de leurs diverses sociétés de défense professionnelle, s'assure, en vue de cette campagne, le concours de la direction de l'Assistance au ministère de l'Intérieur, du Conseil supérieur de l'Assistance publique, du Congrès d'assistance familiale, du directeur de l'Assistance publique de la Seine, du groupe médical parlementaire; 3° Qu'il demande au gouvernement, en attendant le vote de l'article proposé, de rappeler, par circulaire, aux commissions administratives d'hôpital, qu'elles ont le devoir de se protéger contre l'hospitalisation abusive des victimes du travail, en informant les responsables, lorsqu'ils amènent un blessé : 1. que les frais de séjour sont fixés à..., prix supérieur à celui qui s'applique à l'indigent ; 2. que les honoraires des médecins et pharmaciens, et autres frais du traitement, sont dus à part et pourront être versés à l'administration hospitalière qui en fera la répartition, si les responsables préfèrent ce mode de payement à celui du versement direct aux ayants-droit ; 4° Qu'à défaut d'application de ces diverses mesures, chaque chirurgien d'hôpital, avant d'entamer le traitement d'une victime du travail, informe le chef d'entreprise que ses honoraires ne sont pas compris dans les frais de séjour, et qu'il se réserve d'en poursuivre le recouvrement au cas où ils ne lui seraient pas versés par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

N.-B. — Le texte proposé pour le nouvel article IV à présenter au Sénat est ainsi conçu :

Le chef d'entreprise est toujours et directement responsable : 1° des frais médicaux pour constatations et pour soins donnés à domicile ou à l'hôpital; 2° des frais pharmaceutiques; 3° des frais de pension hospitalière et de traitements spéciaux fournis par l'hôpital ou un autre établissement ; 4° des frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs au maximum.

La victime, au moment de l'accident ou en cours de traitement, est toujours libre de choisir par elle-même ou par ses représentants, son médecin et son pharmacien parmi ceux du voisinage. Mais, en cas de contestation, les frais médicaux et pharmaceutiques sont fixés, par le juge de paix du canton, quel qu'en soit le montant, conformément au tarif ouvrier de la région.

Le chef d'entreprise pourra proposer à l'agrément du juge de paix la désignation d'un médecin qui sera chargé de le renseigner périodiquement sur tout ce qui le touche dans l'état de la victime, par des visites faites dans des conditions qui ne nuisent pas au traitement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Actes du 4 au 9 novembre 1901)

Examens de doctorat.

Lundi 4 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste. *Ecole pratique* : MM. Reclus, Ménétrier et Broca (Aug.)

2e MM. Rémy, Gley et Broca (André).

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Gaucher et Legry; M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Rémy, Delens et Legueu ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Guiart, suppléant.

Mardi 5 novembre, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Hanriot, Gley et Launois.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Farabeuf, Quénu et Langlois; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Marion; — (2e partie) : MM Joffroy, Charrin et Jeanselme ; — M. Gouget, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Chassevant, suppléant.

Mercredi 6 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Salle Thouret*, épreuve pratique : MM. Reclus, Poirier et Legueu.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Kirmisson, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie, 1re série), ancien régime : MM. Delens, Mauclaire et Wallich ; — M. Wurtz, suppléant.

Jeudi 7 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *École pratique*, MM. Le Dentu, Rémy et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Guyon, Poirier et Bonnaire; — (ancien régime) : MM. de Lapersonne, Schwartz et Potocki.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Thoinot et Richaud ; — M. Méry, suppléant.

Vendredi 8 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : MM. Mauclaire, Retterer et Legueu.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Widal, suppléant.

Samedi 9 novembre, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. de Lapersonne, Bonnaire et Thiéry; — (2e partie) : MM. Cornil, Blanchard et Janselme ; — M. Renou, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Dupré et Gouget; — (2e série) : MM. Debove, Méry et Achard ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, MM. Budin, Demelin et Potocki.

1er (chirurgien-dentiste), épreuve pratique : MM. Quénu, Poirier et Langlois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux*. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Cazamian, Peyronny, Peyrot ont été nommés aides d'anatomie. M. Peyraud a été nommé aide d'anatomie suppléant.

Le prochain Congrès de chirurgie sera présidé par M. Jacques Reverdin (de Genève), actuellement vice-président.

Institut Pasteur de Constantinople. — Nous sommes heureux d'apprendre que notre collaborateur et ami, M. Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur, est nommé directeur en remplacement de M. Nicolle, qui rentre à l'Institut Pasteur de Paris.

Doit-on boire du vin? — *L'Illustration* vient de faire une longue enquête à ce sujet. Nous en avons aujourd'hui les résultats complets : *quarante-deux* médecins parisiens, *cent vingt* des

départements, au total *cent soixante-deux* confrères ont fait connaître leur réponse.

Sur ce chiffre, *cent* exactement déclarent *favorable* à la santé l'usage *modéré* du vin naturel.

Dix-huit le déclarent *nuisible*.

Quarante-quatre le déclarent indifférent ou hésitent à se prononcer catégoriquement.

Conclusion : la grande majorité des médecins, pris dans les régions les plus diverses, dans celles qui produisent du vin comme dans celles qui en sont privées, — et qui le regrettent, peut-être, — se prononce pour l'usage du vin à dose modérée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 126. — JEUDI 31 OCTOBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1901. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — SARCOME DU SEIN COÏNCIDANT AVEC UN GOITRE VOLUMINEUX; AUTOPLASTIE DE LA PLAIE THORACIQUE A L'AIDE DES TÉGUMENTS DU COU APRÈS EXTIRPATION DU GOITRE (*2 fig.*), par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — DANGER DES GOBELETS D'ÉTAIN PLOMBIFÈRE; INTOXICATION SATURNINE CAUSÉE PAR L'USAGE D'UN GOBELET D'ÉTAIN CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ET DEMI, par M. G. VARIOT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (Ve SESSION). Résumé des rapports sur *la pathogénie et les indications opératoires du rein mobile* [MM. GUILLET (de Caen) et H. CHEVALIER (de Paris), rapporteurs]. — NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SARCOME DU SEIN COINCIDANT AVEC UN GOITRE VOLUMINEUX

AUTOPLASTIE DE LA PLAIE THORACIQUE A L'AIDE DES TÉGUMENTS DU COU APRÈS EXTIRPATION DU GOITRE

Par H. MORESTIN,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'ablation de certaines grosses tumeurs mammaires, largement adhérentes aux téguments, crée une perte de substance tellement étendue que toute réunion paraît d'abord impossible. Certes, abandonnées à elles-mêmes, ces larges plaies arrivent parfois à se combler ou tout au moins à diminuer dans une telle proportion que l'on peut, au moyen de quelques greffes, en obtenir la cicatrisation totale. Mais combien lente, cette guérison! des mois sont nécessaires pour que s'accomplisse péniblement ce travail de réparation secondaire. Et quelle médiocre cicatrice, adhérente et fragile! Le moindre frottement entame ce mince revêtement épidermique, couvrant, comme d'un léger vernis la couche fibreuse. Encore si ce résultat était acquis! Mais il serait déraisonnable d'avoir de bien sérieuses illusions sur sa durée. En fait, il a fallu trois, quatre ou cinq mois, pour parachever la guérison opératoire, et celle-ci à peine obtenue, la récidive survient. Si l'on veut réellement être utile à ces malades, il faut réduire au minimum le temps de la cure, en recherchant la réunion immédiate.

On peut, dans ce but, recourir à des artifices variés que suggère l'état des parties, décoller au loin les téguments du voisinage pour les faire glisser et les rapprocher, tailler un grand lambeau vertical que l'on déplace, utiliser la mamelle de l'autre côté, excellente réserve tégumentaire. Chez une de mes malades une circonstance particulière m'a fourni la matière autoplastique. Cette femme, dont la tumeur mammaire était gigantesque, portait en même temps un goitre volumineux. L'extirpation de ce goitre m'a permis d'employer la peau du cou pour couvrir la perte de substance thoracique. Je crois devoir entrer dans quelques détails et produire dans son entier cette curieuse observation.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, franc-comtoise robuste et de haute taille, couturière dans une petite ville de la Haute-Saône, qui a été admise le 22 août 1901 à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 19, dans le service de M. Richelot. Depuis sa jeunesse, elle porte un goitre, qui s'est beaucoup développé à l'époque de ses deux grossesses, entre vingt-trois et vingt-six ans, et, depuis, est demeuré à peu près stationnaire. Du moins ses proportions augmentent insensiblement et la malade n'y apporte nulle attention, car la tumeur thyroïdienne ne détermine pas de troubles. Pourtant, il s'agit d'un goitre volumineux, formant à la base du cou une saillie plus grosse que les deux poings. Il occupe le lobe droit. La palpation montre qu'il s'agit d'un grand kyste thyroïdien, nettement fluctuant, au pourtour duquel on ne peut reconnaître aucune autre masse anormale dans l'épaisseur de la glande. La lésion thyroïdienne paraît donc assez simple.

Aussi bien n'est-ce pas ce qui préoccupe la malade. Elle attache avec raison plus d'importance à la tumeur mammaire. Celle-ci est d'origine déjà ancienne, mais il y a eu dans son évolution deux périodes distinctes. Il y a plus de vingt ans qu'on a constaté dans l'épaisseur du sein gauche, au-dessus du mamelon, une petite masse dure et arrondie, comparable à un marron ou à une noix. Cette production était indolente et n'offrit pendant deux ans aucune modification appréciable. Pourtant la malade jugea à propos de consulter un empirique, qui jouissait de quelque réputation dans le pays. Des applications caustiques amenèrent la production d'une escare épaisse et large, dont la chute entraîna l'élimination de la tumeur. La plaie se ferma assez rapidement, laissant toutefois une cicatrice, encore visible dans toute sa laideur. L'année n'était pas écoulée qu'une nouvelle grosseur se montrait dans le même endroit. Elle augmenta avec une lenteur extrême et mit dix-huit ans à acquérir le volume d'une orange, sans déterminer d'ailleurs aucune gêne appréciable. Rendue craintive par la précédente expérience, et croyant avoir épuisé les ressources de la chirurgie, la pauvre femme avait pris le parti de ne plus s'occuper de son sein. Mais depuis deux ans, sans cause apparente, les choses ont bien

changé. La tumeur s'est mise à progresser rapidement, doublant en six mois, décuplant dans le semestre suivant, pour atteindre actuellement le volume d'une tête d'adulte.



FIG. 1.

Sa surface, jadis uniforme et lisse, offre maintenant des bosselures hémisphériques ou ovoïdes, présentant une teinte sombre, grise ou violacée. La plupart sont comme des noix, d'autres comme des œufs de poule. La peau qui les recouvre est modifiée dans son aspect, adhérente et d'une coloration rose pâle. Elle est non seulement suspecte, mais manifestement altérée. La masse entière est mobile sur le thorax et le plan musculaire sous-jacent. L'exploration de l'aisselle reste négative, mais comme la région est fort chargée de graisse, cet examen ne permet pas de conclure à l'absence d'adénopathie. Il n'existe aucun trouble fonctionnel, aucune sensation douloureuse, et la malade est seulement incommodée par les proportions de la tumeur dont la saillie est telle que le vêtement ne la dissimule point, qu'elle attire le regard et devient l'objet d'une curiosité malséante. Le poids en est aussi un peu lourd. Mais c'est tout, pas de souffrance, ni d'écoulement par le mamelon. L'autre sein est intact. L'état général est demeuré excellent, et à part le goitre, il n'y a par ailleurs rien à noter.

Le diagnostic de sarcome du sein était le seul vraisemblable, diagnostic confirmé d'ailleurs un peu plus tard par l'examen histologique. L'extirpation du néoplasme pouvait et devait être tentée, mais il fallait sacrifier une étendue considérable de peau manifestement altérée ou suspecte, tout ce qui couvrait la tumeur, et la réparation de cette énorme perte de substance constituait la seule mais sérieuse difficulté de l'intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 26 août. L'ablation de la tumeur fut simple, à cela près qu'il fallut se presser et veiller à une prompte hémostase, en raison du grand développement des artères et des veines sur toute la périphérie. Les branches perforantes issues des mammaires internes qu'on rencontre à la partie antérieure des espaces intercostaux, étaient comparables à des radiales.

L'aponévrose du grand pectoral et la couche superficielle de ce muscle furent enlevées, bien qu'il n'y eût pas d'adhérence. L'aisselle fut ensuite complètement vidée de ses ganglions et de la graisse abondante où ils étaient noyés. La précaution n'était pas inutile, ce cas le prouve une fois de plus. Plusieurs des ganglions extirpés étaient manifestement altérés et dégénérés, durs, gros comme de gros haricots ou de petites noisettes, et blanchâtres sur la coupe. Or, la palpation attentive n'avait permis d'en sentir aucun à travers l'épaisse couche adipeuse.

La plaie résultant de cette extirpation était énorme, et toute réunion par rapprochement des bords complètement impossible. La surface cruentée *irréductible* s'étendait du premier espace intercostal à la sixième côte et du sternum à l'aisselle. Irréductible, car c'était le décollement de la peau, jusqu'au rebord des fausses côtes, qui permettait d'en remonter la lèvre inférieure, de la huitième où elle était située primitivement jusqu'à la cinquième.

Pour couvrir cette surface, j'avais compté sur les téguments du cou, lentement distendus par le goitre. L'ablation de la tumeur thyroïdienne devait les rendre utilisables. Séance tenante, je me mis donc en devoir d'en faire l'énucléation. Une incision, contournant à droite la saillie cervicale, puis obliquement dirigée au-devant de la première pièce du sternum, vint rejoindre la plaie à sa partie supérieure et interne, de manière à tracer un vaste lambeau comprenant toute la peau qui couvrait le goitre. Ce lambeau disséqué et relevé, le plan musculo-aponévrotique sous-hyoïdien coupé en travers, le kyste fut mis à nu et incisé. Il s'en écoula six ou sept cents grammes de liquide citrin. Explorant la poche vide, je pus me rendre compte qu'elle s'étendait profondément, s'enfonçant dans le médiastin derrière le sternum. J'énucléai la poche après avoir attiré et luxé à l'extérieur le lobe thyroïdien correspondant. Son extirpation ne présenta pas de difficultés bien sérieuses.

Dans son épaisseur étaient d'autres kystes beaucoup plus petits, remplis d'une substance colloïde.

Les parois de la loge que la tumeur s'était creusée dans le tissu thyroïdien, furent alors soigneusement rapprochées par des surjets au catgut. Un autre surjet reconstitua exactement le plan musculaire sous-hyoïdien, laissant seulement passer un drain s'enfonçant jusque dans le médiastin et destiné à sortir à travers le lambeau cutané.

La question goitre réglée, j'avais à ma disposition un grand sac cutané qui devait servir à l'opération réparatrice. Pour l'étaler, l'abaisser, l'appliquer à l'endroit voulu, il fallut encore libérer la peau au-devant de la clavicule gauche, et aussi au niveau du creux sus-claviculaire et du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Ces derniers décollements étaient nécessaires pour rendre le lambeau bien maniable et docile. Je pus alors le suturer à la lèvre inférieure de la plaie dans toute son étendue, sauf en un point immédiatement au-dessous du grand pectoral, sur la limite de l'aisselle, où persista un espace cruenté grand comme une pièce de deux francs. Le résultat était très satisfaisant, le lambeau s'appliquait sans traction, sans effort et gardait dans toutes ses parties une coloration de bon augure. Quatre drains furent laissés, un dans l'aisselle, un autre déjà mentionné à la base du cou, trouant le lambeau juste au-dessus de la fourchette sternale sur la ligne médiane, deux autres petits sur le pourtour du lambeau. La tête fut maintenue légèrement fléchie sur la poitrine à l'aide d'une bande de flanelle fixée au bandage du corps.

Tout cela avait duré une heure, et malgré les manœuvres assez complexes de cette opération à double foyer, la perte de sang avait été très modérée. La respiration d'abord embarrassée, irrégulière et bruyante, était devenue calme, silencieuse et facile après l'ablation du goitre. Le pouls était excellent, quand la malade fut rapportée dans son lit. On lui fit cependant une injection de sérum de 1000 grammes dans une cuisse.

Les quatre drains furent enlevés au bout de quarante-huit heures. Le succès paraissait dès lors certain, tant le vaste lambeau gardait un bon aspect. L'opérée ne nous avait d'ailleurs à aucun moment inspiré de l'inquiétude et les suites s'annonçaient de la façon la plus heureuse.

Le 1er septembre, j'aperçus un petit liséré sphacélique sur la bordure droite du lambeau. Je constatai alors qu'il y avait de ce côté une légère traction, cette partie de lambeau était tiraillée par le poids de la mamelle droite, qu'on avait omis de relever et soutenir comme je l'avais fait lors du premier pansement. Mais la réunion était bonne et le lambeau collé par son fond sur toute la surface cruentée.

Les jours suivants, on nota encore quelques petites mortifications sur la bordure du lambeau, bien peu de chose en vérité, car en aucun point, la nécrose ne s'étendait au delà d'un centimètre, et le résultat n'en fut compromis en aucune façon. C'est ainsi que les choses se passent toujours dans les très grandes autoplasties. Bref, ces escares marginales s'éliminèrent assez rapidement et les petites plaies laissées par leur chute furent promptement détergées et cicatrisées. Les fils avaient été coupés en trois fois entre le sixième et le dixième jour. Du côté du cou, du côté de l'aisselle, tout s'était passé correctement. La figure 2 montre la malade au moment de sa sortie de l'hôpital, le 30 septembre.



Fig. 2.

La tête n'a jamais été immobilisée, mais maintenue dans un certain degré de flexion pendant la première semaine, de façon à éviter les tractions sur le lambeau, ce qui ne l'empêchait point d'être portée à droite, à gauche, ou rapprochée davantage de la poitrine au gré de la malade. Celle-ci n'a d'ailleurs pas songé à se plaindre de l'attitude qui lui était imposée. Elle n'a jamais souffert, et les décollements cervicaux n'ont laissé aucune trace sous forme de raideur limitant ou contrariant un mouvement quelconque.

Le cou, ramené à sa forme régulière, est indolent et souple. Les mouvements du bras ne sont nullement gênés. La cicatrice est quasi linéaire. Bref, la situation actuelle est pleinement satisfaisante.

Que le résultat soit précaire et la récidive probable, il serait puéril de le discuter. L'avenir est mauvais pour cette femme, cela n'est point douteux. Mais là n'est pas la question. On renoncerait d'emblée à toute intervention pour tumeur maligne s'il fallait se porter garant des suites éloignées. L'intérêt de ce cas est tout autre. L'exérèse étant possible, et n'offrant même aucune difficulté technique, il fallait la pratiquer. Une opération réparatrice complémentaire peut abréger considérablement la durée du traitement et fournir une guérison meilleure ; cette intervention réparatrice doit, sans discussion, entrer dans le programme, pourvu que des faits en démontrent la valeur et l'efficacité. L'exemple de notre malade peut servir à appuyer le bien fondé de cette pratique. Il montre qu'on peut, à l'occasion, tirer parti de tout, même des coïncidences en apparence les plus fâcheuses. Ainsi la présence du kyste thyroïdien a été chez cette femme une circonstance favorable. Le goitre a été pour elle une maladie utile. C'est une conséquence imprévue de la loi pathologique dite de la pluralité des néoplasmes, qui veut que les tumeurs bénignes et malignes s'associent volontiers chez le même sujet.

Les lambeaux de grandes dimensions sont très exposés à se mortifier. Pour éviter ces échecs, il vaut mieux ne pas tailler de lambeaux proprement dits, toutes les fois que cela est possible, mais procéder par décollements très larges, qui rendent mobile la peau de toute une région et permettent de la faire glisser facilement, de la modeler ensuite. Ces décollements sont inoffensifs malgré les inquiétudes que l'on pourrait concevoir au premier abord de ces véritables écorchés. La peau conservant des relations vasculaires très nombreuses reste bien nourrie et résiste bien. Le déchet se borne au sphacèle de tout petits territoires marginaux. Il importe de conserver le pannicule adipeux sous-cutané.

Je signalerai encore deux points : 1° l'importance en pareil cas d'un bon drainage pour empêcher la stagnation, sous les téguments décollés, de liquides susceptibles de s'infecter. Le suintement est toujours assez considérable, et il faut lui donner issue à l'extérieur. Il est entendu que ce drainage, utiles seulement pendant les deux ou trois premiers jours, doit être supprimé promptement.

2° Les services que peut rendre dans ces autoplasties par décollement une attitude appropriée. C'est surtout quand on emprunte les téguments du cou pour une opération plastique, que cette question a de l'importance. Il ne faut pas de traction sur les sutures. La flexion ou l'inclinaison de la tête, imposée temporairement, suffit parfois pour rendre faciles affrontement et réunion, et apporter au succès de l'intervention une condition fondamentale.

DANGER DES GOBELETS D'ÉTAIN PLOMBIFÈRE

INTOXICATION SATURNINE CAUSÉE PAR L'USAGE D'UN GOBELET D'ÉTAIN CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ET DEMI (1)

Par M. G. Variot,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

J'ai donné mes soins pendant près de quatre mois à un jeune garcon de quatre ans et demi, encore en traitement

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

dans mon service salle Damaschino n° 10, pour des troubles paralytiques tout à faits insolites. Ce petit convalescent présente encore de la faiblesse dans les membres inférieurs. La marche est un peu lente et difficile, et il projette les pieds en avant comme lorsque les muscles extenseurs sont affaiblis. Il est resté deux mois tout à fait impotent. La cause de cette paralysie, dont on ne voit plus que les vestiges, est certainement due à un empoisonnement par le plomb; on peut s'en convaincre à première vue en découvrant les dents et en constatant la présence d'un liséré noir absolument caractéristique sur les incisives et les molaires, surtout à la mâchoire inférieure.

Voici l'histoire clinique de ce petit malade, relevée par mon interne M. Pierre Roy; le diagnostic ferme n'a pu être établi que par une enquête rigoureuse.

Le 1er juillet 1901, le jeune Albert M..., âgé de quatre ans et demi, nous est amené de Poissy par sa mère parce que, depuis huit jours, il ne peut plus se tenir sur les jambes. Les parents sont bien portants; ils sont cousins germains. Trois autres enfants en bonne santé. Pas de tares nerveuses dans la famille, sauf chez une sœur de la mère, une maladie de nerfs indéterminée caractérisée par de fréquentes pertes de connaissance, maladie à laquelle elle aurait succombé à l'âge de vingt-deux ans.

Le petit malade a été élevé au sein par sa mère; il a marché vers l'âge de quinze mois, et il s'est bien développé jusqu'à ces derniers temps. Sa taille est celle d'un enfant moyen de son âge.

Le 23 juin, sans qu'il se fût plaint antérieurement, la mère remarqua que l'enfant ne se tient debout qu'en s'appuyant à la table. Les jours suivants, ses jambes étaient « comme de la laine », suivant l'expression de la mère; ses genoux fléchissaient, et il s'affaissait dès qu'on voulait le mettre debout. A la fin de la semaine, il ne marchait plus du tout. Néanmoins il continuait à manger avec appétit et il dormait bien; il ne pleurait que lorsqu'on tentait de le faire marcher.

Le 30 juin, on s'aperçut qu'il avait de la faiblesse dans les bras; il prenait son gobelet à deux mains pour le porter à la bouche. C'est alors qu'on se décida à l'amener à l'hôpital des Enfants.

2 juillet : L'enfant tenu sur les genoux de sa mère ne meut ses deux jambes qu'avec beaucoup de difficulté; il ne les étend sur la cuisse qu'avec peine; si on veut le poser par terre, il fléchit sur les jambes et refuse de marcher en gémissant. Lorsqu'il est étendu sur le dos, on voit que la plante du pied est légèrement tombante, les orteils semblent un peu infléchis vers la plante du pied; il ne soulève qu'avec peine le talon au-dessus du plan horizontal.

Aux membres supérieurs la parésie est un peu moins apparente; cependant il a de la peine à redresser la main sur le poignet lorsqu'elle est infléchie; il est incapable de saisir son gobelet d'une seule main, ce qu'il faisait bien auparavant. Cette parésie des membres supérieurs est devenue telle plus tard que, pendant assez longtemps, l'enfant a été incapable de porter ses aliments à la bouche; il fallait le faire manger. Enfin les muscles fléchisseurs du tronc sur les cuisses étaient affaiblis, car lorsqu'il était étendu dans le lit, il ne pouvait pas s'asseoir seul; il ne se tenait pas assis sans être soutenu par des oreillers.

Malgré cette impotence fonctionnelle il ne semble pas qu'il y ait d'atrophie musculaire appréciable, ni aux membres supérieurs, ni aux membres inférieurs, ni dans aucun groupe musculaire en particulier. L'examen électrique montre aux membres inférieurs, surtout au quadriceps crural et aux extenseurs du pied, une grande diminution de la contraction musculaire avec les courants galvaniques; les muscles répondent très peu aussi au courant faradique. On ne constate pas néanmoins de réaction de dégénérescence. L'exploration électrique faite par nous peu de temps après l'entrée de l'enfant à l'hôpital a été répétée le 8 octobre par le docteur Gautier dont la compétence est bien connue; elle a donné encore de la diminution de l'excitabilité musculaire aux courants galvanique et faradique, toujours sans réaction de dégénérescence.

Aucun trouble notable de la sensibilité.

Les réflexes cutanés sont intacts, mais par contre les réflexes tendineux : patellaire, achilléen... sont à peu près abolis.

L'enfant ne présente aucun trouble sensoriel ni psychique; les sphincters fonctionnent bien.

L'examen des appareils respiratoire, circulatoire, digestif, ne révèle rien d'anormal. L'appétit est bon, et à part la pâleur des téguments qui indique une anémie notable, l'état général est satisfaisant; pas d'élévation thermique.

Les urines sont claires et peu colorées. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Devant cet ensemble symptomatique, le diagnostic de polynévrite semblait s'imposer, mais la cause de l'affection restait assez obscure. L'enfant n'avait pas eu la diphtérie; il n'avait pas présenté de paralysie du voile du palais; il n'avait subi aucun traitement médicamenteux qui puisse faire songer à une paralysie toxique. Ce n'est qu'en découvrant les gencives que j'aperçus un très mince liséré noir à la sertissure des dents, et que je n'hésitai pas à affirmer que nous étions en présence d'une paralysie saturnine.

Il y a dix ans environ, j'avais observé un cas semblable avec M. Gastou, à l'hôpital Trousseau : il s'agissait d'un enfant qui avait été atteint de paralysie des membres inférieurs après avoir séjourné et joué sur une terrasse de plomb. Cet enfant aussi offrait un liséré de Burton qui nous avait éclairés sur la nature des accidents; son histoire est relatée dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux.*

Pour revenir au petit Albert M..., qui fait l'objet de cette communication, l'évolution régressive des accidents, aussi bien que notre enquête ultérieure, vint corroborer le diagnostic d'intoxication saturnine.

Sous l'influence du traitement qui consista dans l'emploi du miel soufré, de l'iodure de potassium, des bains sulfureux, les troubles de la motilité disparurent assez vite dans les membres supérieurs; déjà au bout de quinze jours, il prenait son gobelet d'une seule main. Deux mois après l'entrée, il recommença de se tenir seul sur les jambes et de marcher; mais il fallait qu'il fût soutenu, qu'on lui donnât la main, qu'il s'appuyât contre les lits; sinon sa démarche était tout à fait incertaine et il tombait. Actuellement i marche seul et il lance encore un peu les pieds comme s'il steppait. Durant tout ce temps, le liséré gingival a persisté et même il nous a paru qu'il avait augmenté, peut-être sous l'influence des bains sulfureux.

Les caractères objectifs de cette paralysie, son évolution que nous venons de relater, sa coexistence avec un liséré de Burton parfaitement net, ne pouvaient guère laisser planer de doutes sur une manifestation de l'intoxication saturnine.

On sait, et le fait a été bien mis en lumière par M. Putman dans l'*Encyclopédie de pédiatrie*, de Keating, que

les paralysies dues au plomb chez les enfants se localisent de préférence aux membres inférieurs, tandis que chez les adultes la paralysie porte plutôt sur les muscles extenseurs des membres supérieurs.

Mais quelle était la cause, le mécanisme de cette intoxication. Vainement j'interrogeai la mère pour savoir si d'autres personnes dans la maison n'auraient pas eu des coliques ou d'autres accidents saturnins, si l'eau ou les boissons habituelles de la famille ne pouvaient pas être incriminées. Je demandai également si l'enfant n'avait pas eu des soldats de plomb ou des jouets peints en jaune. On me répondit qu'il avait des soldats en bois, et une trompette dont l'embouchure était en os. En insistant, j'appris que l'enfant buvait dans un gobelet d'étain; je me le fis apporter. Cette timbale est lourde, bleuâtre, ne donne pas le cri de l'étain si on la presse, est brillante à la coupe et raye le papier blanc comme le plomb. Je fis porter ce gobelet au laboratoire municipal où l'on voulut bien en faire une analyse. Voici les chiffres précis qui m'ont été communiqués. Pour 100 grammes de substance ce gobelet contient :

Etain	14g80
Antimoine	8g73
Cuivre	0g79
Plomb	75g68

Ce gobelet dit d'étain est donc en réalité un gobelet de plomb.

Devant les résultats de cette analyse, il faut bien admettre que l'enfant s'est intoxtqué en buvant dans cette timbale.

Le docteur Larger a bien voulu se rendre à Poissy pour compléter notre enquête à domicile. Il nous a appris que l'enfant se sert de ce gobelet depuis qu'il boit seul ; qu'on y laissait habituellement séjourner du lait pendant toute la journée, que dans ces derniers temps l'enfant avait bu en outre de la tisane chaude et de l'eau rougie ; enfin la mère dit avoir acheté ce gobelet à Paris, chez un marchand ambulant. Chose singulière, ce gobelet a déjà servi à une petite fille âgée maintenant de sept ans et qui présenterait encore très nettement un liséré de Burton, mais elle n'aurait pas présenté d'autres troubles imputables au saturnisme.

Dans le moment où je faisais procéder à l'analyse chimique de ce gobelet d'étain plombifère, j'eus l'idée de faire porter aussi au laboratoire municipal un des gobelets d'étain qui servent habituellement dans nos salles d'hôpitaux d'enfants. Le chef du laboratoire renvoya un bulletin sous le n° 2307 indiquant que la timbale de l'Assistance publique était *mauvaise*. Cette timbale d'étain est également plombifère comme le prouve l'analyse ci-jointe. Elle contient pour 100 grammes :

Etain	85g25
Antimoine	1g48
Plomb	12g72
Cuivre	0g55

J'ai prié l'interne en pharmacie de mon service, M. Descoutures, de vouloir bien me faire des dosages comparatifs du plomb dans des boissons acidules qui auraient séjourné dans le gobelet de l'efannt de Poissy et dans les gobelets de l'Assistance.

Voici les résultats de ces dosages faits avec grand soin :

1° Dans le gobelet de l'enfant de Poissy, 100 centimètres cubes d'une solution d'acide tartrique à 4 p. 100 qui a séjourné pendant trois jours, contiennent 0g052 de plomb.

2° Dans le gobelet de l'Assistance publique en usage dans nos hôpitaux, 100 centimètres cubes de solution d'acide tartrique dans les mêmes conditions que précédemment, contiennent 0g006 de plomb, soit 6 centigrammes par litre.

Il est donc certain que les boissons acidules, les limonades, l'eau rougie, etc., peuvent dissoudre une notable quantité de plomb, sans compter que les enfants ne manquent guère de mordiller les bords du gobelet dans lequel ils boivent, et peuvent ainsi absorber des quantités notables d'étain plombifère.

Il y a certes une grande différence entre la composition chimique du gobelet qui a intoxiqué notre petit malade et celle des gobelets de l'Assistance publique ; néanmoins, l'usage de ces ustensiles n'est pas sans inconvénients, et je crois devoir attirer l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur ce sujet (1).

En 1896, M. Rendu nous a présenté l'observation d'un malade empoisonné par le plomb parce qu'il buvait du cidre contenu dans des brocs d'étain plombifère (28 p. 100 de plomb). Les gobelets de l'Assistance n'en contiennent, il est vrai, que 12g72 p. 100 ; mais le titre légal de 10 p. 100 de plomb dans les alliages d'étain, autorisé par un arrêté suranné du préfet de police datant du 23 février 1853, est dépassé. Les dosages que j'ai fait répéter par mon interne en pharmacie confirment ceux qui ont déjà été faits par Fordos, dans la vaisselle d'étain des hôpitaux (*Bull. de la Soc. chimique*, t. XXIII, p. 535). Notre savant maître, M. le professeur A. Gautier, a reproduit, dans son intéressant ouvrage sur *Le cuivre et le plomb*, les recherches de Fordos et a fait lui-même des expériences personnelles. Il déclare que les ustensiles d'étain, même au titre de 10 p. 100, ne sauf raient être regardés comme inoffensifs. « Les boissons acides, et spécialement le vin, deviennent dangereuses lorsqu'elles sont conservées, ne fût-ce que quelque temps, dans des vases, brocs, gobelets d'étain plombifère, où, grâce à l'accès de l'air, elles dissolvent assez rapidement le plomb de l'alliage. »

Peut-être pourrait-on espérer se mettre à l'abri des accidents en tenant ces gobelets très propres, en les frottant avec du sable comme le font nos infirmières des hôpitaux ; mais ces manœuvres ne font que faciliter la dissolution du plomb, car Fordos a remarqué que les quantités de plomb dissoutes étaient plus élevées lorsqu'on décapait les ustensiles avec du sable fin.

N'oublions pas que dans le célèbre empoisonnement de la famille d'Orléans au château de Claremont observé en 1849 par Guéneau de Mussy, les eaux de source reçues dans une citerne de plomb ne contenaient que 0g014 de plomb par litre et que cependant 13 personnes sur 38 furent gravement intoxiquées.

Il est bien certain que la quantité de plomb dissoute par les limonades acides ou par l'eau rougie qui séjournent dans les gobelets de l'Assistance publique excède 14 milligrammes par litre. Cela résulte aussi bien des dosages de notre interne en pharmacie que des recherches de Jordos.

En m'appuyant sur l'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société, sur la réponse un peu brutale du directeur du Laboratoire municipal, disant que cette timbale

(1) Cet enfant a été présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

est mauvaise, sur l'autorité incontestée de MM. Armand Gautier, Fordos et Rendu, je demande à la Société de vouloir bien adresser à l'administration de l'Assistance publique un avertissement pour l'inviter à retirer de nos hôpitaux d'enfants les ustensiles d'étain plombifère et en premier lieu les gobelets dont l'usage peut être dangereux (1).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(29 octobre 1901)

M. Bucquoy nous a fait un récit très intéressant du voyage manqué du *Sénégal*. Il intitule lui-même cette communication : **La peste à bord du « Sénégal », une quarantaine au Frioul**. Ainsi qu'on pouvait l'attendre de notre honorable collègue, c'est avec une parfaite courtoisie, une grande modération, mais aussi dans un esprit de complète impartialité qu'il a fait ressortir les enseignements qui résultent de cette fâcheuse aventure. Il en ressort, en effet, cette conclusion que si, en théorie, sur le papier, tout est pour le mieux dans le monde des services sanitaires, il s'en faut qu'il en soit ainsi en pratique, dans les faits ; mais écoutons M. Bucquoy :

Rendant tout d'abord un légitime hommage à M. Proust, il rappelle sa communication du mois de mars dernier. L'Académie, dit-il, se souvient de la perfection des règlements et des mesures instituées par M. Proust, rien à dire de ce côté, mais c'est l'application qui laisse à désirer, ainsi qu'en ont pu s'assurer les passagers du *Sénégal*.

M. Bucquoy fait ici la narration du voyage entrepris par la *Revue générale des sciences*. Nous n'y reviendrons pas, nos lecteurs la connaissent déjà. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 113, p. 1085.)

Lorsqu'il fut bien avéré qu'on avait affaire à un cas de peste, on décida immédiatement l'isolement du malade et le retour à Marseille, le port le plus proche. On fit donc demi-tour et, grâce au bon moral de chacun, il n'y eut pas d'affolement. On pensa bien à recourir au sérum antipesteux mais il n'y en avait pas à bord. On fit la désinfection aussi bien qu'on le pût.

Le débarquement se fit au Frioul où rien n'était prêt. On apprit alors qu'il y avait dix-sept jours que le bateau avait quitté Alexandrie où il y avait, à ce moment, une recrudescence de la peste. Si on n'avait pas trouvé de rats morts dans les premières recherches, on en trouva 120 dans la soute au linge sale, c'étaient des rats d'Alexandrie ; ils avaient d'ailleurs déjà infecté leurs camarades, car les rats vivants ont été trouvés pesteux, bien qu'en apparence bien portants.

On arriva donc au Frioul où il y a 120 chambres ; or sans compter l'équipage, il y avait 174 passagers de première classe et pour tout cela six serviteurs. On avait bien proposé d'attendre à bord, mais un second cas de peste se déclara ; celui-ci fut aussitôt inoculé et il guérit, tandis que le premier malade, qui n'avait pu être inoculé, succomba. On décida donc le débarquement immédiat et on s'installa tant bien que mal, plutôt mal que bien, au lazaret. On y arriva le mardi et le vendredi on n'y avait encore rien de ce qu'il fallait. Grâce à l'heureuse intervention de M. Poincaré auprès du préfet des Bouches-du-Rhône, la consigne très sévère qui avait d'abord été imposée se relâcha un peu et les passagers obtinrent au moins la permission de se promener dans l'île, d'ailleurs assez jolie, sous la surveillance des gendarmes.

On pensa, avec raison, qu'il serait sage que chacun des passagers reçût une inoculation de sérum antipesteux. Mais il n'y avait pas assez de sérum ; on dut attendre plusieurs jours. Enfin, grâce au dévouement du docteur Catelan, le sérum finit par arriver et on s'inocula mutuellement.

Pendant ce temps, que s'était-il passé à bord du *Sénégal* ? Les hommes y étaient restés consignés. On finit par faire venir un autre paquebot sur lequel on les transborda et on procéda, après six jours seulement, à la désinfection du *Sénégal* ; il était temps. Au Frioul, sauf quelques dérangements d'intestins auxquels on donna le nom de *Frioularde*, la santé resta bonne. Mais on ne voulait plus lâcher les passagers du *Sénégal* ; Marseille s'opposait énergiquement à leur arrivée et demandait qu'on prolongeât la quarantaine. Cependant, grâce encore à l'heureuse intervention de M. Poincaré, on décida la levée de la quarantaine après le septième jour et on soumit les passagers encore à trois jours de surveillance administrative, surveillance d'ailleurs tout à fait illusoire, car elle ne se fit sentir en aucune façon.

Loin de moi, dit en terminant M. Bucquoy, la pensée de vouloir incriminer en quoi que ce soit le service de santé, dont les membres se sont montrés, dans cette circonstance, toujours pleins de courtoisie, de science et de dévouement. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'au Frioul on a manqué de tout, faute d'argent, dit-on. De cette fâcheuse aventure il faut donc, ajoute M. Bucquoy, tirer les conclusions suivantes : 1° on a commis une grosse faute en laissant embarquer les 174 passagers sur un bateau venant d'un point où régnait la peste, et non désinfecté alors qu'il contenait déjà, sans doute, des rats morts ; 2° on a commis une faute capitale en manquant de sérum antipesteux sur un bateau exposé à toucher des ports infectés par la peste ; une faute, également, de n'avoir pas, à Marseille, assez de sérum pour inoculer ces passagers à leur arrivée dans le port ; 3° enfin, le Frioul n'avait rien de ce qu'il fallait pour recevoir 174 passagers.

De sérieuses réformes s'imposent donc, et c'est pourquoi M. Bucquoy, poussé d'ailleurs par ses compagnons d'infortune, a cru devoir saisir de ces faits l'Académie, cette grande gardienne de la santé publique.

Cette communication a été écoutée avec un vif intérêt. Il faut louer M. Bucquoy de la parfaite franchise avec laquelle il l'a faite. Il n'a rien exagéré, il n'a rien caché.

M. Proust prendra la parole dans la prochaine séance, mais il fait, dès maintenant, observer que les mesures nécessaires avaient bien été prescrites. Il est fâcheux qu'elles n'aient pas été appliquées.

M. Roux, de son côté, tient à déclarer qu'il y a plus de 10000 doses de sérum antipesteux à l'Institut Pasteur et qu'il n'y avait qu'à en demander pour en avoir. L'Institut Pasteur n'est donc pour rien dans le manque, si regrettable, de sérum antipesteux au Frioul et à bord du *Sénégal*.

Tout cela c'est très bien : toutes les mesures sont prises pour s'opposer à l'invasion de la peste, mais ces mesures sont mal appliquées. Il y a du sérum antipesteux à l'Institut Pasteur en quantité suffisante pour faire face à toutes les vaccinations désirables ; mais on néglige d'en demander là où il serait le plus nécessaire. Comme M. Bucquoy a bien fait de révéler ces faits à la tribune de l'Académie et de montrer une fois de plus comme il y a loin des principes à l'application !

M. le professeur Boinet (de Marseille), correspondant de l'Académie, lit une fort intéressante communication sur **cinq cas de rupture de la rate chez des paludéens.**

La rupture de la rate est une question d'actualité ; elle était à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie qui vient de se terminer ; elle offre une grande importance au point de vue médical, chirurgical et médico-légal ; elle est d'autre part rare, puisque M. Boinet n'en a observé aucun exemple pendant seize mois de séjour dans des régions du Tonkin ravagées par l'impaludisme.

(1) Ce vœu a été accueilli favorablement par la Société médicale des hôpitaux.

La première observation, personnelle, concerne un mousse de quatorze ans, qui au cours d'un accès de délire, se sauve de l'hôpital et meurt dans la cour. Chez ce malade, le début de l'infection paludéenne était de date récente et l'énorme distension hyperémique survenue au moment de l'accès a permis à une contusion légère, reçue sans doute pendant la fuite du malade, de déterminer les éclatements multiples de la rate que révélèrent l'autopsie.

Les deux observations suivantes inédites, dues à M. Frilet, ont trait l'une à deux Arabes qui succombèrent, le premier au cours d'un accès pernicieux, l'autre à la suite d'un repas trop copieux.

Le quatrième malade, observé par M. Gaillard, était un chemineau européen qui reçut un coup de pied dans la région splénique, et succomba.

Enfin le cinquième cas, dû encore à M. Frilet, concerne une femme arabe, atteinte de cachexie palustre, qui mourut d'un coup de pied dans la région de la rate.

M. Boinet tire de ces observations les conclusions suivantes :

La rupture dite spontanée de la rate, pendant un accès de fièvre intermittente ou un accès pernicieux, est possible; dans ces cas, elle est favorisée par le ramollissement, la diffluence, l'énorme tuméfaction, le raptus congestif; l'augmentation rapide du volume de la boue splénique peut distendre et faire éclater la capsule de la rate.

Tantôt cette enveloppe est mince, d'aspect normal; tantôt elle est épaissie, sclérosée, inextensible ou a perdu une partie de son extensibilité. Elle cède, elle éclate sous la pression du contenu au niveau de points où l'épaisseur et la résistance sont moindres.

Les adhérences si fréquentes de la rate paludéenne avec le diaphragme et avec l'estomac favorisent la production de ruptures spléniques, soit par suite des tiraillements qu'elles exercent, soit par la perte de la mobilité de la rate, qui n'échappe ainsi qu'avec difficulté au traumatisme.

Les altérations, l'hypertrophie, la friabilité de ces grosses rates observées dans le paludisme chronique ont été des causes prédisposantes de rupture dans les quatre dernières observations.

Il existe des déchirures en forme d'étoile dans les observations II, III, V. Dans ce dernier cas, elles paraissent résulter d'une sorte de contre-coup. Un léger traumatisme peut provoquer une rupture.

L'observation III, relative à une rupture de la rate après un repas copieux, présente un certain intérêt au point de vue médico-légal.

Le malade de l'observation II aurait pu être sauvé par la splénectomie.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

CINQUIÈME SESSION

Le Congrès s'est ouvert à Paris, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le 24 octobre 1901. Après l'allocution d'ouverture par M. le professeur Guyon, la parole a été donnée à M. Guillet (de Caen) pour la lecture de son **rapport sur la pathogénie et les indications opératoires du rein mobile.** En voici le résumé :

La pathogénie du rein mobile est encore fort obscure, ce qui tient à l'insuffisance des données anatomo-pathologiques et expérimentales. Il n'y a guère pour éclaircir ce problème délicat que les données de l'observation clinique.

Parmi les notions dues à cette dernière, il en est qui sont définitivement acquises, elles peuvent être formulées suivant les quatre propositions suivantes :

1° Les reins mobiles constituent une anomalie fréquente.

2° Cette anomalie est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

3° La mobilité du rein droit est beaucoup plus fréquente que celle du rein gauche et que celle des deux reins à la fois.

4° Le rein mobile est une affection de l'âge adulte et se rencontre surtout entre vingt-cinq et quarante ans.

Ces propositions méritent donc d'être retenues; mais elles ne jettent pas un jour bien grand sur le problème si obscur de la pathologie des reins mobiles.

Nombreuses sont les hypothèses; mais elles peuvent être ramenées en trois groupes principaux suivant qu'on attribue le développement du rein mobile soit à une lésion anatomique des reins ou des organes voisins, soit à une cause physiologique, soit enfin à une disposition générale de l'organisme.

I. *Théories basées sur une lésion anatomique des reins ou des organes voisins.* — Elles comprennent : 1° l'excessive élasticité du péritoine et l'allongement anormal des reins; 2° l'atrophie du tissu adipeux périnéal; 3° l'allongement des vaisseaux du rein; 4° le relâchement des parois abdominales, auquel se rattache la théorie si séduisante de l'entéroptose de Glénard; 5° l'augmentation du foie; 6° la dilatation de l'estomac.

Aucune de ces théories basées sur une lésion anatomique constatée dans certaines autopsies ne peut s'appliquer indistinctement à tous les cas de néphroptose.

II. *Théories basées sur une cause physiologique.* — Celles-ci comprennent : 1° l'influence de la menstruation, laquelle amènerait une congestion intermittente et répétée des reins; 2° l'influence de la grossesse qui a été exagérée, ainsi qu'il résulte de statistiques bien faites; 3° l'influence du corset, qui ne peut être niée, mais qui n'est pas suffisante.

A celles-ci peut être ajoutée : 4° l'influence du traumatisme, qui agit surtout comme cause occasionnelle.

III. *Théories basées sur un état général spécial, sur une insuffisance innée des moyens de contention du rein.* — 1° Théorie de Tuffier, qui admet une maladie générale, une déchéance portant sur l'ensemble des organes, caractérisée par une insuffisance de tous les tissus. Cette insuffisance pourrait être limitée exceptionnellement à un seul organe, tel le rein par exemple.

2° Théorie d'Albarran, qui regarde le rein mobile comme un véritable stigmate de dégénérescence. Cette théorie aurait l'avantage d'expliquer l'*hérédité* du rein mobile, fait relevé par un certain nombre d'observateurs; mais elle repose sur un nombre encore trop restreint de cas.

De l'étude de ces théories, il ressort qu'aucune n'est applicable à tous les cas du rein mobile; il n'y a donc pas une cause unique à invoquer pour expliquer la pathogénie de cette affection. En somme, les conditions générales de fixation des reins sont celles de l'équilibre des viscères intra-abdominaux : toute cause susceptible de rompre cet équilibre pourra avoir un retentissement sur les reins.

De ces notions acquises sur la pathogénie du rein mobile, il n'est pas possible de tirer des conclusions précises pour la thérapeutique de cette affection, et c'est au cortège symptomatique que devra s'adresser le clinicien pour prendre une décision. Or, à cet égard, les reins mobiles peuvent être ramenés à trois catégories : 1° ceux qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel; 2° ceux qui sont le siège d'une altération plus ou moins grave, telle que néoplasme, hydronéphrose, pyélonéphrite, etc.; 3° ceux qui s'accompagnent de douleurs ou de troubles digestifs. — A notre avis, il faudra : 1° ne pas opérer les premiers; 2° opérer les seconds en appropriant l'opération aux diverses circonstances; 3° recourir à la néphrorraphie pour les reins mobiles douloureux et pour ceux qui donnent lieu à des troubles digestifs, quand il est bien démontré que les douleurs et les troubles digestifs sont dus au déplacement du rein. Dans ces derniers cas, on pourra d'ailleurs, avant d'opérer, essayer l'usage d'une ceinture.

Résumé du rapport sur la pathogénie et les indications opératoires du rein mobile.

Par M. E. CHEVALIER (de Paris).

PATHOGÉNIE. — **I. Considérations anatomiques et physiologiques.** — Le rein droit descend plus bas que le gauche ; le rein occupe la fosse rénale variable avec le sexe : chez l'homme, elle est profonde, pyriforme et se rétrécit par en bas ; chez la femme, elle est superficielle, petite, cylindrique et ouverte en bas, ce qui permet au rein de descendre (Volkoff et Delitzine).

Les moyens de fixité sont multiples :

a. *Capsule adipeuse de Haller.* — Elle se compose de deux parties : l'élément adipeux et le sac fibreux.

L'élément adipeux est plutôt un coussinet de glissement qu'un moyen de fixité.

Le sac fibreux, formé par les fascia périnéaux (fascia prérénal et fascia rétro-rénal), a été étudié par Luschka, Henle, Simon, Sappey, Zuckerkandl, Toldt, Delagenière, Gerota, Glantenay et Gosset.

Sur une coupe transversale, on voit les deux loges communiquer entre elles. Sur une coupe verticale on voit les deux feuillets envelopper le rein et la capsule surrénale et s'attacher en haut sur le diaphragme ; en bas, il restent espacés et se perdent, le postérieur sur la fosse iliaque, l'antérieur sur le péritoine, après avoir parfois échangé de fins tractus sous le pôle inférieur du rein.

Des fibres fines réunissent le pôle supérieur du rein à la capsule surrénale (ligament réno-surrénal de Glénard).

Le fascia postérieur, rétro-rénal, est le fascia de Zuckerkandl ; le fascia antérieur, prérénal, se double du feuillet de Toldt, qui manque presque toujours sur le rein droit et se constitue sur le rein gauche au dépens du méso primitif des côlons transverse et descendant qui passent en angle droit sur le rein gauche, tandis que les colons ascendant et transverse forment un angle obtus au niveau du rein droit.

La capsule de Haller est un assez faible moyen de fixité pour le rein ; elle ne résiste pas à plus de 2 kilogrammes de traction (Troquart).

b. *Péritoine.* — Le péritoine passe au-devant du rein, sans lui constituer de mésonéphron : les ligaments annexes du péritoine rattachent le rein à des organes mobiles qui ne le fixent pas, et l'entraînent plutôt.

c. *Pédicule vasculaire.* — Le pédicule vasculaire empêche les déplacements en dehors, et, dans les déplacements en bas, fait basculer le rein : il est plus solidement maintenu à gauche où la veine capsulaire gauche se jette dans la veine rénale que soutient encore le canal réno-azygolombaire de Lejars.

d. La *capsule surrénale* contribue à la fixité du rein.

e. Le foie, les côlons, le duodénum, la rate et le pancréas ont des rapports importants par leur action propre sur le rein.

f. *Équilibre intra-abdominal.* — Volkoff et Delitzine ont montré que cet équilibre résultait de la constitution de trois cavités concentriques : une externe contractile (sphincter abdominal externe), formée par la paroi abdominale (c'est la plus importante) ; une moyenne, formée par le péritoine pariétal ; une interne contractile, formée par le tube intestinal (sphincter abdominal interne).

g. *Mobilité normale du rein.* — Le rein obéit aux mouvements respiratoires, s'abaisse dans l'inspiration et remonte dans l'expiration : il tend à descendre dans la station verticale et à remonter dans le décubitus dorsal. Cette course normale du rein est plus grande dans le sexe féminin, et déjà dans l'enfance (Rosenthal).

II. Anatomie pathologique. — L'atmosphère graisseuse, quelquefois raréfiée ou disparue, se voit souvent très abondante dans les néphropexies ; le péritoine est très variable, parfois plissé, souvent intact, jamais en véritable mésonéphron ; le pédicule vasculaire s'allonge, surtout l'artère ; il présente quelquefois des anomalies ; l'uretère subit des modifications que nous retrouverons à l'hydronéphrose intermittente.

Les déplacements du rein sont petits (antéversions, rétroversions) ou grands ; reins mobiles avec 3 degrés principaux : le premier, où le rein, simplement abaissé, a son extrémité supérieure encore sous les côtes ; le deuxième, où le rein est tout entier sous les côtes ; le troisième, où il est flottant (rein mobile du flanc de Glénard).

D'autres organes peuvent aussi se mobiliser : hépatoptose, entéroptose — ou subir des compressions anormales.

III. Étiologie et pathogénie du rein mobile proprement dit. — A. FRÉQUENCE. — Le rein mobile est très fréquent, la proportion serait de 30 p. 100. Albarran la réduit à 10 et 12 p. 100.

B. CAUSES PRÉDISPOSANTES : a. *Sexe.* — La femme a le privilège du rein mobile, déjà dès l'enfance (Comby) ; ce qu'expliquent les considérations anatomiques rappelées plus haut.

b. *Age.* — Quelques cas chez l'enfant et même chez le nourrisson, mais la grande majorité se voit de vingt à trente-cinq ans.

c. *Côté droit.* — Presque toujours la néphroptose siège à droite : rarement, et alors c'est plutôt chez l'homme, elle siège à gauche. Bruhl donne 80 p. 100 de néphroptoses droites, Godard-Danhiéux et Albarran, 85 à 90 p. 100. Le rein gauche est mieux soutenu que le rein droit (feuillet de Toldt, pédicule) ; le rein droit subit l'influence du foie (qui lui transmet l'action de l'effort, du corset, des ceintures, des troubles digestifs), celle de la coprostase (angle obtus des côlons ascendant et transverse, poids du cæcum), celle de l'entéroptose.

d. *Grossesses.* — Les multipares sont prédisposées au rein mobile (trois quarts des cas), mais les nullipares en peuvent être atteintes aussi : c'est l'effort de l'accouchement et la dislocation de la paroi abdominale qui le suit, surtout dans les grossesses répétées et rapprochées, qui agissent le plus dans le sens de la néphroptose.

e. *Relâchement de la paroi abdominale.* — Il se voit aussi à la suite de l'évacuation d'ascite, de collections intra-abdominales, d'opérations de grosses tumeurs abdominales ou d'un amaigrissement rapide.

f. *Affections de l'appareil génital interne.* — Thiriar croit que le rein mobile provoque la congestion utéro-ovarienne, tandis que Landau et Knapp pensent que les affections utérines provoquent le rein mobile.

g. *Congestions périodiques.* — Pour Becquet (1865), la congestion des règles retentit sur le rein, l'alourdit, l'abaisse, et à la longue crée le rein mobile. Trousseau adopte cette théorie.

h. *Entéroptose.* — Glénard dès 1885 donne à l'élément ptose le rôle prépondérant : l'entéroptose est tout et la néphroptose ne joue qu'un rôle secondaire dans le tableau symptomatique de l'affection, c'est l'entéroptose qu'il faut soigner pour guérir la néphroptose.

Mathieu, Ewald, Litters, Landau, Albarran croient que Glénard accorde à l'entéroptose trop d'importance. Godard-Danhieux, qui a bien étudié cette question, conclut que la néphroptose et l'entéroptose ont des différences bien tranchées.

i. *Autres affections de l'appareil digestif.* — Les hernies du cæcum (Tuffier), les gros prolapsus du rectum (Bazy) ont pu provoquer le rein mobile. La dilatation de l'estomac (Bouchard, Legendre) provoquerait la néphroptose en donnant des congestions du foie ; mais elle serait plutôt secondaire à la néphroptose pour Bartels, Müller-Warneck, Landau.

Pour Potain, la colite peut produire le rein mobile en raréfiant le tissu graisseux périrénal ; or elle fixerait plutôt le rein.

Le foie agit sur le rein dans l'effort, la toux, les maladies digestives et dans le port du corset ; ses poussées congesti-

ves, avec ou sans ictère, donnent de la néphroptose par glissement. Le rein peut, par la compression des voies biliaires, occasionner de l'ictère ou de la lithiase. Il y a coïncidence assez fréquente de néphroptose et d'hépatoptose.

C. CAUSES DÉTERMINANTES. — a. *Corset.* — Cruveilhier montre que le corset trop serré comprime le rein entre le foie d'une part, la colonne vertébrale et les côtes de l'autre; le rein s'échappe de sa loge comme un noyau de prune entre les doigts.

Les ceintures ou liens trop serrés, surtout avec les jupes trop lourdes, agissent de même (Trousseau, Peter, Glénard, Godard-Danhieux et Verhoogen).

Il ne faut pourtant pas exagérer cette cause, car nombre de corsets trop serrés n'ont rien produit, et Trekaki a vu 42 reins mobiles sur 100 femmes arabes n'ayant jamais porté corset ni ceinture.

b. *Augmentation du volume du rein.* — La congestion du rein peut produire le rein mobile; mais les dégénérescences du rein pouvant, par leur poids, abaisser l'organe donnent moins le rein mobile vrai qu'un rein abaissé.

c. *Traumatismes.* — Une secousse, une chute sur les talons, sur les genoux, à la renverse, un effort brusque produisent la luxation du rein. D'ordinaire l'action mécanique qui donne le rein mobile est plus lente et soutenue.

D. HÉRÉDITÉ; CONGÉNITALITÉ; STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE. — L'insuffisance des causes précitées, qu'elles agissent ensemble ou isolément, a fait chercher la véritable explication de la néphroptose dans une prédisposition congénitale, héréditaire. Lindner, Litters, Ewald, Ochsle, Bazy, Volkoff et Delitzine, Bouchard, Tuffier, Albarran surtout, ont montré toute l'importance qu'il faut donner à ce facteur essentiel.

IV. Relations de l'hydronéphrose intermittente avec le rein mobile. — a. *Etranglement rénal.* — Expliqué par le tiraillement des plexus nerveux (Dietl), un arrêt du rein dans le tissu sous-séreux (Rollet), une poussée d'hydronéphrose aiguë (Gilewski) ou une congestion active (Landau), l'étranglement rénal est une sorte de rétention rénale aiguë due à de petits déplacements (Albarran) ou à une vraie descente du rein : ce rôle de la mise en tension du rein a été bien démontré par Sinitzine, Guyon et Albarran.

b. *Hydronéphrose intermittente.* — Les relations de l'hydronéphrose intermittente avec le rein mobile ont été bien montrées par Landau, Newmann, Terrier et Baudouin.

Sans préjudice des petites poussées de congestion (Albarran), le rein mobile a de fréquentes petites rétentions dont le degré supérieur est l'hydronéphrose intermittente. En descendant il subit une torsion qui place en avant son bord externe ou amène tout le rein en antéversion (Potain), en antéflexion (Walther) ou en rétroversion (Albarran).

Dans les grands déplacements proprement dits, le pédicule vasculaire se tend, rend le rein oblique en bas et en dedans, puis transversal; l'extrémité inférieure du rein se place en dedans et en avant, et l'uretère subit des déviations importantes.

L'uretère offre des courbures en S, des torsions, des coudures sur une branche vasculaire ou sur la corne inférieure du rein. Dans les cas anciens, sa partie supérieure se confond avec la paroi externe de la poche hydronéphrotique où il débouche par un orifice peu visible, pourvu d'une valvule, souvent. Des brides fibreuses viennent fixer la courbure ou la coudure à la colonne vertébrale, ou produisent l'occlusion de l'uretère, transformant l'hydronéphrose ouverte en hydronéphrose fermée.

Pour Landau la cause de l'hydronéphrose est bien le rein mobile, comme le montrent Krakauer, Newmann. Terrier et Baudouin l'admettent : les expériences de Tuffier, celles de Navarro sembleraient tout à fait probantes à cet égard si celles d'Hildebrand et Haga ne paraissaient en contradiction avec elles. Albarran et Legueu ont montré que la coudure, d'abord non oblitérante, le devient quand des brides fixent l'uretère. Cliniquement on est d'accord pour reconnaître que l'hydronéphrose intermittente du rein mobile existe réellement; depuis les cas de Guyon (1889) où la néphropexie suffit à donner la guérison, cette opinion s'est confirmée.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — A Keppler (1879) remontent les opérations du rein mobile, mais surtout avec Hahn (1881), qui fit la première néphrorraphie, commence le traitement chirurgical de cette affection. La néphrectomie qu'avait faite Keppler a vu restreindre encore plus ses indications à mesure que les opérations autoplastiques étaient pratiquées.

A. INDICATIONS OPÉRATOIRES SUIVANT LES FORMES DU REIN MOBILE. — Souvent silencieux, le rein mobile s'accuse par trois ordres principaux de symptômes : douleur, troubles névropathiques, troubles dyspeptiques, associés souvent, mais avec des prédominances pouvant légitimer d'être classés en trois formes.

Le rein mobile est simple quand ses accidents sont presque exclusivement rénaux, il est à peu près justiciable d'un traitement opératoire; il est dit compliqué quand d'autres organes sont atteints (entéroptose, splanchnoptose), et, dans ce cas, n'est pas opéré d'ordinaire.

1° Forme dyspeptique du rein mobile. — Les troubles digestifs sont :

a. *Mécaniques* (rares), obstruction intestinale, ictère, lithiase biliaire; et dus à la compression exercée par le rein : ils indiquent l'opération;

b. *Nerveux* (très fréquents), dyspepsie atonique, dilatation de l'estomac, constipation, etc.;

c. *Dus à l'entéroptose :* c'est alors le tableau de l'entéroptose d'où, semble-t-il, tout traitement chirurgical doit être écarté. Pourtant il est des cas (Bazy) où la néphroptose jouant un rôle essentiel dans la genèse de cette cachexie néphroptosique l'opération est utile.

D'une manière générale, la forme dyspeptique du rein mobile donne des résultats opératoires médiocres; avant d'intervenir, il faudra épuiser toute la série des moyens orthopédiques et médicaux, qu'il faudra d'ailleurs encore employer après l'opération.

2° Forme neurasthénique du rein mobile. — Dans cette forme, la plus mauvaise au point de vue opératoire, la néphropexie donne près de la moitié d'insuccès.

Il s'agit d'une nerveuse chez laquelle il sera bon d'explorer l'appareil génital pour ne pas donner au rein ce qui appartient à l'utérus, ou bien il s'agit d'une neurasthénique ou d'une hystérique. Le rôle de la néphroptose peut être important (Potain et Bychoffski, Albarran) et pourtant être méconnu.

Les troubles nerveux sont ou bien antérieurs à la néphroptose et aggravés par elle, ou secondaires et postérieurs à elle. Les résultats opératoires sont aussi incertains que dans l'hystéro-traumatisme; ils sont quelquefois nuisibles; malgré les bons résultats observés quelquefois (Smith), il sera bon d'opérer seulement après que les autres moyens orthopédiques et médicaux auront échoué. Il faudra encore faire des réserves expresses sur les résultats possibles de l'opération.

3° Forme douloureuse du rein mobile. — La forme douloureuse est la plus satisfaisante au point de vue opératoire. Variant depuis une simple gêne jusqu'aux accès de l'étranglement rénal et de l'hydronéphrose intermittente, la douleur est due en majeure partie à une crise de rétention. La néphropexie y donne 80 p. 100 de guérisons. Il faut faire le diagnostic avec toutes les autres causes de névralgie du rein, des organes voisins, de l'état général, reconnaître l'influence de la fatigue, de la marche, du repos, de la réduction du rein.

Les moyens plus simples réussissent aussi contre cette

forme : le massage et surtout le traitement orthopédique. Tout le monde s'accorde pour conseiller de s'en tenir au traitement orthopédique et de réserver la néphropexie aux échecs de ce traitement. Albarran va plus loin et donne au malade le choix entre la néphropexie et le port à vie d'une ceinture; il fait comme pour la cure radicale des hernies.

La néphropexie n'est pas grave; la mortalité est tombée à 3 p. 100 et même à 1 p. 100. Mais le rein mobile est-il grave? Schilling a trouvé, il est vrai, 14 p. 100 d'albuminurie; l'hématurie a été observée; elle est rare; le rein mobile n'est grave que par ses complications d'étranglement ou d'hydronéphrose; ce sera donc l'apparition et surtout la réapparition de ces accidents qui imposera l'opération. Faute de ces indications, il nous semble préférable de n'opérer que les cas où l'orthopédie a échoué.

4° Reins mobiles avec complications portant sur le rein lui-même. — L'hématurie se guérit par la néphropexie (Guyon, Newmann, Israël, Albarran, Pasteau).

Les tumeurs, lithiase, etc., sont traités comme s'il ne s'agissait pas d'un rein mobile. La pyonéphrose donne des indications qui se rapprochent de celle de l'hydronéphrose, et d'une façon générale comporte ici les opérations conservatrices.

B. Indications opératoires dans l'hydronéphrose du rein mobile. — **1° Intervention chirurgicale dans l'hydronéphrose intermittente.** — Landau (1881) fit la néphrostomie après quatre ponctions. Guyon (1889) guérit ses malades par la néphropexie. Terrier et Baudouin conseillèrent l'opération à froid. Bazy (1893) publie en France la première autoplastie que l'étranger Küster avait déjà pratiquée. Albarran conseille le cathétérisme urétéral que Guyon et lui recommandent en 1897 et 1898 en montrant la valeur sécrétoire des poches de rétention rénale et l'intérêt des opérations conservatrices. Pawlik, Kelly, Albarran, Tuffier, Michon et Pasteau recommandent le cathétérisme urétéral, prélude des opérations conservatrices autoplastiques de Küster, Bazy, Fenger.

2° Le cathétérisme urétéral comme indication dans le traitement du rein mobile. — Dans le traitement de l'hydronéphrose intermittente du rein mobile, les conditions sont favorables au cathétérisme urétéral, puisqu'il n'y a pas d'infection des voies urinaires inférieures. Ce cathétérisme permet de faire le diagnostic de la rétention, de l'état de l'uretère, de la valeur sécrétoire du rein et de son congénère. Il peut suffire à la guérison des cas pris au début (Schwartz et Imbert, Albarran, Michon et Pasteau, Pawlik). Pendant la néphropexie, il permet de repérer facilement l'uretère et de poser les indications d'une autoplastie.

3° Choix de l'opération. — Il faut pouvoir se passer du cathétérisme urétéral et faire son diagnostic par les moyens plus simples : phonendoscopie, palpation (Guyon, Glénard, Israël), recherche des crises, etc., qui permettront d'écarter les kystes de l'abdomen, les affections du foie, etc.

Sauf urgence absolue (anurie), il vaut mieux opérer à froid, en dehors des crises.

L'opération de choix est la fixation du rein par voie lombaire, soit la *néphropexie*, soit la *néphrostomie avec néphropexie*. Après avoir bien exploré tout le rein, son hile, l'uretère, qu'on cathétérisera si possible, par les voies naturelles ou rétrogrades, l'état de l'uretère commandera les opérations conservatrices suivantes :

a. L'*urétérolysorthose* (de Rafin) qui coupe les brides maintenant les flexuosités urétérales, et rétablit sa rectitude;

b. La *section d'un éperon urétéral* (Fenger) simplement ou avec suture respective des deux lèvres de la section (Trendelenburg, Bardenheuer);

c. L'*urétéropyélonéostomie* de Köster, la *pyéloplicature* d'Israël ou le *capitonnage* d'Albarran, s'il reste une poche pyélique, ou encore, dans ce cas, une large anastomose pyélo-urétérale (Bardenheuer) avec ou sans résection de la poche (Albarran);

d. Si on ne peut libérer la partie supérieure de l'uretère, on fera *l'urétéropyélonéostomie* de Bazy, Küster, Bardenheuer, ou l'urétérotomie, ou l'anastomose latérale (Helferich, Albarran).

Ces opérations, longues et délicates, ne seront pratiquées qu'après s'être assuré du bon état général du malade, de l'état du rein opposé et de l'intégrité de la partie inférieure de l'uretère. Elles seront faites à froid, et souvent comme opération secondaire éloignée, surtout quand l'hydronéphrose est infectée.

La *néphrostomie* sera préférée si la lésion est déjà avancée et double, si on croit à un rein unique, ou si on doute du rein opposé; encore si l'état général du malade est insuffisant.

La *néphrectomie* est réservée aux cas anciens où la poche rénale a perdu toute valeur sécrétoire, et à ceux où, l'autre rein étant sein, les autoplasties sont impraticables.

4° Contre-indications aux opérations pour rein mobile. — Elles sont les mêmes que pour toute grande opération. L'albuminurie n'est pas toujours une contre-indication, car Menge (de Leipzig) a publié des cas d'albuminurie transitoire due aux manœuvres d'exploration et disparaissant par le repos. L'état cachectique n'est pas une contre-indication absolue (observations de Bazy), ni l'état nerveux (cas de Smith); mais, d'une façon générale, les formes dyspeptique et neurasthénique peuvent être considérées comme une contre-indication.

5° Conclusions. — Aucune des causes invoquées pour expliquer la pathogénie du rein mobile n'est suffisante si on ne tient pas compte de la prédisposition congénitale et héréditaire.

Les indications opératoires, exceptionnelles dans les formes dyspeptique et neurasthénique, sont plus nettes dans la forme douloureuse que l'on opérera si le traitement orthopédique a échoué.

On opérera de bonne heure les formes accompagnées d'hydronéphrose intermittente, pour éviter ultérieurement la nécessité de faire une longue opération autoplastique.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

D'après M. le docteur J. Laumonier, les préparations d'albumoses n'ont pas les inconvénients des peptones. Par suite des dédoublements moins avancés qu'elles subissent, elles ne contiennent pas de produits toxiques, elles n'ont ni le goût ni l'odeur désagréables des peptones commerciales; elles s'absorbent plus facilement que ces dernières et, enfin, renferment du soufre, aliment nécessaire, alors que les peptones pures n'en présentent pas. Du reste, les expériences d'alimentation artificielle faites comparativement avec des peptones et des albumoses, ont montré la supériorité incontestable de ces dernières.

La somatose, d'après Goldmann, contient 78 p. 100 d'albumose vraie et seulement 2,4 p. 100 de peptone. (*Les nouveaux remèdes*, 8 octobre 1901.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Villard (de Marseille); de MM. les docteurs Ballin (de Lyon) et Eugène Courtaix (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0 263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0 058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs;—***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; —***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate »* / *Phosphate »* / *Sulfate »*	*Sesqui-oxyde de fer......*	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée. maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

EN DÉPOT
à la Pharmacie **LIMOUSIN**
PARIS. 2bis, *rue Blanche*, **PARIS**

ACÉTOPYRINE, Analgésique, Antipyrétique.
HONTHIN, Astringent intestinal.
PETROSULFOL, Sulfoichthyolate d'ammoniaque d'Autriche.
PETROLAN, Nouveau produit dermatologique
SIROP DE KOLA COMPOSÉ HELL, fortifiant, tonique.

EN DÉPOT
à la Pharmacie **SABATIER**
PARIS, *71, Avenue d'Antin*, **PARIS**

CACHETS D'HYDRARGOTINE. Préparation mercurielle, n'agissant pas violemment.

DRAGEES MARIAN

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme*. L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

DÉSINFECTION A DOMICILE

SANS APPAREILS
NI CONCOURS D'ÉTRANGERS
PAR LES

CONES AU FORMADOL

PROCÉDÉ PRATIQUE ET ÉCONOMIQUE

A. PALLIÈRE ET E. MARQUETANT
11, rue Crillon, à Lyon.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX DU FLACON : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Ph^ies.

AIROL

Antiseptique interne et externe; le seul remplaçant avantageusement l'*Iodoforme*. Ne jamais hésiter à l'employer dans tous les cas où l'on aurait recours à l'*Iodoforme*.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des Plaies.
L'AIROL n'irrite pas les Muqueuses.

THIOCOL Roche

Spécifique contre la Tuberculose.

LE THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le Tube digestif.
LE THIOCOL est soluble dans l'eau. n'a pas d'odeur.
LE THIOCOL n'est pas toxique. Il s'emploie sans inconvénients, à doses élevées et longtemps répétées.

VENTE EN GROS : *HERRMANN & BARRIÈRE*, 152, Rue St-Antoine, Paris.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE

CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTE — PARIS 43, R SAINTONGE

EXPOSITION UNIVERSELLE, PARIS 1900 : MÉDAILLE D'OR

Traitement nouveau de la **FURONCULOSE**, des **CLOUS**, de l'**ANTHRAX**, de l'**ACNÉ** et autres **DERMATOSES**, du **DIABÈTE** et de la **DYSPEPSIE** par la

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVÛRE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE

recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS**

Absolument INVARIABLE dans sa COMPOSITION comme dans sa REMARQUABLE EFFICACITÉ

E. DÉJARDIN, Pharmacien-Chimiste de 1re Classe. Ex-Interne et *Fournisseur des Hôpitaux de Paris*, 109, Boul^d Haussmann, Paris.

N° 127. — SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1901. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — La colostomie temporaire dans le rétrécissement inflammatoire du rectum, par MM. Charles Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris, et André Lapointe, ancien aide d'anatomie. — XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, du 21 au 26 octobre 1901, a Paris. Chirurgie générale. — Séance de la Société de chirurgie. — Médecine pratique. Le traitement du cancer par la quinine, d'après M. Valatx. — Revue bibliographique. — Notes de thérapeutique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LA COLOSTOMIE TEMPORAIRE

DANS LE RÉTRÉCISSEMENT INFLAMMATOIRE DU RECTUM

Par MM. Charles Souligoux, chirurgien des hôpitaux, et André Lapointe, ancien aide d'anatomie.

L'extirpation du rectum ne paraît plus constituer aujourd'hui, au moins en France, le traitement de choix des rectites hypertrophiques et sténosantes. L'un de nous (1) a montré, il y a quelques années, combien étaient précaires les résultats éloignés du prétendu traitement radical. Au point de vue de la continence, de la suppression des écoulements, et de la permanence de calibre du rectum reconstitué par abaissement au périnée, l'extirpation n'a fourni ce qu'on lui demandait que dans des cas tout à fait exceptionnels.

L'observation suivante montrera, une fois de plus, ce que peut donner, lorsque la vieille pratique de la dilatation simple a échoué, une thérapeutique conservatrice qui, avec du temps et de la patience, est capable de rendre au rectum un état anatomique et fonctionnel satisfaisant. C'est la mise au repos, l'exclusion du rectum rétréci par la colostomie prolongée, suivie ultérieurement de la dilatation lente et progressive, et de la fermeture de l'anus artificiel.

Observation (2). — Mlle P..., vingt-neuf ans, domestique, vient consulter à l'hôpital de la Charité, en 1895, pour une constipation rebelle à tous les traitements médicaux et dont le début remonte à plusieurs années. Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels au point de vue syphilis ou tuberculose. Rien du côté génital. Fièvre typhoïde grave il y a huit ans.

Deux ans après, la malade commence à souffrir de constipation et à éprouver des douleurs pendant les garde-robes. Malgré différentes médications suivies, la défécation est devenue de plus en plus pénible; et depuis deux ans environ, ténesme intense, écoulements glaireux et purulents abondants par l'anus. Depuis quelques mois, la malade a constaté au niveau de l'orifice anal, la présence de petites tuméfactions qui ont été qualifiées d'hémorroïdes.

On trouve, en effet, trois ou quatre petites saillies condylomateuses presque flasques; pas de fistule. Le doigt s'engage dans un trajet sphinctérien légèrement contracturé, mais néanmoins assez facilement franchissable. A 5 centimètres environ de l'orifice, on arrive sur une bride circulaire, et plus haut, dans un segment plus large, faisant partie de l'ampoule, mais d'une ampoule à parois rèches, dont la muqueuse est recouverte de saillies papilliformes, plutôt que de véritables épaississements en cannelures. Plus haut, à bout de doigt, on a la sensation nette de pénétrer dans un segment plus étroit et moins souple qu'à l'état normal. Il est impossible, même en s'aidant du palper abdominal, d'arriver à une portion de muqueuse saine. Du reste, toute cette exploration est très pénible pour la malade qui ne s'y prête que très difficilement. Le doigt ramène un peu de sang.

A part l'amaigrissement, l'état général n'est pas encore mauvais. Aucune manifestation actuelle de syphilis. Les poumons sont sains. Rien d'appréciable du côté des organes génitaux. En somme, au-dessus d'une bride circulaire siégeant au-dessus du trajet sphinctérien, il y a une rectite proliférante et déjà sténosante. Quelle en est l'origine? Il est possible qu'il y ait eu une valvule congénitale, et que la fièvre typhoïde ait joué un rôle dans la genèse des accidents inflammatoires surajoutés.

On commence par dilater l'anus et on enlève les tuméfactions périanales. La malade améliorée, mais non guérie de sa rectite, quitta l'hôpital au bout de trois semaines.

Deux ans après elle entre à Saint-Louis. Les difficultés de la défécation qui avaient diminué pendant quelques mois, mais sans disparaître, ont repris plus que jamais. Il faut des efforts extrêmement pénibles pour expulser des matières ovillées ou rubanées. Les écoulements par l'anus ont augmenté. La malade a beaucoup maigri et s'est affaiblie. On sent toujours la bride au-dessus du sphincter. Plus haut, couloir étroit que le doigt ne peut franchir; on ne se rend donc pas compte du niveau supérieur des lésions. On essaye la dilatation avec les bougies d'Hégar. Elle est très douloureuse, très mal supportée, et c'est à peine si au bout de cinq à six séances on peut introduire, au prix des plus grandes souffrances, une bougie de 15 millimètres de diamètre. La malade quitta l'hôpital à peine améliorée.

En avril 1899, l'état général et les accidents d'obstruction chronique réclament une prompte solution. Anus iliaque avec éperon le 7 mai. Le 15, on commence à faire par le

(1) Lapointe. *Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum*, Paris 1897, chez Maloine; — Valeur de l'extirpation du rectum appliquée aux rétrécissements inflammatoires, *Presse méd.*, 1898, p. 153.

(2) La malade a été présentée à la Société de chirurgie et a été l'objet d'un rapport de M. Chaput. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 884.)

bout inférieur de l'anus artificiel qui fonctionne bien, des lavages quotidiens à l'eau oxygénée. Amélioration rapide de l'état général. La malade, débarrassée de ses souffrances, engraisse à vue d'œil, et bientôt on peut songer à recalibrer le rectum.

Dans une première séance on sectionne la bride à l'aide d'un bistouri boutonné. Quelques jours après, on essaye de passer par l'anus normal des bougies œsophagiennes cylindroconiques en gomme. Mais une difficulté imprévue se présente : toutes les bougies rencontrent, après un trajet de 10 centimètres environ, un obstacle qu'elles ne peuvent franchir.

On tente alors le cathétérisme de haut en bas, par le bout inférieur de l'anus artificiel, et après quelques tâtonnements, on réussit à introduire une bougie n° 24 (filière Charrière). Le bout sort par l'anus normal. M. Souligoux eut alors l'idée de se servir de la bougie ainsi introduite comme d'un conducteur pour en passer de plus volumineuses. Une bougie fut fixée par son extrémité au talon de la première, à l'aide d'une forte soie. Quatre bougies furent ainsi passées très simplement l'une derrière l'autre.

Cette manœuvre fut répétée régulièrement tous les deux jours, et au bout d'un mois on passait facilement une bougie de 2 centimètres de diamètre. La malade rentra chez elle, et vint se faire dilater régulièrement une fois par semaine, tandis qu'elle continuait à se faire elle-même chaque jour par son anus artificiel des lavages à l'eau oxygénée. On passe maintenant très facilement de longues bougies en gomme aussi grosses que le pouce. Le cathétérisme rétrograde se fait sans douleur, et les écoulements par l'anus ont complètement disparu. La dérivation des matières fut maintenue pendant neuf mois, et devant la persistance du résultat acquis, on se décida à fermer l'anus artificiel. Deux applications d'entérotome suffirent à sectionner l'éperon, et le 12 février 1900, l'intestin fut fermé par entérorraphie latérale, sans ouverture du péritoine.

Le 22 mai, exeat. Depuis cette époque, la malade a continué à s'introduire elle-même par l'anus, deux fois par semaine, des bougies en gomme dont la plus grosse a un diamètre de 2cm5.

Nous l'avons revue le 2 avril 1901, treize mois après le rétablissement du cours normal des matières. La santé générale est parfaite; la malade a retrouvé toute son activité. Elle a chaque jour, dit-elle, une selle aussi grosse que le pouce. Les douleurs de la défécation ont complètement disparu et la suppuration ne s'est pas reproduite. Le doigt sent encore une bride, mais passe facilement.

Ainsi donc, la dérivation prolongée des matières, jointe à la désinfection du segment colo-rectal exclu, a amené la guérison de la rectite. Elle a permis de rendre au rectum un calibre suffisant pour qu'on puisse fermer l'anus artificiel, et le résultat acquis persiste depuis plus d'un an.

Si on en juge par la rareté des documents publiés sur la colostomie temporaire dans le traitement des rectites sténosantes, les faits analogues au nôtre ne doivent pas être fréquents. La fermeture de l'anus artificiel consécutive à la dilatation n'est notée que dans un bien petit nombre d'observations. Allingham (1) en rapporte trois cas, qu'il cite sans aucun détail. Hahn (2), qui fut, en Allemagne, un des plus chauds partisans de la dérivation prolongée des matières dans le rétrécissement dit syphilitique, avait obtenu chez une de ses opérées un résultat si remarquable, qu'il se proposait de refermer l'anus artificiel. Par malheur, la malade mourut d'infection consécutive à une périnéorraphie

(1) Allingham. *Encycl. internat. de chir.*, 1886, t. VI, p. 612.
(2) Hahn. *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, t. XXIX, p. 395, Obs. I.

avant que Hahn ait pu réaliser son projet. Pour la première fois, en France, Le Dentu (1) insista en 1890, à l'occasion d'un cas de sa pratique, sur la possibilité de rétablir le cours normal de l'intestin, quand les lésions sont guéries et le rectum suffisamment calibré. Deux ans après, Thiem (2) présentait au Congrès de Berlin une femme à laquelle il n'avait pas voulu pratiquer l'extirpation de son rétrécissement : la dérivation des matières combinée aux lavages du rectum guérit la rectite, la dilatation rétablit le calibre, et l'intestin fut refermé. L'un de nous (3) a rapporté, il y a quelques années, l'observation d'une malade traitée de la même façon. Jusqu'à sa mort, qui survint deux ans plus tard par tuberculose pulmonaire (4), elle avait conservé un calibre rectal suffisant et n'avait plus souffert de sa rectite.

La rareté des sténoses inflammatoires du rectum n'est pas telle que nous ne devions chercher ailleurs le pourquoi de ce petit nombre d'observations. C'est qu'à l'ordinaire, on n'a guère considéré la dérivation des matières que comme une ressource ultime, un pis aller acceptable à regret, à défaut de dilatation possible ou d'extirpation praticable. Et quand on s'y résigne, c'est bien sans doute avec l'espoir d'atténuer la rectite, de favoriser la cicatrisation des surfaces ulcérées. Mais on n'entrevoit presque jamais la possibilité de recalibrer le rectum rétréci, et si on parle de colostomie temporaire, c'est de la fermeture de l'anus artificiel consécutive à l'extirpation secondaire qu'il est question. Telle est l'opinon émise par Quénu et Hartmann (5), dans une note de leur remarquable étude sur les rétrécissements du rectum : si la colostomie, disent-ils, amenait la guérison complète de la rectite, on pourrait extirper le rétrécissement, puis, fermant l'anus artificiel, rétablir le cours normal des matières. Forgue (6) pense de même qu'à titre d'opération préliminaire, la colostomie laisse le champ ouvert à l'excision ultérieure, quand le bout inférieur aura été assaini, quand les lésions se seront circonscrites.

L'extirpation secondaire à la colostomie serait, en effet, tout à fait séduisante, s'il était possible de fermer dans la suite l'anus artificiel. On ne voit pas bien le but de cette suppression du rectum rétréci qui ne serait pas guidée par l'espoir de reconstituer un anus périnéal et de supprimer l'anus iliaque. Si Berger et Quénu (7) ont publié un cas de rétrécissement inflammatoire enlevé avec succès par voie abdomino-périnéale, et s'ils ont condamné sans espoir leur malade à l'anus iliaque définitif, il ne faut pas perdre de vue qu'ils croyaient opérer pour cancer. Par contre, Navarro (8) n'a pas hésité à pratiquer, de propos délibéré, cette grave intervention dans trois cas de rectite sténosante : un des opérés est mort quatre jours après, et il nous paraît bien difficile d'admettre, comme le chirurgien de Montévidéo, que l'opération n'a pas été pour quelque chose dans ce décès post-opératoire. Quoi qu'il en soit, et quelles que soient, d'autre part, les qualités de l'anus iliaque définitif

(1) Le Dentu. *Médecine mod.*, 6 mars 1890.
(2) Thiem. *Verhandl. der deuts. Gesellsch. f. Chir.*, 1892, p. 46.
(3) Lapointe. *Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum*, p. 199, Obs. XIII.
(4) L'examen microscopique des parois rectales n'y a révélé que des altérations d'inflammation chronique, qui n'ont pas permis d'établir le diagnostic histologique de tuberculose.
(5) Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, p. 333, note 1.
(6) Forgue. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 875.
(7) Berger et Quénu. *Association française de chirurgie*, 1897, p. 586.
(8) Novarro. Traitement des rectites sténosantes, *Revue de chir.*, 1901, p. 722.

dont il a gratifié nécessairement les deux femmes qui ont survécu à l'extirpation abdomino-périnéale qu'il leur a pratiquée d'emblée, on conviendra qu'il y a mieux que d'avoir un anus artificiel, aussi parfait qu'on voudra, c'est de n'en pas avoir du tout! N'avons-nous pas le droit de nous demander si l'exclusion prolongée du rectum n'aurait pas permis de lui rendre ultérieurement son calibre par la dilatation et de fermer l'anus artificiel? Admettons, ce qui n'est pas, qu'il eût été possible d'affirmer, avant tout essai, que la sténose résisterait à toutes les tentatives de dilatation postérieure à la colostomie : celle-ci n'en aurait pas moins guéri la rectite, débarrassé les malades des accidents mécaniques créés par l'obstacle à la défécation, et nous ne voyons pas où réside le bénéfice supplémentaire important qu'a fourni la suppression du rectum, surtout par voie abdomino-périnéale, en comparaison des risques courus. Le résultat le plus clair, c'est le renoncement d'emblée à tout espoir de colostomie temporaire!

En réalité, les indications thérapeutiques de l'inflammation ne sont pas celles du cancer, et quand on fait l'anus artificiel pour un rétrécissement, l'extirpation secondaire du segment rétréci ne s'impose pas avec l'autorité d'une indication vitale. Elle ne se conçoit, à notre avis, qu'à la condition expresse qu'on pourra remplacer l'anus artificiel par un anus périnéal fonctionnant bien.

Or, il est assez singulier que la fermeture de l'anus préliminaire, quelquefois réalisée après l'ablation du rectum cancéreux, n'ait encore jamais pu l'être, du moins à notre connaissance, après l'extirpation du rectum rétréci par l'inflammation. Körte (1) pourtant l'aurait tentée dans un cas : il fut contraint, après récidive du rétrécissement, de faire une rectotomie postérieure, ce qui ne peut compter pour un succès. On conçoit, du reste, que les suites éloignées de l'extirpation du rectum pour sténose inflammatoire, au point de vue de la permanence de calibre du segment intestinal suturé à la marge de l'anus, ne soient pas absolument les mêmes que pour cancer. Les rétrécissements traités par l'extirpation étaient presque toujours des cas anciens, et la périrectite avait, dans la diminution du calibre, une part pour le moins aussi importante que les altérations pariétales. Dans ces conditions, le rectum isolé à grand'peine de la gangue scléreuse qui l'entourait s'est trouvé abaissé dans un couloir de tissus rétractiles tout prêts à reconstituer la sténose. Ces conditions anatomo-pathologiques défavorables n'existent pas au même degré dans le cancer qui respecte, au moins pour un temps, les espaces décollables et les plans de clivage. Aussi, pour que l'extirpation des rétrécissements inflammatoires donnât de bons résultats, il faudrait la pratiquer, comme l'a écrit Pierre Delbet (2), alors que les lésions sont très peu étendues en surface et en profondeur. C'est absolument exact. Mais précisément ces cas, particulièrement favorables, ne trouvent-ils pas dans la dilatation un palliatif suffisant? Si la dilatation simple est mal supportée à cause de la rectite, ces mêmes cas à lésions superficielles constitueront le triomphe de la colostomie préliminaire à la dilatation. L'extirpation précoce d'un rétrécissement encore dilatable nous paraît donc difficile à soutenir.

On n'est pas assez convaincu jusqu'alors de la puissance de la dérivation des matières et de l'exclusion prolongée du rectum sur les altérations pariétales qui préparent la sténose et assurent ses progrès continus. En supprimant la rectite, elle atténue le spasme et permet de lutter avec succès par la dilatation contre la rétraction des tissus. Ce n'est là que l'application au rectum d'une pratique qui a déjà fait souvent ses preuves à l'autre extrémité du tube digestif. Nous voulons parler de l'exclusion temporaire de l'œsophage réalisée par la gastrostomie. Il serait facile de réunir plus de cinquante observations où la fistulisation de l'estomac a permis, soit par la bouche, soit par la fistule gastrique, la dilation ultérieure d'un rétrécissement primitivement infranchissable ou rebelle à la dilatation. Comme la gastrostomie, la colostomie crée un nouveau moyen d'action sur la sténose, en rendant possible la dilatation rétrograde. De même que l'œsophage s'est montré parfois plus facilement perméable aux instruments dilatateurs introduits par la bouche gastrique, de même dans certains cas le cathétérisme rectal pourra être utilement pratiqué par le bout inférieur de l'anus artificiel, en particulier si le rétrécissement remonte très haut. Ajoutons que dans notre cas la colostomie a permis de recourir à un procédé assez intéressant. La première bougie, introduite par en haut, fut attirée par l'anus normal et entraîna derrière elle une série de bougies plus grosses, fixées les unes aux autres. Ce véritable *cathétérisme à la suite* n'est pas le seul artifice rendu possible par la colostomie. Si la dilatation avait été trop lente, nous nous proposions de recourir à un moyen employé à l'œsophage par von Hacker. Connue en Allemagne sous le nom de « cathétérisme sans fin » (Sondirùng ohne Ende), la manœuvre de von Hacker consiste à placer temporairement à demeure dans la sténose un drain de caoutchouc armé d'un fil à ses deux extrémités. Introduit à frottement à l'aide de ses fils conducteurs, le drain fait effort par sa propre élasticité contre les parois du rétrécissement.

En définitive, le chirurgien peut compter, croyons-nous, sur un résultat favorable en appliquant au rectum une méthode thérapeutique depuis longtemps suivie à l'œsophage. Puisque l'extirpation dépasse le but si on la fait précoce, et donne de mauvais résultats si on la fait tardive, tous les efforts du traitement doivent tendre à restaurer le calibre du rectum rétréci, plutôt qu'à le supprimer; ce n'est pas à l'extirpation que la colostomie doit préparer le champ, mais bien à la dilatation.

Sans doute, il serait illusoire d'espérer que toutes les sténoses rectales seront désormais dilatables lorsque la dérivation des matières et le traitement local auront amené la guérison de la rectite. Il y aura toujours, cela va sans dire, de vieux rétrécissements scléreux, rebelles à tous les moyens de dilatation. Pour ceux-là, l'anus artificiel définitif restera le moins mauvais des palliatifs. La colostomie n'en étend pas moins dans une large mesure nos moyens d'action, et les insuccès diminueront, quand chirurgiens et malades, convaincus de la possibilité de refermer l'intestin, cesseront de considérer l'anus artificiel comme un traitement désespéré. Mais tant qu'on aura recours trop tard à ce moyen efficace, l'espoir de rendre un calibre suffisant au segment rectal exclu, ne pourra se réaliser : au rectum comme à l'œsophage, la dérivation doit être précoce, si on veut que l'exclusion soit temporaire.

C'est dans cette voie qu'il faut chercher la guérison des rétrécissements du rectum, et les quelques succès que nous rapportons ici, si peu nombreux qu'ils soient, nous ont paru

(1) D'après Quénu et Hartmann. Loc. cit., p. 338, note 1.

(2) Pierre Delbet. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII, p. 446.

assez encourageants pour attirer l'attention sur une méthode thérapeutique qui ne nous semble pas avoir eu jusqu'alors le rang qu'elle mérite.

XIV[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

La séance de mardi débute par des questions de chirurgie générale.

M. J. Reverdin (de Genève) a observé et opéré un petit **épithélioma calcifié** de la nuque ; cet épithélioma a récidivé, c'est le deuxième exemple publié. D'ordinaire ces petites tumeurs, qui paraissent dépendre d'inclusions ectodermiques embryonnaires, sont essentiellement bénignes.

M. Moty étudie une forme d'**infection purulente atténuée** qu'il appelle staphylémie subaiguë.

Avec M. Tuffier nous restons dans la chirurgie générale à propos de l'**hémodiagnostic et du cytodiagnostic en chirurgie**. C'est encore à l'heure actuelle une question bien embrouillée et qui est loin d'être mise au point. On le reconnaît sans peine aux efforts que fait l'orateur pour être clair. Les résultats sont encore bien contradictoires et, dans l'espèce, le chirurgien incompétent ne peut être que le porte-parole de l'homme de laboratoire, qui examine, observe et interprète. La solution définitive n'est pas encore trouvée, mais le problème est intéressant.

M. Villar (de Bordeaux) est partisan convaincu de la **rachicocaïnisation**. Il l'a pratiquée 76 fois. Il a eu trois morts pendant la durée de l'opération. Bien que l'explication donnée décharge la cocaïne lombaire de cette mortalité, 3 cas de mort rapide sur 76 anesthésies ont paru à l'assemblée une proportion anormale.

M. Garnier développe devant le Congrès ce qu'il appelle la **technique rationnelle de la rachicocaïnisation**. C'est la répétition du procédé que l'auteur a fait connaître à la Société de chirurgie.

Les défenses de la cocaïne ont amené à la tribune M. Peraire, qui trouve que la **chloroformisation à doses faibles et continues** est une bonne et excellente méthode qui lui a donné un cas de mort sur 2000 anesthésies et encore, dans ce cas, le chloroforme n'est peut-être pas coupable, car la mort est survenue une demi-heure après la fin de l'opération.

M. Letoux (de Vannes) est un fervent du **sérum antitétanique**. 4 cas d'injection intra-cérébrale, 4 guérisons. C'est une belle série, qui tranche singulièrement avec les mauvais résultats que donne cette injection entre les mains des autres chirurgiens.

On sait que l'**inclusion de vaseline dans les tissus** a été préconisée dans un but esthétique ou utilitaire. M. Delangre (de Tournai) a pratiqué 17 fois ces injections de vaseline : dans 3 cas, il y a eu suppuration ; 4 fois, il a fallu refaire de nouvelles injections, pour rétablir les premiers résultats. Dans les autres cas, les résultats se sont maintenus, notamment dans 2 cas de castration où le testicule enlevé avait été remplacé par un bloc de vaseline !

Avec M. Dewèvre (de Dunkerque), nous sommes dans la chirurgie régionale. La **piqûre de la vive** aurait une action élective sur le tissu osseux, occasionnant des nécroses avec éliminations ultérieures des os mortifiés. De là, dit notre confrère, l'indication d'intervenir hâtivement, en débridant largement au point de pénétration du venin.

Ici se termine la série des communications sur la chirurgie générale. *(A suivre.)*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(30 octobre 1901)

Il est une opération, sinon nouvelle du moins renouvelée, qui depuis quelque temps fait assez parler d'elle, c'est la **prostatectomie périnéale**. M. Albarran était mieux placé que personne pour faire connaître actuellement l'état de la question ; c'est ce qu'il a fait dans cette séance. Il ressort tout d'abord de la communication de M. Albarran ce fait important que la prostatectomie périnéale n'est pas une opération aussi dangereuse qu'on pourrait le croire ; M. Albarran l'a pratiquée seize fois et il n'a pas eu un seul cas de mort. Les résultats immédiats ont été, dans tous les cas, toujours très satisfaisants, c'est-à-dire que ces malades qui vidaient très difficilement leur vessie et qui étaient obligés, pour la plupart, de recourir à la sonde, ont tous, après l'opération, uriné fort convenablement. Ces résultats se maintiendront-ils? C'est ce que l'avenir nous apprendra. C'est, en tous cas, ce dont doute fort M. Bazy qui est loin de partager l'enthousiasme que semble susciter la prostatectomie périnéale dans l'esprit de plusieurs chirurgiens. Les opérations faites par M. Albarran datent de trop peu de temps pour qu'on puisse juger leurs résultats définitifs. Il est à craindre, selon M. Bazy, que la prostatectomie périnéale ne donne que des résultats momentanés, comme l'ont fait la castration, la résection du canal déférent, opérations abandonnées aujourd'hui.

M. Albarran répond à M. Bazy que sa première opération date de dix-huit mois, ce qui compte déjà. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que les résultats immédiats sont très satisfaisants, que ce n'est pas une opération dangereuse et qu'enfin il y a lieu d'espérer que ces bons résultats se maintiendront puisque la prostatectomie périnéale supprime l'obstacle mécanique à la miction.

M. Routier est un peu de l'avis de M. Bazy ; il se sent peu d'enthousiasme pour la prostatectomie, doute de ses résultats définitifs et craint bien qu'elle n'aille rejoindre, dans les archives de la chirurgie, la castration et la résection du canal déférent.

La discussion se poursuit ainsi, M. Bazy ne voulant pas accepter le terme de « résultats thérapeutiques » employé par M. Albarran en parlant de cette opération, M. Albarran, au contraire, maintenant ses assertions sur ses bons résultats.

M. Walther fait un rapport sur une observation adressée par M. Brossard (du Caire). Il s'agit d'une **luxation traumatique de l'astragale** qui existait depuis plus d'un mois chez une femme de quarante et un ans qui avait été victime d'un accident de voiture. M. Brossard fit l'extirpation de l'astragale et il remarqua, l'astragale enlevé, qu'il y manquait un petit fragment. Il constata que ce petit fragment était resté sur la malade. Il l'y laissa. Les résultats immédiats de l'opération et le résultat fonctionnel furent excellents. M. Brossard a accompagné cette observation de radiographies, de moulages, d'empreintes plantaires et de la pièce même qui a été enlevée. Il attribue un rôle considérable au fragment de l'astragale laissé en place dans la reproduction osseuse et le bon résultat définitif. M. le rapporteur croit que c'est là une opinion tout au moins exagérée.

MM. Quénu, Berger et Kirmisson sont absolument de l'avis du rapporteur.

Suit un rapport de M. Lejars sur une observation d'œsophagotomie externe pratiquée par M. Sébileau sur une petite fille qui portait un sou dans son œsophage depuis vingt jours. Le corps étranger commençait à comprimer la trachée, il fallait intervenir. C'est ce que fit fort heureusement M. Sébileau. Mais il rencontra quelques difficultés. La carotide primitive l'a beaucoup gêné. En outre, il n'a pu complètement fermer la plaie; il a dû placer une sonde par le nez et faire nourrir l'enfant pendant quelque temps par cette sonde. Enfin, tout s'est bien passé et l'enfant a parfaitement guéri.

Parmi les présentations, signalons: 1° un cas d'**adéno-lipomatose** présenté par M. Mauclaire; 2° un soldat qui avait reçu une balle dans le poumon à Tien-tsin; la balle a pu être retirée grâce aux renseignements fournis par la radiographie. C'est M. Mignon qui a procédé à l'extraction de cette balle; c'est M. Loison qui a présenté le soldat guéri à la Société.

M. Richelot fait connaître un petit procédé imaginé par M. Aug. Reverdin (de Genève), pour faciliter l'extraction des fils d'une suture abdominale ou autre.

Enfin, M. Legueu présente un nouveau stérilisateur.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du cancer par la quinine.

D'après M. C. VALATX (1).

La quinine peut être administrée à l'intérieur, en cas de cancer, soit par la voie buccale, c'est la méthode de Jaboulay (2), soit par la voie sous-cutanée, c'est la méthode décrite par M. Valatx.

L'administration buccale permet aux malades de se soigner eux-mêmes, mais elle présente souvent l'inconvénient d'amener de graves accidents d'intolérance. Au contraire, la quinine absorbée par la voie sous-cutanée est toujours parfaitement tolérée. Les piqûres sont faites sur la face antéro-externe de la cuisse. La peau est nettoyée au sublimé et à l'éther; la seringue et l'aiguille sont bouillies. La solution de quinine, stérilisée, est hermétiquement close dans une ampoule de verre contenant exactement la quantité nécessaire à une seule injection. Après avoir formé un pli cutané avec le pouce et l'index gauche, on enfonce l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané. La piqûre est peu douloureuse. C'est lorsqu'on pousse le liquide dans le tissu sous-dermique que la douleur est parfois assez vive; mais elle cesse en même temps que la pénétration du liquide sous la peau. On retire vivement l'aiguille en comprimant la peau avec l'index gauche et on met sur la piqûre une goutte de collodion. En suivant cette méthode, on n'a jamais d'abcès. Ces piqûres sont faites pendant dix jours consécutifs, on les suspend dix jours, puis on recommence une nouvelle série. La piqûre peut contenir, *pro die*, de 0g15 à 0g30 ou 0g50 par jour. Le sel employé est le bromhydrate de quinine qui est parfaitement soluble. Cette méthode a sur celle de l'administration buccale l'immense avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet à la quinine de conserver toute sa puissance et de rendre aux malades l'appétit qu'ils ont presque toujours perdu.

Des observations publiées par M. Valatx, il résulte que, sous l'influence de cette médication, tous les symptômes que présentent les malades se sont rapidement amendés, mais que la lésion elle-même ne rétrocède pas, à proprement parler. Elle se nettoie, se déterge, donne lieu à des écoulements bien moins abondants et moins fétides, mais elle ne rétrocède pas et continue à progresser, quoique plus lentement.

Comment agit la quinine dans ce cas? Ce médicament possède, comme on sait, une valeur antiseptique extrême: elle exerce sur les organismes inférieurs une action toxique des plus énergiques; de plus, elle ralentit considérablement les combustions organiques, elle détermine une vaso-constriction générale, elle est antithermique.

D'autre part, les leucocytes possèdent, comme on sait, la fonction phagocytaire. Cette fonction s'accomplit au moyen des ferments — les cytases ou alexines — qui permettent la digestion des substances étrangères par les leucocytes; elle n'est possible que si les phagocytes peuvent arriver au contact des corps étrangers, autrement dit que si la chimiotaxie de ces corps n'est pas négative.

Ceci étant posé, comment agit la quinine? M. Jaboulay pense que la quinine agit par son action antiseptique, M. Vincent estime que l'action atrophiante de la quinine est due à l'excitation des éléments musculaires lisses des petits vaisseaux, excitation qui a pour résultat d' « affamer » la tumeur; M. Lépine admet l'action antiseptique de la quinine, mais suppose de plus que cette substance agit en diminuant la quantité des sucs plasmatiques. En somme, pour un certain nombre d'auteurs, le parasite du cancer est sinon détruit définitivement, du moins affaibli et diminué dans sa virulence sous l'action de la quinine.

Il est rationnel de penser de plus que la quinine joue par elle-même un rôle chimiotaxique positif, qu'elle favorise la diapédèse et augmente ainsi la phagocytose. Quoi qu'il en soit, la quinine améliorant l'état général, diminuant les douleurs, retardant l'évolution de la maladie, constitue actuellement, d'après M. Valatx, notre meilleur traitement médical du cancer.

L. B.

(1) Th. de Paris, 1901.

(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 93, p. 895.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies de l'orientation et de l'équilibre (1),

par le professeur GRASSET.

La fonction complexe de l'orientation et de l'équilibre ne peut être étudiée qu'avec les cas cliniques et par la méthode anatomo-clinique, car l'expérimentation chez les animaux ne suffit plus pour les fonctions élevées du système nerveux et la maladie est la seule source d'expérimentation chez l'homme. L'auteur expose donc au préalable les matériaux de son étude, c'est-à-dire vingt observations de maladies diverses avec troubles variés du sens de l'orientation et de l'équilibre. Vient ensuite la schématisation des voies anatomiques de ce sens, voies médullaires et voies sensorielles centripètes (sous-polygonales de l'auteur), centres mésocéphaliques et cérébelleux (polygone de l'auteur), enfin voies encéphaliques (sus-polygonales), ainsi s'établit deux centres l'un inférieur, c'est le polygone de l'orientation et de l'équilibre automatique, l'autre supérieur cortical le polygone de l'automatisme psychologique. Après cet exposé anatomique, on peut aborder avec facilité les altérations de la fonction d'orientation et d'équilibre. C'est là l'objet de recherches remarquables de l'auteur sur des points laissés toujours dans l'ombre par les traités classiques. Nous nous contenterons de signaler une analyse des plus

(1) In-8°, cart. (Biblioth. scient. internat.). Prix: 6 francs. — Paris, Alcan.

fines du sens musculaire, de la notion de position des membres, des sensations de résistance, des mouvements passifs et actifs, une analyse et une classification des vertiges que l'auteur définit un phénomène subjectif psychique, constitué par la transmission au centre cortical d'une double sensation polygonale, sensation fausse venant de l'appareil d'orientation et sensation de l'insuffisance du polygone à assurer l'équilibre. C'est ainsi que l'auteur s'est efforcé d'expliquer et d'analyser les symptômes nombreux et variés que l'on rencontre au lit du malade. On peut dire qu'il a écrit un chapitre de neuropathologie et de neuroséméiologie qui, intéressera tous les médecins, car la clarté et la précision du style leur permettront de se reconnaître dans ces questions délicates aussi bien d'anatomie que d'analyse psychologique.

R. CESTAN.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur J. Laumonier déclare que la somatose est indiquée chez les dyspeptiques par insuffisance fonctionnelle, chez les anémiés anorectiques, chez les fébricitants, particulièrement dans la fièvre typhoïde, chez les tuberculeux, les hystériques et les syphilitiques, à la phase de dénutrition ; chez les chlorotiques, l'administration de la somatose fait disparaître les troubles de la menstruation, la céphalée, les vertiges, etc. Enfin, ce produit paraît être un galactogène très actif. Donné aux nourrices qui manquent de lait, ou chez lesquelles la lactation ne s'accomplit pas normalement, il augmente ou rétablit la sécrétion lactée, soit qu'il agisse, comme le croit Drews, sur le tissu glandulaire de la mamelle, soit qu'il active, comme le pense Joachim, la nutrition générale. D'ailleurs, on a constaté que la somatose augmente le nombre des hématies et relève le taux de l'hémoglobine. Chez les petits enfants, à l'époque du sevrage et chez les petits atrophiques, cette albumose donne d'assez bons résultats, et est toujours bien supportée, en raison de son insipidité. (*Les Nouveaux Remèdes*, 8 octobre 1901.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 11 AU 16 NOVEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 11 NOVEMBRE, à une heure. — 2e : MM Retterer, Gley et Broca (André) ; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Delens; — (2e série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Bezançon et Legry ; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 12 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Launois.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Joffroy, Charrin et Thiroloix ; — (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Berger, Schwartz et Bonnaire; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, de Lapersonne et Quénu ; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Achard et Renon ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Dupré et Jeanselme ; — M. Auvray, suppléant.

MERCREDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Legueu.

1er (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM. Richet, Jalaguier iRetterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Reclus, Cuneo et Potocki ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 14 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : MM. Cornil, Thiéry et Langlois.

3e (oral 1re partie, ancien régime) : MM. Budin, Pozzi et Schwartz ; — (2e partie) : MM. Méry, Charrin et Vaquez ; — (nouveau régime) : MM. Raymond, Chantemesse et Rénon.

4e : MM. Proust, Thoinot et Richaud ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 15 NOVEMBRE, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Broca (Aug.) — (2e partie) : MM. Brissaud, Netter et Gaucher ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Guiart, suppléant.

SAMEDI 16 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Gouget et Guiart.

2e (2e partie) : MM. Rémy, Langlois et Desgrez ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Debove, Achard et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Raymond, Widal et Méry ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. E. Aubaret. M. Louis Rocher est nommé prosecteur-adjoint.

Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de M. Trouilleur, Mlle Monod, MM. Monod, Berret, Bourret, Lemoine, Bosquette, Tournade, Douvre, Rousseau, Dumas (Antoine), Aurenche, Dumas (Joseph), Frantz, Beaudot, Nicolas, Regnault, Flaissier, Papadopoulo, Drevon, Challier, Jeannin, Laugier, De Giovanni, Drey, Gallet, Rigal, Pitre, Rondot, Voiturier, Barberousse, Billet, Thévenet, Mallet, Savolle, Fourcade, Tartanson, Charasse, Gailleton, Brive, Cremadells, Purseigle, Trenel, Debauge, Chèze, Fayard, Maréchet.

Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Fournier, Azéma, Mazoyer, Joffre et Ricard, comme titulaires, et Deguiral, Ancian et Molinery, comme provisoires.

Université de Lille. — M. Drucbert est nommé chef de clinique chirurgicale.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 43e semaine, 862 décès, au lieu de 890 pendant la semaine précédente et de 830, moyenne des semaines d'octobre.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès, chiffre supérieur à celui des semaines précédentes (6 pendant la précédente) et à peu près égal à celui de la moyenne (10). Mais le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a diminué (60 au lieu de 65 pendant la semaine précédente. La variole a causé 3 décès, au lieu de 5 la semaine précédente (moyenne 2) ; le nombre des cas nouveaux est en diminution (23 au lieu de 33). La rougeole, toujours très rare en cette saison, a causé 5 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2). La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la 42e semaine (moyenne 2) ; la coqueluche 3, au lieu de 1 (la moyenne est 5). La diphtérie, en augmentation depuis 4 semaines, a causé 19 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a augmenté (107 au lieu de 94, 82 et 52 pendant les semaines précédentes).

La diarrhée a causé 28 décès de 0 à 1 an, au lieu de 32 pendant la 42e semaine (moyenne 41). De plus, on a signalé 2 décès d'enfants de 1 à 2 ans et 3 décès d'adultes par diarrhée.

En outre, 33 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 92 décès, au lieu de 90 pendant la semaine précédente et au lieu de 106, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de

la moyenne 9); bronchite chronique, 20 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 17 (au lieu de la moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 48 (au lieu de la moyenne 59), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 219 décès ; la méningite tuberculeuse, 18 décès ; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès; les maladies organiques du cœur, 61 ; le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 17; la néphrite, 17; enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

La lutte contre la tuberculose. — Le ministre de la Marine adresse à différents chefs de service de son département une lettre dans laquelle il insiste sur diverses mesures à prendre contre la propagation de la tuberculose. Il félicite les chefs de service qui ont déjà pris l'initiative de semblables mesures.

Les sensations d'un électrocuté. — L'exécution de Czolgosz, qui a eu lieu le 29 cotobre, remet en discussion les inconvénients et les avantages de l'électrocution.

A ce propos, le *Gaulois* rappelle un curieux témoignage, celui de M. André Broca, agrégé de physique à la Faculté de médecine, qui fut électrocuté, dans son laboratoire, il y a quelques années, au moment où il étudiait des courants de haute fréquence.

M. Broca essaya de crier : « Coupez le circuit ! » Sa bouche ne rendit qu'un cri rauque; alors, le professeur perdit la sensation de l'existence de ses mains et de ses bras; il éprouva une perturbation de la notion de la verticale et de la notion des couleurs. Puis il s'évanouit.

Fort heureusement, un préparateur s'aperçut de l'accident, coupa le circuit et releva M. Broca, qui reprit peu à peu ses esprits, n'ayant conservé, dit-il, le souvenir d'aucune douleur. Seulement, il constata que ses bras étaient complètement paralysés, et ses mains glacées. Vingt secondes plus tard, M. Broca était perdu.

Hôpital des Enfants-Malades. — Des conférences de clinique infantile, par le docteur G. Variot, commenceront le mardi 5 novembre, à dix heures et demie, salle Gillette, et continueront chaque mardi, à la même heure.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale des aliénés, reprendra la série de ses conférences cliniques de psychiatrie médico-légale, le vendredi 8 novembre, à une heure et demie, et les continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à la même heure.

MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent, dès maintenant, se faire inscrire au secrétariat de l'infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge.

Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un certificat de stage médico-légal psychiatrique est régulièrement délivré.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 128. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 7 NOVEMBRE 1901. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. : 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LES NÉVRITES PROFESSIONNELLES, d'après Mme BARAKS, née DOÏLIDSKY. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS. Chirurgie du crâne. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LES NÉVRITES PROFESSIONNELLES

D'après Mme BARAKS, née DOÏLIDSKY (1).

La question des névrites professionnelles, malgré tout l'intérêt qu'elle présente au point de vue de l'hygiène, n'a pas encore été étudiée dans son ensemble. Et cependant « c'est seulement d'une étude d'ensemble que l'on pourra déduire les règles et les précautions à prendre pour éviter autant que possible l'inaptitude au travail, et, par conséquent, la gêne et même la misère qu'entraîne souvent après soi la nécessité d'interrompre, pour un temps plus ou moins long, le travail accoutumé et parfois même de changer de profession ». Aussi est-il indispensable au médecin et à l'hygiéniste de bien connaître les névrites professionnelles.

C'est W. Zenker qui attira le premier l'attention sur une affection particulière observée chez des houeuses qui travaillent à genoux. La communication de Zenker ne tarda pas à être suivie d'un grand nombre de travaux se rapportant à des névrites professionnelles variées. Bruns, Düms, Zander, etc., décrivent la paralysie des tambours; Gerhardt et Rieder, la paralysie des porteurs de briques, Daun, celle des cigarières, Möbius celle des joueurs de cithare. Berhardt, Remak et Flatau, dans le grand Traité de médecine de Nothnagel, donnent la description la plus complète de la plupart des névrites professionnelles. Les travaux français et anglais complètent l'étude de ces névrites et contribuent à montrer la multiplicité et la variabilité extrême des formes cliniques qui, au fur et à mesure que l'on avance, se dégagent de plus en plus de l'homogénéité du début.

Au premier rang des *conditions étiologiques* qui favorisent le développement des névrites professionnelles, il faut placer la prédisposition. Bien qu'il soit assez difficile de la définir nettement, elle existe certainement : n'est pas atteint de névrite professionnelle toute personne qui le voudra ; il faut, de toute nécessité, que les nerfs et peut-être même les centres nerveux, pour une cause ou une autre (hérédité, alcoolisme, etc.), soient devenus moins résistants. C'est alors seulement qu'ils réagiront pathologiquement à des influences ne dépassant peut-être pas la mesure normale.

(1) Th. de Paris, 1901.

Exceptionnelles aux âges extrêmes de la vie, les névrites professionnelles s'observent surtout entre vingt et un et trente-cinq ans. Elles prédominent chez l'homme, encore que l'on puisse les observer dans un certain nombre de professions féminines (houeuses, couturières, blanchisseuses, cuisinières, femmes de ménage, nourrices, bonnes d'enfants, cigarières, piqueuses, etc.). Elles se rencontrent, le plus souvent, chez des ouvriers adonnés à des travaux de force qui provoquent rapidement le surmenage des muscles employés (forgerons, charpentiers, menuisiers, laboureurs, facteurs de pianos, portefaix, terrassiers, faucheurs, etc.), et aussi chez les ouvriers qui s'occupent de métiers de précision et sont, par suite, obligés, soit de prendre une attitude spéciale soumettant sans cesse des nerfs et des muscles déterminés à des heurts et à des compressions répétées et prolongées (tailleurs de diamants, télégraphistes, sténographes, joueurs de cithares, lithographes, dentistes, etc.), soit d'exercer certains muscles à l'exclusion de tous les autres, ce qui met naturellement ceux-là dans un état d'infériorité envers les influences nocives résultant du métier exercé (tambours, biseauteurs de glace, émailleurs, imprimeurs en indienne, trayeuses, tourneurs, flûtistes, serruriers, polisseuses en or, garçons de restaurant, etc.).

Les névrites professionnelles sont surtout provoquées par les ébranlements et les compressions que subissent les nerfs pendant le travail, d'une part, par les muscles contractés pour accomplir les mouvements, et, d'autre part, par le support sur lequel s'appuient les parties du corps qui prennent une part active dans l'exercice de la profession. Il n'est donc nullement étonnant que l'attitude prise par les ouvriers pendant l'accomplissement du travail exerce une influence notable, surtout sur la localisation des névrites professionnelles. C'est ce que démontrent surabondamment les observations de tous les auteurs, et, en particulier, celle de MM. Huet et Guillain : il s'agit, dans cette observation, d'une névrite cubitale développée chez un boulanger lequel, pour former un pain fendu, appuyait fortement, contre la table, le bord cubital de l'avant-bras et de la main. La longue durée du travail facilite encore l'apparition de la névrite (surtout chez les jeunes gens et les adolescents), en favorisant ce surmenage musculaire. Ce surmenage sera en effet d'autant plus intense que le muscle aura été soumis à des contractions saccadées plus fréquentes et plus longtemps renouvelées : dans ce cas, en effet, les produits de désassimilation n'ont pas le temps d'être éliminés

par l'intermédiaire des appareils veineux et lymphatiques ; ils encombrent le tissu musculaire et les espaces interfasciculaires, d'où sensation de fatigue extrêmement accusée au moindre mouvement et pouvant s'exacerber jusqu'à devenir douloureuse.

C'est la compression qui est la cause essentielle des névrites professionnelles : son action est surtout prononcée lorsque, par suite de sa forme, la charge ou l'instrument peut exercer une compression bien limitée. D'ailleurs le nerf peut être parfois comprimé par le muscle contracté lui-même. Cette éventualité a surtout lieu dans les contractions du triceps brachial, qu'il n'est pas rare de voir suivie d'une paralysie radiale brusque. Quant au tiraillement des filets nerveux signalés dans quelques observations, leur importance et leur fréquence sont beaucoup moindres. Le froid, jadis si souvent invoqué, a encore moins d'influence, et l'on peut passer sous silence le rôle qu'il joue dans le développement des névrites professionnelles.

En somme, toutes les actions nocives précédentes peuvent être réduites à trois : la fatigue, la compression et le tiraillement. Les recherches expérimentales de Sadowsky semblent démontrer l'existence des névrites par compression, celles de Joteyko l'existence d'une fatigue nerveuse; la localisation des névrites professionnelles aux membres inférieurs s'explique par la situation superficielle des nerfs sciatiques poplité externe et péronier.

Cliniquement, une névrite ne peut être considérée comme professionnelle qu'autant qu'elle est provoquée par le travail professionnel lui-même (Remak et Flatau). Ces névrites peuvent être divisées en trois groupes : névralgies, paralysies, spasmes.

Pour rentrer dans le cadre des névrites, les *névralgies professionnelles* doivent être opiniâtres, prolongées; elles doivent de plus aboutir à la névrite si le malade continue à travailler malgré les douleurs et les paresthésies.

C'est dans les *paralysies professionnelles* que l'on trouve au complet tous les symptômes morbides habituels des névrites en général. Outre la sensibilité à la pression, la tuméfaction sur le trajet du nerf, on observe des troubles moteurs allant du plus léger affaiblissement à la paralysie complète. C'est aussi dans ces cas qu'on note ordinairement l'hyper ou l'hypoexcitabilité électrique, ou bien des changements qualitatifs des réactions électriques pouvant aller jusqu'à la réaction de dégénérescence. L'hypoesthésie, l'anesthésie, l'hyperesthésie, les paresthésies sont constantes. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer aussi des troubles trophiques tels que cyanose, œdème, troubles sécrétoires, amyotrophie.

La névrite professionnelle ne se manifeste que très rarement sous forme de *spasmes*. Ces spasmes se rencontrent surtout dans les névroses professionnelles qui sortent du cadre de cette étude.

Le *début* des névrites professionnelles paraît souvent brusque. Mais vient-on à interroger soigneusement les malades, on constate que, dans la très grande majorité des cas, les phénomènes morbides débutent graduellement, que leur marche est ordinairement lente et progressive. Dans les cas à début soudain, les douleurs et les paralysies sont précoces. L'intensité et la nature des *douleurs* varient d'ailleurs à l'extrême suivant les cas. Tantôt elles sont peu vives, inconstantes, tantôt elles sont intenses, fulgurantes, térébrantes, lancinantes, etc. Leur durée peut varier de quelques semaines à plusieurs mois. Elles cessent parfois pendant le travail. Quant à leur siège, bien qu'il n'y ait presque pas de parties du corps où on ne les ait rencontrées, on peut dire qu'elles siègent surtout au niveau des membres supérieurs, particulièrement à droite.

Les autres troubles sensitifs sont surtout des paresthésies tels que fourmillements, engourdissements, cryesthésie, etc., moins tenaces que les douleurs, de l'hypo ou de l'hyperesthésie, etc.

Les *troubles moteurs* peuvent, suivant leur gravité, se diviser en faiblesse, parésie ou paralysie. Généralement (sauf les cas de début soudain) ces trois phases de troubles moteurs se développent dans l'ordre que nous venons d'indiquer. Il va sans dire que la faiblesse n'est pas nécessairement suivie dans tous les cas de parésie ou de paralysie. La localisation des troubles moteurs varie selon la profession et l'attitude gardée par les ouvriers pendant le travail. Ils prédomineront au niveau des membres supérieurs, et particulièrement à droite. Les petits muscles de la main étant surtout exposés à la compression des instruments, les troubles moteurs sont le plus souvent accusés dans les branches terminales des nerfs qui innervent ces muscles. Parmi les nerfs des membres supérieurs, c'est le médian qui est le plus souvent atteint. Le cubital au coude est atteint surtout chez des sujets qui, de par leur profession, sont obligés de s'appuyer avec le coude sur un support dur tel que pupitre, table. La compression des nerfs peut, d'ailleurs, être produite non seulement par un objet extérieur, mais encore par le muscle contracté lui-même : c'est surtout le cas du nerf radial, lequel peut être fortement comprimé par le triceps brachial à l'état de contraction. Les causes effectives des névrites professionnelles sont donc, dans la majorité des cas, des causes mécaniques de compression et les troubles moteurs seront naturellement en rapport avec la localisation de la paralysie.

Les *troubles trophiques* prédominent au niveau des muscles paralysés. Le degré d'atrophie est, en général, en rapport avec la gravité des troubles moteurs, mais ce parallélisme n'est pas rigoureux. Quant aux *réactions électriques*, elles sont purement quantitatives dans les cas légers, qualitatives dans les cas plus graves. C'est dans ces derniers cas que l'on observe la réaction de dégénérescence partielle ou totale, signe dont la constatation importe au plus haut point au pronostic.

La *sensibilité à la pression des nerfs et des muscles atteints* est mentionnée dans nombre d'observations. Elle porte surtout sur le siège de la compression, mais, très souvent aussi, le maximum de sensibilité à la pression siège en un point plus ou moins éloigné du lieu d'application de la force compressive. Quant aux *réflexes tendineux*, ils ont été trouvés affaiblis dans les quelques cas où ils ont été cherchés.

Le *diagnostic* des névrites professionnelles est simple et ne présente, en général, aucune difficulté. Le *pronostic* dépend de la gravité des lésions et surtout de la présence ou de l'absence de dégénérescence réactionnelle. Plus cette réaction est accusée, et plus le pronostic s'aggrave. Mais en général, le pronostic des névrites professionnelles est assez sombre, soit que la névrite ne survienne que chez des sujets prédisposés, soit que les ouvriers se trouvent, par suite de leur manque de ressources, dans l'obligation de reprendre rapidement leur travail.

Le *traitement* sera surtout prophylactique. Les mesures prophylactiques se divisent en deux groupes : *a.* mesures

pour prévenir pendant le travail les insultes mécaniques des nerfs; *b.* mesures contre le surmenage.

Les premiers diffèrent naturellement selon les professions et les conditions dans lesquelles s'accomplit le travail. Ainsi, dans les professions où les lésions de névrite sont dues à ce que le nerf repose sur un support dur, on pourrait empêcher l'apparition de la névrile en interposant entre la partie qui appuie et le support un objet élastique, par exemple un coussinet, qui amortira la pression exercée sur les nerfs. Quant au surmenage, il est surtout provoqué par les mouvements saccadés souvent répétés, interrompus par des intervalles de repos de durée insuffisante. Donc, sous ce rapport, les mesures prophylactiques consistent surtout en réduction de la journée du travail et en intervalles de repos plus prolongés intercalés entre les heures consacrées au travail. Mais ce sont là des desiderata dont la réalisation pratique n'est pas encore prochaine.

Le traitement proprement dit continuera les heureux effets de l'électrisation et du massage. Le repos est de rigueur pendant toute la durée de la maladie.

La seconde partie de l'excellente monographie de Mme Baraks est consacrée à l'étude des névrites professionnelles en particulier. Chez les *avocats*, la méralgie paresthésique est fréquente et M. Dopter, dans une Revue générale publiée ici-même (1), n'a eu garde de l'oublier : « La profession d'avocat n'a pas, par elle-même, à intervenir en quoi que ce soit dans la production de la méralgie, » et, la seule chose dont il faille tenir compte dans ce cas, ce sont « ces habitudes journalières qui font partie intégrante des occupations de chacun ». Cette méralgie se caractérise par des paresthésies, de l'anesthésie et des douleurs dans le territoire fémoral du nerf fémoro-cutané. Chez les *bicyclistes*, la compression exercée par le guidon, soit sur le cubital soit sur le radial, détermine souvent une névrite localisée à ces branches nerveuses. Les *blanchisseuses* sont très sujettes aux névrites professionnelles, soit qu'elles compriment leurs troncs nerveux en portant sur les épaules des paquets de linge mouillé, soit qu'elles déterminent de l'épicondylalgie par suite du surmenage des muscles extenseurs des mains et des doigts. Nous avons déjà cité les paralysies professionnelles observées chez les *boulangers*. Les *bureaucrates* eux-mêmes n'échappent pas à l'affection, et l'on a observé chez eux les signes de la méralgie paresthésique. Chez les *chapeliers-repasseurs*, la compression du cubital par le manche du fer à repasser détermine parfois une paralysie des extrémités de ce nerf. Chez les *charpentiers* qui portent des poutres sur leur épaule, on note une paralysie presque spécifique : celle du grand dentelé. Les *cigariers* peuvent présenter des phénomènes névritiques attribuables au surmenage et à la compression des nerfs par les petits muscles des mains constamment contractés. La *main de cordonnier* est due à l'atrophie et à la contracture des petits muscles de la main, soit mécaniquement et directement, soit par l'intermédiaire d'une névrite. Les *corroyeurs*, les *coupeuses*, les *couturières* sont sujets à différentes formes, surtout sensitives, de névrites professionnelles. Il en est encore de même chez les *découpeurs*, les *déchargeurs de charbon*, les *dinandiers*, les *fondeurs*, les *forgerons*, les *horlogers*, les *lithographes*, les *menuisiers*, les *porteurs d'eau*, les *scieurs*, les *sténographes*, les *tambours*, etc. En somme, il n'est pas de profession où l'on ne puisse observer des névrites en rapport avec les occupations journalières du malade, et c'est pourquoi il est indispensable au médecin et à l'hygiéniste de connaître en détail la question si complexe des névrites professionnelles.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 35.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(5 NOVEMBRE 1901)

Deux discussions sont ouvertes, en ce moment, à l'Académie : l'une sur **l'épilepsie jacksonienne**, l'autre sur les **mesures sanitaires à prendre contre la peste**.

M. Dieulafoy, dans l'avant-dernière séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1185), a communiqué un fait d'épilepsie jacksonienne dans lequel l'autopsie a montré que la lésion du cerveau siégeait dans un tout autre point que celui qui semblait indiqué par les localisations cérébrales. Au premier abord, ce fait paraissait donc en contradiction absolue avec les données classiques et semblait constituer une véritable faillite de la doctrine des localisations cérébrales. Eh bien! il n'en est rien. L'intéressante observation de M. Dieulafoy n'atténue en rien la valeur séméologique de l'épilepsie jacksonienne. C'est ce que se sont appliqués à démontrer, dans une discussion très serrée et avec preuves à l'appui, MM. Pitres (de Bordeaux) et Lucas-Championnière.

Cette observation, dit M. Pitres, n'est qu'un exemple de plus à ajouter à la longue liste des observations déjà connues, dans lesquelles l'épilepsie jacksonienne a été provoquée par une lésion siégeant en dehors de la zone motrice.

Nous ne sommes pas complètement éclairés sur la pathogénie de l'épilepsie partielle. Cette pathogénie est multiple; il est bien vraisemblable qu'elle dépend de lésions à décharge des centres corticaux (Hughlings Jackson). A la suite d'interventions chirurgicales n'ayant montré aucune lésion de la zone motrice et ayant eu cependant un résultat thérapeutique appréciable, on peut aussi penser que les accès peuvent être dus à une cause irritative locale ou à un excès de pression intra-cérébrale (Adamkievicz).

D'ailleurs le cas de M. Dieulafoy ne se rapporte-t-il pas à un cas de tumeur? Or les tumeurs, quelque limitées qu'elles soient, s'accompagnent de phénomènes de destruction, de compression et d'irritation, qui rendent extrêmement difficiles l'analyse et l'interprétation de leurs réactions physiologiques.

Cette complexité, c'était d'ailleurs l'avis de Charcot, ne permet pas d'en tirer une déduction physiologique précise.

M. Lucas-Championnière, dont on connaît depuis longtemps la grande compétence en matière de chirurgie cérébrale, vient, à son tour, discuter la valeur de l'épilepsie localisée, dite jacksonienne, au point de vue de la trépanation. M. Dieulafoy, dit-il, ayant trouvé une grosse lésion de la partie antérieure du lobe frontal chez un sujet qui avait présenté de l'épilepsie localisée au membre inférieur, estime que l'indication et le siège de la trépanation n'auraient pu, dans ce cas, être donné par les centres moteurs. Tel n'est pas l'avis de M. Championnière : selon lui, il n'est pas juste de croire qu'une épilepsie jacksonienne indique toujours une lésion bien limitée à l'un des centres moteurs.

Elle indique une lésion d'un *centre*, ou bien une lésion du *voisinage d'un centre*, et même quoique plus rarement une lésion *éloignée du centre*.

Mais cela n'empêche pas l'utilité de la trépanation, qui trouve d'autres indications, et qui doit toujours être assez large pour arriver sur une lésion même située au delà des centres.

Ce n'est qu'après avoir fait des opérations nombreuses que l'on se rend bien compte de la variabilité de la situation et des lésions excitatrices de l'épilepsie, même jacksonienne.

Parmi 70 cas de chirurgie cérébrale, M. Championnière a pu faire sur 15 malades 17 opérations pour épilepsie jack-

sonienne avec contractures ou paralysies, et toujours avec des résultats utiles.

Si dans deux cas la mort survint rapidement et dans un troisième la mort fut observée après plusieurs mois, le pronostic et le diagnostic avaient été exacts.

Certaines lésions tout à fait localisées ont été rencontrées avec succès; deux cas d'hémorragie cérébrale en pleine région des centres.

Trois cas de lésions syphilitiques (hyperostose et méningo-encéphalite).

En dehors de la syphilis, 4 cas de plaques de méningo-encéphalite au voisinage des centres et sur les centres.

Une énorme tumeur vasculaire à côté des centres mais empiétant sur la région.

Un cas de kyste dans la région des centres.

Dans ces deux cas, l'opération fut très heureuse.

Dans un cas d'hémorragie cérébrale, le foyer, que l'opération ne découvrit pas, était situé en *arrière* et au-dessous de la frontale ascendante.

En deux cas, l'un de tuberculose méningée et l'autre cas de paralysie générale, les lésions étalées dépassaient de beaucoup la région des centres. Dans un cas de tumeur de la base du cerveau, elle ne pouvait agir que de loin sur les centres.

Cependant même dans ce cas la trépanation a donné un résultat relativement favorable, un soulagement et une disparition des crises.

On peut conclure que l'épilepsie jacksonienne peut appartenir à des lésions très variées qui ne sont pas nécessairement exactement limitées à la zone motrice, elle comporte cependant une indication suffisante. La trépanation représente une intervention chirurgicale favorable dans beaucoup de circonstances très différentes. En dehors de l'éventualité très rare d'une petite tumeur, elle rend les plus grands services surtout par l'ouverture des méninges et la décompression; dans tous les cas ci-dessus énumérés, elle s'est montrée utile.

Elle pourrait rendre des services non seulement pour les lésions syphilitiques, mais même pour les lésions de la paralysie générale, comme M. Championnière l'a montré dans plusieurs observations.

Les opérations pour épilepsie jacksonienne d'origine traumatique peuvent aussi réussir sur des lésions qui paraissent à distance des centres, comme il l'a vu en trois observations.

Dans le cas de M. Dieulafoy, la tumeur ne paraît pas avoir été bien éloignée des centres moteurs, du pied de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale.

La trépanation eût pu être faite, *large au niveau de la frontale ascendante et du pied des circonvolutions frontales*. Si elle n'eût pas découvert de gomme, ce qui n'est pas certain, elle aurait à coup sûr découvert et desserré la région où se propageait la congestion et l'inflammation cérébrale qui ont causé la mort du sujet.

Il y avait là chance de guérison même sans toucher directement à la tumeur gommeuse.

M. Championnière estime que, d'une manière générale, il y aurait de nombreux cas à intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales pour lesquelles on n'intervient pas parce que les indications de la trépanation ne sont pas suffisamment précisées et suivies.

La discussion continuera dans la prochaine séance, M. Dieulafoy ayant demandé la parole pour répondre à ses collègues.

La parole a été donnée à M. Proust pour répondre à M. Bucquoy au sujet de l'incident du *Sénégal*. M. Proust répond à chacun des arguments de M. Bucquoy, la question des rats, l'absence de sérum à bord du *Sénégal*, le retard du débarquement, l'absence ou l'insuffisance de la désinfection au Frioul, la mauvaise organisation du lazaret, etc.

Citant ensuite les textes, avec leurs dates, des diverses instructions que, dès octobre 1900, M. Proust et le service sanitaire ont édictées, il n'a pas de peine à dégager complètement sa responsabilité et celle du service à l'égard des faits regrettables du *Sénégal*. Ainsi que nous le disions dans notre dernier compte rendu, sur le papier, en principe, tout était parfaitement prévu, tout était parfaitement organisé; malheureusement, toutes ces savantes prescriptions, toutes ces sages mesures n'ont pas été appliquées ou l'ont été trop tard. S'il y a eu des fautes commises dans l'application des mesures sanitaires, s'il y a eu des erreurs, il faut rendre justice à ceux de nos confrères qui, dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres trop ignorées, ont fait simplement et complètement leur devoir, tout leur devoir et, à ce point de vue, tout le monde s'associera aux éloges bien mérités qu'en terminant, M. Proust a décernés à nos confrères, MM. les docteurs Gauthier et Jacques et à M. Pélissier, interne des hôpitaux de Marseille, qui ont soigné les pesteux du *Niger* et ont été eux-mêmes atteints par la maladie; au docteur Gillet qui, depuis plus de trois mois presque consécutifs, est enfermé avec des pesteux.

M. Debove est intervenu dans la discussion seulement pour dire deux mots, mais deux mots qui ont porté et qui ont vivement impressionné l'assemblée : Qui trouvera, a-t-on dit au cours de cette discussion, le talisman qui permettra au service sanitaire d'appliquer, dans toute leur rigueur, les mesures indispensables?

Ce talisman, M. Debove l'a trouvé; c'est de l'argent qu'il faut, il a suffi à M. Debove, pour en trouver plus qu'il n'en faut, d'examiner les chiffres des recettes produites par la taxe sanitaire; ces chiffres sont par eux-mêmes si éloquents qu'il suffit de les citer sans commentaires; les voici :

En 1890, la recette du produit des taxes sanitaires s'est élevée à 1 529 515 fr. 38.

Dans la même année, comme le total des dépenses s'est élevé à la somme de 584 356 fr. 33, il est résulté un bénéfice de 945 159 fr. 05 pour la seule année 1900.

Si, d'un autre côté, nous prenons les chiffres des dix dernières années (1891-1900), nous trouvons que l'État a encaissé comme taxe sanitaire la somme de 13 701 935 fr. 89, que le total de ses dépenses sanitaires s'est élevé pendant la même période de temps à la somme de 5 239 075 fr. 86, et que l'État a, par conséquent, réalisé un bénéfice de 8 462 860 fr. 03.

Il est donc certain que, si nos installations sanitaires laissent quelque chose à désirer, ce n'est pas faute d'argent.

Signalons un rapport de M. Delorme sur un grand travail de M. Coromillas (d'Athènes), relatif au **traitement des tuberculoses locales et de la tuberculose pulmonaire par le sulfure de carbone**. Les faits invoqués par M. Coromillas à l'appui de sa thèse semblent des plus encourageants. Toutefois, les expériences qui ont été faites dans divers services hospitaliers, n'ont pas entièrement confirmé les assertions de notre confrère d'Athènes.

Parmi les présentations, nous signalerons un travail intéressant de M. Oui (de Lille), sur la **mortalité des enfants de 0 à un an** dans cette ville. Elle est effrayante; un quart des enfants meurent dans leur première année. Conclusion : il faut favoriser l'assistance des femmes enceintes dans les derniers mois de leur grossesse et l'allaitement maternel. C'est M. Pinard qui a présenté cet ouvrage de M. Oui en s'associant complètement aux conclusions qu'il comporte.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

CHIRURGIE DU CRANE

Voici les conclusions de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) à propos de quelques cas d'**intervention chirurgicale pour des traumatismes craniens.**

1° Tout traumatisme cranien dans lequel une lésion de la boîte osseuse est constatée ou même soupçonnée, légitime et nécessite une intervention aussi hâtive que possible;

2° L'intervention large permet seule de se rendre un compte exact de la nature des lésions;

3° En faisant cesser l'irritation des éléments nerveux, en réduisant au minimum les phénomènes d'encéphalo-méningite, la craniectomie met le patient à l'abri des complications de tout ordre que l'on observe du côté des centres nerveux;

4° A de rares exceptions près, les trépanations ou craniectomies faites pour remédier aux accidents nerveux de tout ordre consécutifs à des traumatismes craniens, offrent d'autant moins de chances de succès relativement à la guérison de ces complications que l'époque de l'intervention est plus éloignée de l'accident initial.

Curieuse et intéressante observation que celle du docteur Vidal (de Périgueux), qu'on pourrait intituler : **de l'inhalation de nitrite d'amyle, comme moyen de diagnostic d'une compression cérébrale.**

Ces inhalations, en amenant une congestion intense du cerveau, provoqueraient sûrement et immédiatement des crises d'épilepsie, lorsqu'il existe une cause quelconque s'opposant à l'expansion du cerveau.

Le cas dont il donne la relation n'est que le résultat heureux de l'application de son procédé d'investigation. Une trépanation permet de trouver la cause de la compression et détermine la guérison de l'épilepsie.

M. Peugniez (d'Amiens) fait connaître un cas de **trépanation pour épilepsie d'origine traumatique.** En trépanant au niveau de l'ancien foyer cicatriciel, M. Peugniez trouva une plaque de méningite qu'il réséqua. L'intelligence de l'opéré est redevenue normale, et depuis deux ans, il n'a plus eu de crises : car la compression de la cicatrice de trépanation ne suffit pas elle-même pour ramener ces crises, aussi M. Peugniez se demande si l'épilepsie traumatique ne reconnaît pas pour cause une infection latente et persistante plutôt qu'une simple compression.

En tous cas, la trépanation large et la résection d'une plaque de méningite ont guéri son malade depuis deux ans.

Mais MM. Championnière et Chipault viennent donner une douche à l'enthousiasme de l'orateur. Ils ont, eux aussi, pratiqué des trépanations pour épilepsie, mais, hélas! après quelques mois ou quelques années, la récidive est fréquente et il est téméraire encore de parler de guérison définitive de l'épilepsie après la trépanation.

M. Villar (de Bordeaux) met en parallèle différents procédés pour l'**extirpation du ganglion de Gasser.** « Trois voies ont été utilisées pour atteindre le ganglion de Gasser : la voie basale (grande aile du sphénoïde), la voie temporale (fosse temporale) et la voie temporo-basale qui réunit les deux précédentes. La voie basale est désormais abandonnée, car elle donne peu de jour et gêne beaucoup le chirurgien, double raison pour que les accidents opératoires soient fréquents. La voie temporale a l'inconvénient d'obliger l'opérateur à soulever fortement le cerveau, et ensuite à travailler profondément, comme dans un puits, loin de la brèche d'approche, ce qui le met en mauvaise situation dans le cas d'une hémorragie. La voie temporale, au contraire, donne beaucoup de jour, elle permet d'écarter facilement le cerveau, d'éviter les organes dangereux, et surtout, dans le cas d'hémorragie, d'en trouver facilement la source, et de faire l'hémostase. Aussi est-elle à peu près unanimement employée aujourd'hui. Je rappelle brièvement les différents temps de l'opération : incision cutanée en fer à cheval, résection de l'arcade zygomatique avec une portion de l'os malaire, section de l'apophyse coronoïde, écartement par en haut du muscle temporal, rugination du périoste, trépanation de la paroi cranienne, recherche du trou ovale, c'est-à-dire du nerf maxillaire inférieur qui conduit sur le ganglion de Gasser, enfin dissection et résection du ganglion : l'opération se termine par la section de la branche ophtalmique. J'ajoute que, dans le seul cas que j'ai opéré suivant cette technique, j'ai cru prudent de faire la ligature préventive extra-cranienne de l'artère méningée moyenne au niveau du trou petit rond. La guérison a été parfaite. »

Trois communications sur la chirurgie de la colonne vertébrale : l'une, de M. Delorme, montre quelles insurmontables difficultés on peut éprouver à lever les **compressions médullaires** qu'exercent les lésions tuberculeuses siégeant dans la région cervicale de la cavité rachidienne. La deuxième communication a trait aux injections épidurales. M. Chipault donne les conclusions suivantes :

1° Comme procédé d'analgésie chirurgicale, la méthode est incertaine et nullement comparable à la cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

2° Comme procédé d'analgésie médicale (névralgies, névrites, douleurs par compressions radiculaires), elle semble, au contraire, supérieure, car elle est sans inconvénients ni dangers, et donne des résultats plus durables. Dans les névralgies ou névrites, une injection peut suffire; dans les compressions radiculaires, il en faut trois ou quatre avant d'avoir un résultat durable. La solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100 semble la meilleure, à l'exclusion des solutions plus diluées et plus abondamment employées.

3° Comme procédé de traitement topique, elle ne semble applicable qu'aux lésions de l'espace épidural situées très bas, en particulier aux fongosités par mal de Pott lombaire ou sacré.

M. Guinard fait toutefois remarquer qu'il a essayé quelques injections épidurales de cocaïne pour calmer les douleurs consécutives à certaines opérations abdominales et qu'il n'a jamais obtenu de résultat.

M. Ducroquet fait connaître les résultats fournis par l'application des **appareils dans le traitement du mal de Pott,** au début.

Voici les conditions que doit remplir un bon appareil : outre la légèreté et la solidité, il doit permettre le libre jeu de la respiration. Il faut, pour cela, que l'appareil prenne ses points d'appui en bas sur le bassin, en haut sur les épaules. Nous devons ajouter que pour bien faire ces appareils il faut une grande pratique, une réelle habitude et une certaine dextérité.

Malgré les indications très nettes de la **sympathicectomie,** formulées par M. Cestan, pour le **traitement du glaucome,** M. Peugniez cite un cas où, contrairement à l'indication acceptée, alors que la pupille était immobile et largement dilatée, il pratiqua la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, l'œil n'est plus distendu ni douloureux, il est même en hypotension, si bien que l'opérateur se demande si l'œil ne va pas s'atrophier. Aussi la conclusion de M. Peugniez — et c'est aussi la nôtre — est que nous devons être fort réservés sur le pronostic définitif d'une opération qui s'attaque à un nerf aussi complexe et à physiologie encore si complètement inconnue.

M. Chipault proteste; il a pratiqué sept fois la sympathi-

cectomie pour glaucomes, il a toujours obtenu de bons résultats. Mais il faut que la résection du ganglion cervical supérieur soit complète. Chez tous ses opérés, l'amélioration persiste tant au point de vue de la douleur qu'au point de vue de la vision. L'atrophie du globe de l'œil ne serait que faible et inconstante.

A signaler la communication de M. Gangolphe sur la **résection du trépied orbitaire dans la chirurgie de l'orbite et de la face.**

La résection du trépied orbitaire externe (os malaire et ses attaches orbitaire, zygomatique et maxillaire) est une opération préliminaire ou complémentaire qui peut rendre de grands services dans la chirurgie de l'orbite et des régions voisines de la face. Elle permet d'aborder le globe oculaire très loin en arrière et d'opérer dans une région d'accès difficile sinon impossible par la voie naturelle; elle ouvre largement les fosses zygomatique et temporale et en partie la fosse ptérygo-maxillaire; enfin elle rend possibles certaines autoplasties de la paupière inférieure et de la partie supérieure de la joue.

C'est ainsi que cette opération lui a permis d'extirper très facilement un sarcome de la partie externe de l'orbite et de réparer aisément une perte de substance de la paupière inférieure consécutive à l'extirpation d'un épithélioma de l'orbite.

M. Morestin a pratiqué deux fois cette résection, dans un but autoplastique, après des ablations de la paupière et de la partie supérieure de la joue; dans les deux cas, il a eu un résultat qui s'est maintenu parfait.

Le meilleur mode de **traitement du lupus**, du lupus circonscrit, peu étendu et accessible, serait l'extirpation, suivie d'autoplastie. C'est la conduite suivie par M. Morestin; elle lui a donné une guérison rapide, solide et durable, et un résultat esthétique meilleur que les autres procédés habituellement mis en usage.

M. Jourdan (de Marseille) partage absolument l'avis du précédent orateur, et son opinion est basée sur huit cas de lupus qu'il a traités par l'extirpation totale.

M. Girard (de Berne) a pratiqué soixante-neuf fois l'**uranostaphylorraphie**, avec une mort.

Il est partisan de l'opération précoce, faite avant que l'enfant ait commencé à parler, avant qu'il ait donné à ses muscles divisés une mauvaise coordination de mouvements. Malgré l'exiguïté du champ opératoire, l'opération n'est pas plus difficile, le résultat immédiat est aussi bon et le résultat ultérieur, au point de vue de l'opération, est meilleur que dans l'opération tardive.

Malgré une nouvelle protestation de M. Ehrmann, M. Girard dit qu'il n'a jamais observé de rétrécissement transversal de la voûte palatine à la suite de l'intervention précoce.

M. Moure (de Bordeaux) préconise non sans raison la **suture immédiate des voies aériennes** dans les cas de trachéotomie faite pour enlever des corps étrangers ou des néoplasmes du larynx.

On évite aux opérés des complications broncho-pulmonaires et la guérison opératoire est des plus rapides.

M. Delorme donne quelques **indications sur la décortication du poumon.**

Grâce aux recherches du chirurgien belge Gallet, il semble que nous puissions à l'avance déterminer les cas dans lesquels la décortication pulmonaire est appelée à fournir des succès, et ceux dans lesquels elle offre peu de chance de réussite. Ce résultat a été obtenu par la radiographie. Quand le poumon est atteint de pneumonie pleurogène, qu'il est sclérosé, c'est-à-dire non dilatable, la radiographie accuse une teinte opaque, uniforme, sur laquelle les côtes ne se dessinent plus. Quand, au contraire, le poumon est sain et susceptible d'une dilatation, l'image montre : 1° la présence des côtes qui révèlent leur forme par une teinte grise nette; 2° des espaces blancs intercostaux; le poumon dilatable comme le poumon sain n'a pas laissé d'image sur l'épreuve radiographique.

Ainsi, grâce à la radiographie, la méthode de décortication pulmonaire, qui affirme chaque jour sa valeur dans les pleurésies chroniques avec cavités de grandes dimensions, acquiert une importance plus grande encore et mérite d'obtenir la faveur de tous les chirurgiens.

M. Bouglé a pratiqué deux fois avec les meilleurs résultats l'**opération de Schede dans les empyèmes chroniques.** Il modifie le procédé primitif en associant à la résection large de la plèvre la résection étendue des côtes et des cartilages intercostaux faite successivement et en plusieurs temps de bas en haut.

M. Delorme pense que la décortication du poumon est moins grave et plus efficace. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Les concours du clinicat se sont terminés par les nominations suivantes : clinique de M. Lépine, M. Bonnet; clinique de M. Bondet, M. Cade.

Montpellier. — La séance solennelle de rentrée des Facultés s'est tenue lundi dans la salle des fêtes du palais de l'Université. Le discours de rentrée a été prononcé par M. Forgue, professeur de clinique chirurgicale. Il avait pris pour sujet : « L'évolution de la chirurgie à travers les âges. »

Écoles de médecine. — *Clermont-Ferrand.* — M. le docteur Pierre Dionis du Séjour est nommé chef de clinique chirurgicale.

Concours de dentistes des hôpitaux. — Par arrêté préfectoral il est institué un concours pour la nomination aux emplois de dentistes des hôpitaux de Paris. Pour se présenter à ce concours il faut être docteur français depuis trois ans révolus et avoir accompli deux ans de stage dans un service dentaire hospitalier.

Le temps de doctorat et de stage est réduit à un an pour les internes de Paris ayant accompli leurs quatre ans.

Transitoirement il en sera de même pour les candidats non anciens internes.

Les épreuves comprennent : *admissibilité* : une composition écrite, deux épreuves cliniques dont l'une sur un malade ayant une affection dentaire.

Admission : Une leçon, une épreuve de prothèse, une consultation écrite.

Le jury est composé de : un chirurgien et un médecin chef de service, et trois dentistes titulaires des hôpitaux.

Transitoirement, le jury des deux premiers concours se composera de deux chirurgiens, d'un médecin et de deux dentistes.

Au point de vue administratif, les dentistes se trouvent d'une façon générale, dans la même situation que les chirurgiens, médecins, accoucheurs et ophtalmologistes des hôpitaux. Ils sont mis à la retraite à soixante-deux ans.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le lundi 2 décembre 1901, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du lundi 4 au samedi 16 novembre 1901 inclusivement.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale aura lieu le dimanche 10 novembre 1901, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria. — Ordre du jour : Suppression de la limite d'âge; — Admission des femmes.

Guerre. — Par décision ministérielle, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins majors de première classe Achintre, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême; — Couderc, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon; — Merz, pour les salles militaires de l'hospice mixte de la Fère (médecin-chef); — Kaufmann, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Beylier, pour le 96e d'infanterie; — Sieur, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Loison, pour l'hôpital militaire de Marseille.

MM. les médecin-majors de deuxième classe Albert, pour l'école spéciale militaire à Saint-Cyr; — Fournié, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Galley, nommé surveillant à l'école d'application du service de santé militaire.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Abadie (de Paris) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

Société médicale de Pau. — La Société médicale de Pau, récemment fondée, vient de publier son premier Bulletin. Nous envoyons nos meilleurs vœux de succès à la jeune Société.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de l'oreille, du nez et du larynx, le samedi 9 novembre 1901, à dix heures.

Emploi du temps : le lundi, petite chirurgie spéciale; — le mardi, conférence de technique et de séméiologie; présentations de malades; — le vendredi, opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face); — le samedi, conférences de thérapeutique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Foy (de Tours), Guiet (de Monts-sur-Guesnes), Émile Laussel (de Courmonterral), Touchard (de Sillé-le-Guillaume), et Voyé, ancien médecin de la marine à Rochefort.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 129. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1901. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les kystes thyro-hyoïdiens, par M. Victor VEAU, ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris, prosecteur. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (Ve SESSION). Discussion sur le rein mobile; — Communications diverses. — REVUE DES THÈSES. De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson (M. E. LEULIER); — L'influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine (M. L. MAGE); — La médication cacodylique chez les enfants (M. Paul HABAR). — FORMULAIRE. Sirop de convallaria. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les kystes thyro-hyoïdiens.

Par Victor VEAU,
Ancien interne médaille d'or, prosecteur

Les travaux des embryologistes modernes ont semblé infirmer les notions admises sur la pathogénie des kystes thyro-hyoïdiens. Je veux, au contraire, montrer ici que les notions exactes sur l'évolution des arcs branchiaux permettent de comprendre tous les caractères anatomiques et cliniques de ces tumeurs si spéciales.

Il y a deux grandes variétés de kystes thyro-hyoïdiens : les *kystes dermoïdes*, les *kystes mucoïdes*. Elles se ressemblent au point de vue clinique, elles ont les mêmes difficultés opératoires. Ces kystes sont bien connus à ce point de vue depuis la thèse d'Affre (de Beaune, 1875). Ils diffèrent au point de vue anatomique. Ils reconnaissent une pathogénie dissemblable. Mais ils sont tous faciles à expliquer par les notions actuelles sur le développement du cou (1).

I

Anatomie pathologique. — Les kystes thyro-hyoïdiens se développent profondément en avant de la membrane thyro-hyoïdienne. Ils sont étroitement bridés *en arrière* par cette lame tendue et résistante qu'ils ne refoulent jamais. *En haut* ils sont arrêtés par la face inférieure de l'os hyoïde large de près d'un centimètre. *En avant*, ils peuvent s'accroître librement en passant dans l'interstice des muscles thyro-hyoïdiens et refoulant les cléido-hyoïdiens; sous la peau qui les recouvre se trouvent des veines plus ou moins développées.

Dans l'immense majorité des cas, ces tumeurs se développent sur la ligne médiane. Cependant, Cerné a opéré un kyste para-médian.

Au début, le kyste forme une masse régulière et arrondie, bientôt il s'aplatit et ne tarde pas à déborder l'os hyoïde. Rarement, il descend sur le cartilage thyroïde; presque toujours, il remonte sur la face antérieure du mylo-hyoïdien. Le fait capital dans l'étude anatomique de ces kystes, c'est l'*adhérence presque constante avec l'os hyoïde.* On l'observe au niveau de la face postérieure de cet os. Presque toujours, le chirurgien qui procède à l'extirpation crève le kyste à ce niveau. Il peut exister des prolongements dans les kystes thyro-hyoïdiens, et ceux-ci s'observent principalement dans les kystes mucoïdes : quelquefois il existe un prolongement supérieur qui se dirige vers le foramen cæcum en traversant la membrane thyro-hyoïdienne. D'autres fois, on constate un pédicule inférieur qui rattache le kyste à la pyramide de Lalouette.

Tant que ces kystes ne sont pas infectés, il existe une capsule : ils sont faciles à disséquer.

Ils sont en général de faibles dimensions et ne dépassent pas le volume d'une noix ; le kyste extirpé par Piquet peut être considéré comme exceptionnel, il était gros comme une orange.

CARACTÈRES SPÉCIAUX. — La paroi, le contenu, la structure de la poche sont différents dans les kystes dermoïdes et mucoïdes.

1° Les kystes dermoïdes ont une *paroi* relativement épaisse et résistante. Les kystes mucoïdes sont plus régulièrement sphériques, leur paroi est mince et transparente.

2° Le *contenu* des kystes dermoïdes est une matière sébacée blanchâtre ou grisâtre comparée à de la substance cérébrale, à de la purée de châtaigne; quelquefois, il existe des poils. Le contenu des kystes mucoïdes est un liquide filant analogue à du blanc d'œuf, il est quelquefois de consistance huileuse.

3° La *structure* diffère essentiellement. La paroi d'un kyste dermoïde possède un revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées. Il existe quelquefois des papilles et souvent des glandes sébacées avec des follicules pileux. On n'y observe pas la couche adénoïde que Dehler et Pilliet regardent comme caractéristique des kystes développés aux dépens des téguments pharyngiens.

La paroi des kystes mucoïdes est formée par une couche de cellules petites et transparentes, cubiques ou allongées, souvent douées de cils vibratiles.

(1) Voir la thèse de mon ami Petit, *Les kystes thyro-hyoïdiens* (janvier 1901).

II

Pathogénie. — Chacune de ces variétés se développe aux dépens des débris embryonnaires d'origine essentiellement différente. Ces kystes mucoïdes se forment dans les ébauches de la thyroïde médiane, les kystes dermoïdes sont dus à l'évolution des téguments inclus lors de la régression des arcs branchiaux. Nous devons rechercher quel est le mécanisme de cette inclusion.

A côté de ces kystes fréquents il faudra faire une part à d'autres variétés qui ne s'observeront dans la région thyrohyoïdienne qu'à titre de curiosité pathologique.

Kystes mucoïdes. — Tous les auteurs admettent que les kystes mucoïdes se développent dans les débris de la thyroïde médiane (Broca, Lannelongue et Achard).

Je n'ai pas besoin de parler de la formation de cette ébauche. Il en existe un reste dans la pyramide de Lalouette. Souvent cette pyramide est rattachée à la face postérieure de l'os hyoïde par un ligament où il n'est pas rare de trouver des vésicules thyroïdiennes.

Cette théorie assimile les kystes mucoïdes à de véritables goitres kystiques. En effet, on trouve quelquefois, dans la paroi de ces kystes, des vésicules thyroïdiennes encore embryonnaires (Vedova). Je les ai observées dans une fistule congénitale de la région thyro-hyoïdienne.

Kystes dermoïdes. — Les kystes dermoïdes se forment aux dépens des téguments cervicaux inclus lors de l'évolution des arcs branchiaux.

Cette théorie concorde avec ce qu'on sait des kystes dermoïdes des autres régions mais quand les auteurs ont cherché à appliquer les notions connues d'embryologie à cette région, ils ont éprouvé de telles difficultés qu'ils ont cru la théorie contestable (Pierre Delbet).

On disait autrefois qu'il existait sur la face antérieure du cou de l'embryon des fentes branchiales comme sur les parties latérales. Les kystes thyro-hyoïdiens s'expliquaient naturellement par une inclusion tégumentaire entre le deuxième arc (hyoïdien) et le troisième arc (schéma de Tasset).

Mais His montra que les fentes branchiales ne s'étendaient pas jusqu'au niveau de la ligne médiane (champ méso-branchial). Dès lors, on ne comprenait plus comment se faisait l'inclusion tégumentaire dans la région thyrohyoïdienne.

Les travaux des embryologistes modernes (His, Born, Piersol), ont montré qu'il fallait comprendre tout différemment l'évolution des arcs branchiaux. Le second arc (hyoïdien) surplombe les arcs 3 et 4; il se soude à la saillie thoracique (voir ma thèse, p. 62). Dès lors se trouvent inclus dans la région thyro-hyoïdienne: 1° les téguments du champ méso-branchial en regard du troisième et du quatrième arc; 2° la face profonde de la saillie de l'arc hyoïdien. Ce sont ces débris qui produiront les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens. Les adhérences à la face postérieure de l'os hyoïde se trouvent expliquées par ce fait (voir ma thèse, fig. 15, p. 68).

Variétés exceptionnelles. — Un *hygroma* peut se former dans la bourse thyro-hyoïdienne. Boyer et Malgaigne croyaient que tous les kystes reconnaissaient cette pathogénie. Contre cette théorie évidemment erronée, il y eut une réaction et on nia complètement l'hygroma thyro-hyoïdien.

A priori, il n'est pas juste de refuser toute pathologie à cette bourse fréquente.

Je crois en avoir observé un cas (voir thèse Petit, p. 55).

Il est possible qu'on décrive des *kystes hydatiques* ou des *kystes séreux congénitaux*, localisés à la région thyro-hyoïdienne. On n'en connaît encore pas d'exemple (1).

III

Étiologie. — Les kystes thyro-hyoïdiens sont des tumeurs relativement rares, on en compte encore les exemples. Roques, en 1896, en a réuni 33 observations, Petit en a rassemblé 42 cas (1901). — Les kystes dermoïdes sont plus fréquents que les kystes mucoïdes.

Comme toutes les tumeurs d'origine congénitale, les kystes thyro-hyoïdiens peuvent s'observer à tous les *âges*. Ils sont plus fréquents dans l'enfance et l'adolescence, mais l'âge du sujet ne devra jamais être invoqué comme argument contre le diagnostic de kyste thyro-hyoïdien. J'ai opéré une femme de cinquante-huit ans.

Le *sexe* semble indifférent.

Quoique certains kystes soient des tumeurs thyroïdiennes, la *géographie* ne semble avoir aucune influence sur leur production, comme si ces ébauches thyroïdiennes aberrantes avaient une réaction pathologique différente de celle de la vraie thyroïde.

IV

Symptomatologie. — Un kyste thyro-hyoïdien est une tumeur arrondie, plus ou moins fluctuante, médiane ou paramédiane, qui se mobilise avec l'os hyoïde.

Quand le malade la reconnaît, elle a le volume d'un pois, d'une noisette. Elle est dure, plus ou moins rapprochée de l'os hyoïde; en général, elle lui est accolée. Il est exceptionnel qu'elle se développe au contact du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Rarement, on assiste à ces débuts, car le malade ne vient consulter le chirurgien que lorsque la tumeur devient disgracieuse par son volume ou est le siège de douleurs dues à l'infection.

Alors le néoplasme est visible à l'inspection : il forme au-dessous de la saillie maxillaire un deuxième menton. La peau qui recouvre la tumeur est normale et mobile.

La tumeur elle-même est dure quand elle a un petit volume, plus molle, quand elle s'est accrue, elle est alors fluctuante. Il est rare que les kystes volumineux soient rénitents. Quelquefois, la palpation fait reconnaître la présence d'une masse pâteuse qui conserve l'empreinte du doigt.

Quand la tumeur est petite, elle est arrondie comme un pois, une bille. En s'accroissant, elle s'étale, s'aplatit mais elle est toujours facile à délimiter, elle forme un gâteau qui empiète plus ou moins sur les régions avoisinantes et masque souvent son point de départ. Dans des cas rares elle s'est développée d'un seul côté et on peut deviner un pédicule qui la rattache à l'os hyoïde.

(1) Nélaton a émis une théorie qui n'appartient qu'à l'histoire. On venait de décrire les grenouillettes et Nélaton assimila les kystes thyro-hyoïdiens aux autres tumeurs salivaires; il soutint que ces kystes se forment dans les *glandes épiglottiques*; mais une tumeur de ces glandes ne saurait jamais effondrer le septum lingual et faire saillie dans la région thyro-hyoïdienne. D'ailleurs, la structure des kystes est essentiellement différente de celle des grenouillettes, et même Imbert et Jeambreau viennent de soutenir que les vraies grenouillettes se développent aux dépens des germes embryonnaires.

Les adhérences à l'os hyoïde priment les caractères cliniques des kystes thyro-hyoïdiens. Quant on fait déglutir le malade, on voit toujours que la tumeur monte avec le conduit aérien. C'est là uu signe de la plus haute importance.

Les kystes thyro-hyoïdiens sont des tumeurs absolument indolentes. Alors qu'ils ont atteint un volume considérable, ils ne s'accompagnent souvent d'aucun trouble fonctionnel. Dans des cas exceptionnels, on a observé de la gêne respiratoire après les fatigues (Roques), de la salivation, des difficultés de la déglutition (Panas), des crampes douloureuses du cléido-hyoïdien (Pierre Delbet).

Les douleurs spontanées ne s'observent guère que s'il y a eu infection.

V

Marche. Pronostic. — Les kystes thyro-hyoïdiens évoluent en général d'une façon lente et progressive. Ils ne régressent jamais.

Tantôt, ils évoluent d'une façon régulière sans interruption dans leur marche comme sans à coup dans leur progression. Tantôt, après avoir augmenté pendant quelque temps, ils restent stationnaires avant de prendre un accroissement nouveau.

C'est souvent à l'âge de la puberté qu'ils progressent subitement et atteignent en quelques années ou quelques mois le volume d'une noix, d'un œuf de poule.

L'accident le plus à craindre est l'infection. Le mécanisme en est variable : souvent une lymphangite superficielle favorise l'infection de la poche. D'autres fois, à l'occasion d'une infection générale, les microbes se localisent au niveau du kyste. Les symptômes sont ceux d'un abcès : douleurs puis chaleur et rougeur. Le kyste alors s'ouvre à l'extérieur. *Une fois ouvert, le kyste n'a aucune tendance à la cicatrisation.* Il s'ensuit une fistule interminable et alors il arrive souvent que l'orifice cutané se referme. La sécrétion s'accumule en amont et on a un nouveau kyste jusqu'à ce que la poche soit extirpée en totalité.

La rupture traumatique du kyste n'a jamais été observée.

On voit donc que le kyste thyro-hyoïdien, tout en étant une affection bénigne, est cependant une infirmité par la persistance des accidents qu'il entraîne. Une tumeur petite peut persister toute la vie sans inquiéter le patient. Mais la possibilité de l'infection est une indication suffisante pour intervenir, même en cas de kystes stationnaires, aussitôt que le diagnostic est porté.

VI

Diagnostic. — Il est presque toujours facile de reconnaître un kyste thyro-hyoïdien. La fréquence de l'affection, en comparaison de toutes les autres tumeurs, est un signe de probabilité de la plus haute importance. Tous les autres néoplasmes ne sont que des curiosités pathologiques, on ne doit pas en tenir compte en clinique.

Un *lipome* donne une sensation spéciale de mollesse, qui peut rappeler celle du kyste dermoïde. Le diagnostic en devient très difficile si la tumeur est adhérente à l'os hyoïde, fait tout à fait exceptionnel.

Un *kyste sébacé* est superficiel; adhérent à la peau, il ne peut être confondu qu'avec un kyste enflammé prêt à s'ouvrir.

L'*adénopathie tuberculeuse* est presque inconnue dans cette région, étant donné l'absence normale de ganglions à ce niveau. J'en ai cependant observé un exemple sur un cadavre de mon pavillon.

L'*ostéite de l'os hyoïde*, produisant un abcès froid, est une rareté pathologique dont on ne fera pas le diagnostic.

Reste à déterminer la NATURE du kyste. On aura le plus souvent des signes de présomption de très faible valeur. Le diagnostic en est à peu près impossible.

Un *kyste dermoïde* est quelquefois pâteux. Il conserve l'empreinte du doigt.

Un *kyste mucoïde* est souvent tendu, plus régulièrement arrondi, quelquefois résistant.

Un *hygroma de la bourse sous-hyoïdienne* se reconnaîtra par la rapidité de son évolution et les douleurs dont il est le siège. C'est là, du reste, une vraie curiosité pathologique.

Un *kyste hydatique*, un *kyste séreux congénital* isolé dans la région thyro-hyoïdienne ne seront jamais reconnus.

VII

Traitement. — Il n'y a qu'un traitement des kystes thyro-hyoïdiens, c'est l'extirpation complète.

L'*incision simple* est la plus mauvaise des interventions, elle est toujours suivie d'une fistule interminable ou d'une récidive, et l'on est obligé d'intervenir de nouveau. Cependant, en présence d'accidents aigus d'infections, on peut se contenter d'inciser la poche; mais il faut prévenir le malade que ce n'est là qu'un traitement palliatif. Quand l'infection sera atténuée, il faudra faire à froid une cure radicale.

L'*extirpation*, pour être utile, doit être absolument complète. En général, il est facile de disséquer le kyste en avant et sur les côtés. Profondément, la séparation est rendue difficile par l'adhérence à l'hyoïde ; il faut raser avec soin la face postérieure de cet os, poursuivre les prolongements qui remontent quelquefois au delà de son bord postéro-supérieur.

Il est bien rare que cette recherche offre des difficultés très grandes. Si un lambeau de la paroi était resté adhérent à l'os hyoïde, il faudrait revenir à sa recherche, et si on ne pouvait l'extirper au bistouri, il faudrait l'enlever à la curette.

S'il existait un prolongement plus étendu, il ne faudrait pas hésiter à faire la section médiane de l'os hyoïde.

On ne saurait trop insister sur la nécessité absolue d'extirper la totalité de la poche. C'est la seule condition de succès. Quand les chirurgiens seront bien pénétrés de cette vérité, quand ils auront la patience de n'arrêter leur intervention qu'après l'ablation de la dernière parcelle, alors on verra disparaître ces fistules interminables qui sont décrites dans nos traités gastriques.

Malheureusement cette extirpation est quelquefois entourée de très grandes difficultés, et les chirurgiens les plus habiles peuvent croire avoir enlevé la totalité du kyste, et cependant la tumeur va récidiver (Ricard).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX POSTÉRIEURS A 1890

AMSTRONG. Persistance du conduit thyroglosse, *A. N. of Surg.*, 1899, p. 719. — BAZIN. Persistance de la partie inférieure du canal glosso-thyroïdien, *Montreal med. Journ.*, nov. t. XXVIII, n° 14, p. 855. — BROCA (Auguste). Malformation congénitale de la tête et du cou, *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 2e édit. 1898. — CERNÉ. Quelques observations de tumeurs et de fistules congénitales, *Arch. prov. de chir.*, Paris 1899, n° 1, p. 45. — CHEMIN. *Contribution à*

l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane, Th. de Bordeaux, 1895-1896. — CLAISSE et HERESCO. Kystes thyro-hyoïdiens, *Bull. de la Soc. anat.*, 8 janv. 1877. — DELBET (Pierre). Kyste congénital thyro-hyoïdien, *Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu*, Paris 1899, p. 51. — DENUCÉ. Kystes du canal de Bochdalek, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, avril 1894. — JOHNSON, REYMOND et D'ARCY. Hygroma kystique du cou, *Brit. med. Journ.*, 11 fév. 1899, p. 342. — LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*, Paris 1891. — LENOBLE et CIVEL. Kyste dermoïde congénital du cou par inclusion fœtale probable, *Bull. de la Soc. anat.*, janv. 1899, p. 92. — LISSIANSKI. Lymphangiomes du cou de la région sus-hyoïdienne médiane, *Ann. russes de chir.*, 1898, vol. III, fasc. II. — MARTIN. *Des kystes du canal thyrolingual*, Th. de Paris, 1895-1896, n° 84. — MASCAREL-GONTRAN. *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche*, Th. de Paris, 1899. — PETIT. *Contribution à l'étude des kystes thyro-hyoïdiens médians*, Th. de Paris, janv. 1901. — PICQUÉ. Volumineux kystes thyro-hyoïdiens, *Bull. de la Soc. de chir.*, 14 juin 1899, p. 633. — PREÏNDELSBERGER. Un cas de fistule médiane congénitale du cou. Mittheil. a. d. chir. in oserajewo, *Centralbl. f. chir.*, 1898, n° 46. — ROQUES. *Contribution à l'étude des kystes congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien*, Th. de Montpellier, 1899. — SCUDDER. Kystes de la bourse thyro-hyoïdienne, *Méd. prog.*, sept. 1898, n° 5. — SULTAN. Contribution à l'étude des kystes et fistules cervicales. *Deut. f. Zeits. f. Chir.*, 1898, t. XLVIII, p. 113. — VICTOR VEAU, *Les épithéliomas branchiaux du cou*, Th. de Paris, 1901. — VÉDOVA. De la présence constante de parcelles de glande thyroïde dans les fistules congénitales du cou, XIVe Congr. de chir. italienne, Rome 28-31 oct. 1899. — ZWILLINGER. Un cas de kyste préhyoïdien, *Ungar med. presse*, 12 sept. 1898, n° 37, p. 882.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(25 OCTOBRE 1901)

M. Barth présente un malade atteint d'**oblitération spontanée de l'artère fémorale, suivie d'atrophie musculaire et de claudication intermittente**. Cet homme, âgé de cinquante-cinq ans, exerce la profession de maçon. Il entre à l'hôpital pour des douleurs dans le mollet et dans le pied gauche. En examinant le membre inférieur gauche, il est facile de constater que l'artère crurale est complètement oblitérée, depuis son origine, et transformée, sur une longueur de trois travers de doigt à partir de l'arcade de Fallope, en un gros cordon fusiforme plein et dur, du volume de l'index. En aucun point du membre on ne perçoit la moindre pulsation artérielle et cependant lorsque le malade est étendu il n'y a pas de cyanose, la coloration des téguments diffère peu de ce qu'elle est au membre opposé. Il existe une atrophie ou plutôt un amaigrissement extrême de toutes les masses musculaires, à la jambe comme à la cuisse. Lorsque le malade se met debout et essaye de marcher, les troubles circulatoires s'accusent aussitôt : le membre bleuit, des fourmillements se font sentir, les muscles atrophiés se raidissent, deviennent impotents : le malade boite. Ce sont là les signes de la claudication intermittente. Il est probable que l'oblitération est due à la syphilis, dont le malade a été atteint cinq ans auparavant.

M. Galliard apporte une observation de **pseudo-rhumatisme tuberculeux** : une jeune fille de dix-sept ans admise à l'hôpital Tenon le 9 février 1896, et atteinte de tuberculose du sommet gauche, est soumise aux injections intra-musculaires d'huile gaïacolée et à la suralimentation. Les résultats de la cure paraissaient excellents lorsque, le 22 mars, la malade eut un violent frisson suivi de fièvre. Le lendemain dyspnée, respiration accélérée, pouls petit et rapide, ballonnement du ventre, vomissements bilieux, facies abdominal, en un mot signes de péritonite aiguë, et en même temps symptômes de pleuro-pneumonie localisée à la région antéro-inférieure gauche. Les jours suivants, vomissements, céphalalgie, hyperesthésie, raie méningitique ; pas de contracture, pas de délire. Le 30 mars tandis que les accidents thoraciques, abdominaux et cérébraux s'atténuent, on note le rhumatisme des articulations des doigts. Le 4 avril, tuméfaction des deux genoux ; hydarthrose aiguë à gauche. Le 5 avril rhumatisme des articulations médio-tarsiennes. Sueurs profuses. Les jours suivants la fièvre cède. Le 12 avril à la suite de l'incision d'un volumineux abcès de la cuisse, le rhumatisme disparaît complètement. Le cœur est indemne. Jusqu'à la fin d'avril la malade conserve des signes de pleurésie diaphragmatique à gauche. Depuis cette époque on ne constate plus que la tuberculose des deux sommets.

MM. Siredey et Mantoux rapportent une observation de **stomatite de Vincent**. La maladie a débuté par une tuméfaction des gencives, avec ulcération et fétidité considérable de l'haleine. L'affection a progressé d'avant en arrière, gagnant en septembre le fond de la gorge, les amygdales n'ont pas été touchées, le palais et le voile du palais ont été seuls atteints.

L'examen bactériologique a démontré de nombreux bacilles fusiformes, de nombreux spirilles et quelques cocci. Au niveau des ulcérations, il n'y avait même absolument que des spirilles.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(6 NOVEMBRE 1901)

Nous revenons à la **rachicocaïnisation**, mais ce retour n'a rien d'heureux pour elle, ainsi qu'on va en juger. M. Legueu, avec une conscience et un courage dont il faut le féliciter, vient de nous rapporter deux cas dans lesquels ce mode d'anesthésie a entraîné la mort en quelques minutes ; il ne s'agit pas, en effet, ici, d'accidents tardifs ou secondaires, mais bien d'accidents immédiats, s'étant produits sur la table d'opération, avant même l'acte opératoire, dans un cas, et sans qu'on puisse incriminer, ni la qualité de la cocaïne, ni l'emploi d'une dose exagérée, ni la technique opératoire de l'injection. En effet, la cocaïne examinée avec soin fut trouvée parfaitement pure ; la dose injectée, dans les deux cas, fut inférieure à 0g02 centigrammes ; l'injection fut pratiquée selon les règles ordinaires ; un seul facteur peut donc être mis en cause : la méthode elle-même.

Le 30 juillet dernier, M. Legueu reçoit, dans son service, un homme de cinquante-qnatre ans, atteint de rupture du tendon du triceps gauche ; cet homme était sujet à des vertiges épileptiformes ; il était obèse, congestif, à face vultueuse, athéromateux. En raison même de cet état, après avoir hésité quelque peu et craignant plus encore le chloroforme, M. Legueu se décida pour la cocaïne ; dix minutes environ après l'injection, il commença l'opération et presque immédiatement, c'est-à-dire treize ou quatorze minutes après l'injection, cet homme était mort. On ne put faire l'autopsie.

Très douloureusement impressionné par ce fait, M. Legueu avoue cependant n'en avoir pas été autrement étonné,

car il avait eu affaire à un mauvais cas. Si l'on pouvait se permettre une plaisanterie en pareille circonstance, on pourrait presque dire que c'est la faute du malade. Aussi, M. Legueu continua-t-il à recourir à la rachicocaïnisation.

Le 8 septembre lui arrive un homme de soixante-deux ans avec une hernie inguinale étranglée, dans un état grave, avec hypothermie, les extrémités froides; M. Frédet fait une injection de cocaïne inférieure à 0g02 centigrammes : six minutes après, alors que M. Legueu se lavait les mains, ce malade fut pris d'angoisse respiratoire, de sueurs froides; la face devint pâle, les pupilles se dilatèrent et six minutes après, c'est-à-dire douze minutes après l'injection, il mourut. L'autopsie fut faite, rien du côté de l'intestin ni du côté du péritoine, cœur arrêté en diastole, reins altérés, mais non histologiquement. En somme, il s'agit d'une syncope bulbaire déterminée par l'action directe de la cocaïne sur le système nerveux.

Ici, c'est vraiment bien la faute de la cocaïne. Aussi M. Legueu renonce-t-il désormais à la rachicocaïnisation. Mais, en terminant, il croit devoir recommander à ceux qui la continueront, de s'en servir avec une grande prudence dans les doses et une grande sévérité dans le choix des malades.

Cette suggestive communication devait forcément soulever quelques objections : Pourquoi, dit avec raison, M. Kirmisson, quand il s'agit d'opérations minimes comme celles-là, ne pas recourir à la cocaïnisation locale? M. Reclus ne peut, naturellement, qu'appuyer cette observation. Il ajoute que les faits de M. Legueu sont très instructifs en ce sens qu'on a dit, au cours de la discussion sur la rachicocaïnisation, qu'il fallait y recourir quand on avait des raisons d'avoir peur du chloroforme. M. Reclus s'est toujours élevé contre cette assertion. On pourrait retourner la proposition et dire que, lorsque le chloroforme paraît dangereux, la cocaïne l'est peut-être plus encore. Il est bien certain que le chloroforme n'aurait pas tué davantage les deux malades de M. Legueu. A la moindre alerte on aurait pu le cesser, tandis qu'il n'était plus possible de retirer la cocaïne introduite dans le canal rachidien.

A l'observation de MM. Kirmisson et Reclus, M. Legueu répond qu'il n'a pas l'habitude de la cocaïnisation localisée, qui, d'ailleurs, lui a donné aussi des acccidents.

Quoi qu'il en soit, si M. Reclus refaisait aujourd'hui la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine, il y a plus d'un an, combien de faits pourrait-il ajouter à ceux qu'il a produits et qui constituent ce que l'on pourrait appeler le martyrologe de la rachicocaïnisation!

M. Tuffier, à propos du procès-verbal, est revenu sur la **prostatectomie.** Cette opération, dit-il, sera surtout pratiquée dans les cas d'hypertrophie de la prostate, les néoplasmes de la prostate étant très rares. Dans l'état actuel de la question, il est impossible de se prononcer sur les résultats thérapeutiques éloignés, les opérations pratiquées étant encore trop récentes.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Tuffier insiste sur l'importance de la position à donner au malade pendant l'opération; la position dorso-sacrée offre de grands avantages. M. Tuffier ne partage pas l'avis de M. Albarran sur le morcellement. Il ne le pratique que quand il ne peut pas faire autrement. Ce serait très avantageux si l'on pouvait enlever la prostate sans ouvrir le canal de l'urètre. C'est possible dans certains cas mais non dans tous, malheureusement. Enfin, il faut bien poser les indications de l'opération, car ce serait une exagération que de la proposer dans tous les cas où la prostate devient grosse. Dans ces conditions, tout vieillard de soixante-dix ans devrait être opéré.

M. Albarran a reproché à M. Tuffier de se servir encore de la voie sus-pubienne. M. Tuffier réplique que, dans certains cas, elle est incontestablement préférable à la voie périnéale, d'autant qu'elle permet la conservation des canaux déférents. En résumé, au point de vue de la prostatectomie périnéale, nous ne sommes encore que dans la période d'enregistrement des faits.

M. Broca fait un rapport sur deux intéressantes observations adressées par M. Léon Imbert (de Montpellier), et relatives à deux cas de **complications cérébrales d'otites moyennes aiguës.** Dans le premier cas, il s'agit d'un soldat du génie qui se présente souffrant de l'oreille; il a le tympan rouge, quelques jours après apparaît une otorrhée; la température monte à 40 et 41 degrés; l'apophyse est indolente. M. Imbert trépane l'apophyse mastoïde et trouve du pus dans l'antre. Il y a deux jours de rémission, puis la fièvre apparaît de nouveau, avec une céphalalgie intense, des troubles visuels bilatéraux, une température s'élevant toujours. M. Imbert fait une large trépanation, au niveau de la partie latérale de la fosse temporale, il décolle la dure-mère, explore le cerveau et ne trouve rien. Cependant, dès le lendemain, la fièvre tombe et les accidents cessent.

Dans le second cas, il s'agit encore d'un soldat du génie qui, depuis dix jours, souffrait dans l'oreille; survient une tuméfaction de la région mastoïdienne avec 40 degrés de température ; trépanation de l'apophyse mastoïde, il y a du pus dans l'antre; pendant dix jours, tout va bien; puis la fièvre reparaît en même temps que des accidents à l'allure pyohémique; M. Imbert met à nu le sinus latéral et y trouve un caillot purulent. Le résultat est nul, les accidents continuent; huit jours plus tard, le malade se plaint d'une douleur dans la région carotidienne; caillot dans la jugulaire interne, ligature de cette veine, guérison.

Il s'agit donc, dans ces faits, de complications craniennes graves, survenant au cours d'une otite moyenne aiguë.

C'est là un fait rare. M. Broca félicite M. Imbert de sa parfaite conduite chirurgicale dans ces deux cas; il lui reproche seulement de n'avoir pas trépané à la partie supérieure plutôt qu'à la partie inférieure de la fosse temporale. Enfin il regrette que dans le premier cas il n'ait pas fait une ponction du cerveau; car il pouvait exister un abcès qui aurait passé inaperçu.

M. Poirier, chez l'adulte, préfère de beaucoup la voie supérieure, suivie par M. Imbert, à la voie inférieure, préconisée par M. Broca.

M. Kirmisson est, au contraire, de l'avis de M. Broca, relativement à la ponction du cerveau que M. Broca reproche à M. Imbert de n'avoir pas pratiquée.

Enregistrons cette observation de M. Ricard : un vieillard, à Bicêtre, présente tous les symptômes d'un abcès cérébral consécutif à une otite; sur la prière de médecin, M. Ricard trépane largement, incise la dure-mère, fait une série de ponctions profondes au troquart et au bistouri : il ne trouve rien. Le malade meurt, à l'autopsie on trouve un vaste abcès que M. Ricard a cotoyé, a traversé avec ses instruments sans l'ouvrir. La ponction peut donc être insuffisante pour révéler la présence d'un abcès cérébral.

M. Tuffier fait observer que le diagnostic d'un abcès intracranien est parfois difficile; il cite l'exemple d'une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle tous les médecins et chirurgiens consultés avaient diagnostiqué un abcès du cerveau; M. Tuffier est appelé à intervenir; il trépane, incise la dure-mère, ponctionne le cerveau; rien — et la malade guérit fort bien. Elle n'avait donc pas d'abcès cérébral.

M. Broca ne trouve pas très probant le fait de M. Ricard; mais ce fait ne tend à préciser qu'une chose, c'est que plusieurs ponctions peuvent passer à côté ou à travers un abcès cérébral sans le déceler. L'observation de M. Ricard est, à ce point de vue, certainement probante et nous sommes étonnés que ce ne soit pas aussi l'avis de M. Broca.

Parmi les présentations, signalons un curieux exemple d'**épithélioma tubaire** présenté par M. Quénu, qui insiste sur l'importance, dans ces cas, d'un écoulement séreux vaginal; un cas de **grossesse extra-utérine développée dans le ligament large**, ayant glissé en avant de l'utérus et occupant le cul-de-sac antérieur, présenté par M. Picqué; enfin un **traumatisme cérébral**, une balle ayant pénétré dans le cerveau et étant revenue sous la peau, opéré et présenté par M. Tuffier.

Les commissions de prix sont ainsi constituées :
Prix Gerdy, MM. Broca, Routier et Legueu;
Prix Ricord, MM. Bazy, Delorme et Ricard;
Prix Demarquay, MM. Routier, Demoulin et Albarran;
Prix Duval, MM. Nélaton, Picqué et Lejars.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

CINQUIÈME SESSION (*fin*)

DISCUSSION SUR LE REIN MOBILE (1)

M. LANDAU (de Berlin) pense que le traitement du rein mobile doit être surtout orthopédique. La néphropexie, qui transforme un rein déplacé mais mobile en un rein déplacé mais fixe, est généralement inutile et quelquefois nuisible. Elle est seulement admissible lorsqu'il existe des troubles fonctionnels du rein mobile et que la thérapeutique fonctionnelle est insuffisante. Le traitement spécial des hydronéphroses, de la calculose et de la pyélite est le même que le rein soit mobile ou non.

M. POUSSON (de Bordeaux) n'est intervenu que dans 16 cas sur le grand nombre de reins mobiles qu'il a observés, et chez les sujets seulement dont les symptômes paraissaient en rapport direct avec la néphroptose.

Etant donné les insuccès fréquents de la simple néphropexie dans les formes dyspeptique et névropathique, M. Pousson se demande s'il ne conviendrait pas, au cours de l'opération dans laquelle l'attention doit toujours se porter sur le pédicule du rein, afin de vérifier le mode d'abouchement de l'uretère et du bassinet et l'état des vaisseaux, de profiter de ce temps opératoire pour élonger les nerfs du plexus rénal et agir à distance sur le plexus solaire. Les excellents résultats que M. Jaboulay a obtenus dans les grandes névralgies pelviennes et autres syndromes douloureux des viscères abdominaux et même des membres par une intervention sur les fibres sensitives du grand sympathique ouvrent une voie nouvelle à la thérapeutique de l'ectopie rénale compliquée.

M. ALBARRAN a, le premier en 1895, appelé l'attention sur les pyélo-néphrites compliquant le rein mobile. Lorsque ces pyélo-néphrites s'accompagnent de grandes oscillations, il emploie d'abord le traitement médical (diurétiques, lait, révulsifs, sérum) et ne fait la néphrorraphie que vingt à trente jours après la disparition de la fièvre.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 126.

M. DURET (de Lille) reconnaît trois indications à la néphropexie; 1° quand le rein est douloureux; 2° quand il y a coïncidence de prolapsus du rein avec l'hydronéphrose intermittente; 3° quand il s'agit d'un rein déplacé traumatique.

Pour M. DESNOS (de Paris), la névralgie rénale compliquant le rein mobile est une indication opératoire nette.

M. TÉDENAT (de Montpellier) réserve la néphropexie aux cas d'ectopie rénale compliquée de coudure de l'uretère.

MM. GALLAND-GLEIZE (de Vittel) insiste sur les rapports du rein mobile et douloureux avec la colique néphrétique. Les nombreux faits observés dans sa pratique lui ont montré que le rein mobile provoque quelquefois des crises douloureuses pouvant en imposer par leur ressemblance avec celles de la colique néphrétique franche. Il y a là un point de diagnostic délicat.

M. CARLIER (de Lille) attribue une importance indubitable à l'influence de la menstruation sur la pathogénie du rein mobile.

Dans la néphropexie, il se sert toujours de gros catgut.

M. HERESCO (de Bucarest) a opéré une femme chez laquelle l'absence de distension du bassinet lui permet de penser que les douleurs internes accusées par la malade avant l'intervention étaient dues aux tractions exercées sur le plexus nerveux rénal.

A noter la disparition de la douleur à la suite de l'intervention.

M. LEGUEU (de Paris) n'opère que les reins mobiles douloureux ou compliqués, dans les autres cas il prescrit une ceinture sans pelote.

M. FRANTZ GLÉNARD (de Vichy) pense que le plus souvent l'histoire du rein mobile est dominée par l'entéroptose. Le traitement comprend alors quatre agents principaux : 1° la sangle, 2° les laxatifs quotidiens (sulfate de soude, 7 grammes); 3° régime avec diète carnée; 4° bicarbonate de soude.

COMMUNICATIONS DIVERSES

URÈTRE

Doit-on pratiquer des **lavages de l'urètre** dans l'urétrite blennorragique compliquée d'orchite? M. Brin (d'Angers) pense, et une statistique de 11 cas semble lui donner raison, que, contrairement à l'opinion courante, on est autorisé à le faire.

C'est également l'opinion de M. Genouville et de M. Escat (de Marseille). Ce dernier préfère cependant, aux lavages, les instillations de protargol.

M. Motz (de Paris) insiste sur l'importance de l'examen approfondi de l'urètre et des annexes pour le **diagnostic et la thérapeutique de certaines urétrites chroniques**.

On croit généralement que la **stérilité** est entraînée fatalement par l'orchite blennorragique double. Il n'en est rien, dit M. Paul Delbet, la stérilité vraie ne survient que chez les malades atteints d'orchite double avec gonflement énorme, douleur intense, dans le début de l'affection.

M. Nogués a observé un malade qui a présenté une **urétrorragie d'origine hépatique**. Une nouvelle méthode d'**urétrotomie interne, sans sonde à demeure, avec dilatation rapide**, est apportée par M. Henri Reynès (de Mar-

seille), en voici la technique : 1° antisepsie (M. Reynès emploie le sulfibenzoate de soude) ; 2° incision avec le Maisonneuve ; 3° introduction d'une sonde ordinaire 17 ou 18, et lavage de la vessie avec le nitrate faible ; laver le canal en retirant la sonde ; 4° séance tenante, dilater avec bougie cylindro-conique ou des Béniqué 17, 18, 19, 20, 21 ; 6° *habillage* antiseptique de la verge et du gland. Dans la journée, le malade urine seul, sans sonde ; après la miction, il lave et « rhabille » sa verge. Le soir et jours suivants, nouveau lavage et calibrage progressif. En trois ou cinq jours, on arrive au 24 ou 29. Le malade guéri n'a plus qu'à être surveillé et calibré de temps en temps.

Cette communication donne lieu à une petite discussion dans laquelle avec une rare unanimité MM. Nicolich (de Trieste), Tédenat, Escat, Pousson, Loumeau, Le Dentu, Albarran insistent sur les accidents formidables auxquels sont exposés les malades non soumis à la sonde à demeure.

M. Reynès défend sa méthode, et se réserve d'apporter ultérieurement des résultats probants.

Le procédé que décrit M. Genouville sous le nom de **méatotomie au galvano-cautère** semble fort ingénieux :

La technique se résume en ceci : après antisepsie et cocaïnisation, entr'ouvrir les lèvres du méat, à l'aide d'une pince hémostatique ou mieux d'un dilatateur spécial, sectionner à l'aide d'un petit couteau galvanique. La section est exsangue, ou produit à peine quelques gouttes de sang. Les suites sont nulles : un petit coton sous-préputial suffit comme pansement, et les dilatations ultérieures sont faciles. L'élargissement du méat ainsi obtenu est durable.

La méthode épidurale (voir *Gaz. des hôp.*, 1901, n° 79) semble appelée à de multiples applications. MM. Albarran et Cathelin ont eu l'idée de traiter les incontinences d'urine par les injections épidurales de sérum ou de cocaïne. Ils ont obtenu des résultats fort appréciables et encourageants. L'injection semble ici agir par inhibition du sphincter.

VÉSICULES SÉMINALES, CANAL DÉFÉRENT

M. Le Dentu a pratiqué quatre fois **l'extirpation du canal déférent et des vésicules séminales.** Il insiste sur divers points délicats de la technique à employer.

D'une façon générale il pense que l'impossibilité d'être tout à fait fixé sur l'étendue des lésions, doit rendre le chirurgien très radical.

L'extirpation totale n'est pas une opération grave, mais il faut refaire avec soin la paroi du canal inguinal.

PROSTATE

Un nouveau procédé de diagnostic de la prostatite chronique est apporté par M. J. Dorst (d'Amsterdam). — Si, après avoir traité l'urétrite blennorragique chronique et plus tard dilaté en même temps le canal, l'on fait de grands lavages avec des solutions chaudes de permanganate de potasse et si dans la même séance non seulement le premier mais aussi le dernier verre rendu est moins beau que les autres, il y a de la prostatite, qui existe en général dans toute urétrite blennorragique chronique.

La **prostatectomie** semble actuellement devenir le traitement de choix dans l'hypertrophie de la prostate, aussi M. Albarran voit-il la *prostatectomie périnéale subtotale* indiquée chez tous les prostatiques, sauf contre-indications tenant à des suppurations locales diffuses, à de graves lésions rénales, au trop mauvais état général, à l'âge trop avancé, lorsque le cathétérisme est bien toléré.

M. R. Proust (de Paris) en a ainsi réglé la technique :

« Une première fois il y a deux ans, faisant un plaidoyer en faveur de la prostatectomie dans l'hypertrophie, nous avons dû, dit-il, nous arrêter au manuel suivant : incision prérectale ; décollement prostato-rectal. On a alors sous les yeux la face postérieure de la prostate tapissée d'un voile membraneux, l'aponévrose prostato-péritonéale. Pour abaisser convenablement la prostate, on a recours à la manœuvre suivante : on introduit, par une brèche faite à l'urètre membraneux, une sonde coudée à angle droit. On fait faire un tour de 180 degrés à l'instrument, on amène ainsi le bec de l'instrument au bas-fond de la vessie : il suffit alors de ramener l'instrument à soi, il se coiffe alors de la prostate, *et l'abaisse alors dans des conditions extraordinaires. C'est le désenclaveur prostatique.* C'est alors qu'on pratique l'hémisection prostatique si importante pour la suite de l'opération ; puis l'on procède à la dissection de chacun des cols ; leur pédicularisation et la section reste à suturer la plaie urétrale.

Mais s'il y a là les conditions bien réglées d'une opération, les éléments, par exemple, essentiels du procédé que pratique aujourd'hui M. Albarran, l'opération se pratique encore dans un véritable puits assez profond. — Mes nouvelles recherches m'ont amené à prendre une position spéciale : *la position périnéale inversée* ou *sacro-verticale*, qui permet la rétropulsion du bord postérieur de l'incision, jusqu'au coccyx même. J'espère que cette amélioration, considérable à mon avis, non seulement pour les opérations sur la prostate, mais pour les ablations du rectum, les fistules vésico-vaginales, etc., sera acceptée ou employée comme l'ont été les détails de la première technique, telle que l'hémisection prostatique. »

Les communications de MM. Albarran et Proust donnent lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Le Fur, Tédenat et Pousson. Celui-ci n'est pas absolument de l'avis de M. Albarran, il pense que la méthode de Bottini (incision galvano-caustique de la prostate), et surtout la prostatectomie sus-pubienne trouvent encore des indications formelles.

M. Carlier (de Lille) ne croit pas à l'avenir de l'opération de Bottini. Cette opération a donné cependant de bons résultats à M. Desnos.

VESSIE

M. Escat (de Marseille) a observé un cas de cette singulière affection décrite par MM. Guyon et Girard, sous le nom de **cystite pseudo-membraneuse**, pratiqué la taille hypogastrique, avivé la muqueuse et drainé. Aucun antécédent ne permet ici d'établir la pathogénie de cette affection bizarre.

Très ingénieux le procédé d'**irrigation continue de la vessie après la taille hypogastrique**, qu'apporte encore M. Escat.

Il emploie du sérum artificiel, et il procède de la façon suivante :

Il a utilisé comme source d'irrigation un petit filtre-siphon, filtre Maignen, au charbon et à l'amiante, facile à faire bouillir. On le plonge dans un récipient quelconque contenant de l'eau salée bouillie, on amorce en aspirant et le fonctionnement est ensuite automatique. Le petit tube qui fait suite au filtre va rejoindre une sonde Nélaton ou un drain dur de calibre 14, plongeant dans la vessie suturée au-dessus et au-dessous. Le filtre donne jusqu'à 20 litres en vingt-quatre heures ; on augmente et on diminue le débit en élevant le récipient. L'irrigation se fait goutte à goutte,

à la température de la pièce, sans mise en tension de la vessie.

Pour la sortie du liquide, on emploie une sonde de Pezzer n° 20, dont le capuchon a été coupé de façon à former entonnoir.

Un semblable drainage a fonctionné pendant un mois sans arrêt, ne causant aucune souffrance au malade.

REINS

Contribution à la physiologie pathologique de l'incision et de l'extirpation du rein.

Sous ce titre, M. Pousson (de Bordeaux) aborde un énorme chapitre de pathologie, puisqu'il s'agit, en somme, des néphrites médicales.

L'auteur, se basant sur le triple effet de l'incision chirurgicale du rein qui calme les douleurs, arrête les hémorragies, ramène la sécrétion urinaire, a été conduit à traiter les troubles de la sécrétion urinaire chez les brightiques par la néphrostomie. Il a opéré 5 malades, n'ouvrant qu'un seul rein du côté qui semblait le plus douloureux. Deux succès qui paraissent complets donnent un très grand intérêt à cette tentative.

MM. Loumeau et Régis (de Bordeaux) rapportent un cas de délire onirique, dont l'origine première put être rattachée à la **tuberculose rénale**.

M. Brin (d'Angers) a enlevé un **myxo-sarcome du rein** de 13 livres et demie.

M. Luys (de Paris) propose un appareil **séparateur des urines**, très utile en séméiologie urinaire.

MM. Albarran et Cathelin apportent enfin une très intéressante contribution à l'**anatomie normale des capsules surrénales**.

Ces glandes, très étudiées au point de vue histologique et physiologique, ne l'ont été que peu ou pas au point de vue de l'anatomie macroscopique. D'abord, elles ne sont pas surrénales ; ce n'est jamais le bonnet phrygien coiffant le pôle supérieur du rein. Normalement, les glandes surrénales sont situées entre les reins et la colonne vertébrale, au-dessus du pédicule rénal, ayant surtout des rapports vasculaires, avec la veine rénale en bas, la veine cave inférieure à droite et à gauche. C'est d'ailleurs la situation normale chez tous les vertébrés (Thèse de Petit). A gauche, la situation est toujours basse, sus-pédiculaire ; à droite, on trouve les deux variétés, variété basse et variété haute, où la glande est logée dans le dièdre hépatico-cave. Leur forme est très variable, le plus souvent en virgule, mais jamais chez le même sujet les deux glandes ne se ressemblent. Leur direction est oblique, faisant un angle de 30 degrés avec le plan vertical, d'où des rapports importants que nous exposerons en détail en décrivant le quadrilère surrénal. C'est un des organes les plus fixes de l'économie. Outre les ligaments de la loge commune, bien étudiés aujourd'hui, il y a des ligaments propres à la capsule surrénale, ligaments très puissants qu'on ne voit bien qu'après ouverture de la loge, fixant la glande solidement aux organes voisins : les ligaments surréno-cave, surréno-hépatique et surréno-diaphragmatique.

Il n'y a pas, comme le disent les classiques, de hile à la glande surrénale, pas plus qu'à la prostate ou à la thyroïde, mais seulement des pédicules vasculaires, plus ou moins fournis chacun et au nombre de trois. La branche inférieure venant de la rénale peut être remplacée par une branche émergeant du parenchyme rénal, ce qui peut avoir son importance dans les confections de pédicules. Le prétendu hile n'est qu'un sillon médian antérieur, de formation spéciale.

Les veines comprennent d'abord : la veine dite faussement centrale et qui fait voir lorsqu'on l'ouvre une quinzaine d'orifices, représentant l'abouchement d'autant de veines, d'où le nom de *veine collectrice* que nous lui donnons. Les veines accessoires, bien étudiées déjà par Lejars, présentent un canal constant à gauche : le canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique, avec deux variétés suivant que la diaphragmatique inférieure gauche va ou non à la veine cave. Dans le premier cas, il y a une anastomose entre la diaphragmatique et la collectrice. Nous insisterons, en terminant, sur l'importance chirurgicale des capsules accessoires et sur ce fait que certains phlegmons périnéphrétiques, à origine inconnue, sont peut-être d'origine surrénale.

Le canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique décrit par MM. Albarran et Cathelin, ainsi que l'a fait très justement remarquer M. Escat, a une grande importance au point de vue de la pathogénie des pyélonéphrites doubles. Étant donné, en effet, les anostomoses des deux veines diaphragmatiques inférieures, on s'explique aisément l'influence des lésions suppurées d'un rein sur l'autre rein et le bien fondé des interventions précoces pour éviter des accidents ultérieurs graves.

REVUE DES THÈSES

De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson, par M. le docteur E. Leullier. (Th. de Paris, 1901.)

M. Leullier est partisan de l'origine interne des eczémas, adoptant en cela la définition de M. Brocq : l'eczéma est une dermatose inflammatoire objectivement caractérisée par la rougeur et la vésiculation, souvent mais pas toujours par un écoulement de sérosité, puis par des croutelles et de la desquamation.

Cette opinion se rattache aux théories de M. Bouchard sur l'arthritisme. C'est une « bradytrophie » caractérisée par la présence dans les excréta de produits incomplètement élaborés dont les plus importants sont les acides organiques et surtout l'acide urique (théorie de l'uricémie).

Cette diathèse est en rapport intime avec l'eczéma pour lequel elle est un terrain morbide prédisposé.

Les eczémas de la première enfance sont surtout des eczémas d'origine alimentaire évoluant à la faveur de la diathèse héréditaire, et pouvant être répartis dans les deux variétés décrites par M. Marfan.

Mais à côté, il y a place pour une classe spéciale d'eczémas, ceux étudiés par l'auteur, inexplicables sans la recherche des antécédents héréditaires. Ils sont une des premières manifestations de l'arthritisme chez l'enfant.

L'eczéma arthritique se rencontre également dans la seconde enfance où il revêt les caractères de cette dermatose chez l'adulte.

Le *diagnostic* de cette variété d'eczéma a pour bases :

α. La recherche des antécédents, l'association d'autres phénomènes morbides récemment synthétisés sous le terme générique de l'« uricémie » chez les enfants.

β. Sa symptomatologie, que sa complexité ne permet pas de regarder comme spécifique de l'arthritisme, marque cependant une affinité pour certaines formes objectives. C'est un eczéma, se présentant plutôt sous la forme sèche, non croûteux, très prurigineux, évoluant par poussées succes-

sives, rebelle au traitement, alternant le plus souvent avec d'autres manifestations arthritiques associées.

M. Leullier lui reconnaît trois variétés objectives, par analogie avec celles décrites chez l'adulte :

Une forme vulgaire, vésiculeuse, rare ;

Une forme craquelée, fendillée, plus fréquente ;

Une forme sèche (séborrhéique, pityriasiforme) ;

Quelquefois une forme nummulaire (seconde enfance).

γ. L'analyse des urines (densité élevée, acide urique, urates en excès), et s'il était possible l'analyse du sérum sanguin confirmeraient le diagnostic.

La *pathogénie* de l'eczéma arthritique est encore obscure. Il paraît produit par l'élimination au niveau de la peau des principes toxiques qui caractérisent les maladies par ralentissement de la nutrition, acide urique pour les uns, dérivés alloxuriques pour les autres (Prof. Tommasoli).

Le *traitement* doit s'adresser à la diathèse. Il consistera : en un régime approprié régime végétarien, peu azoté; en une hygiène rigoureuse dont le but sera d'activer la nutrition (séjour au grand air, massage, exercice). La thérapeutique cherchera à diminuer l'acidité des « humeurs » et à restituer au sérum sanguin son alcalinité. Le bicarbonate de soude et les autres alcalins seront donnés à doses modérées et intermittentes.

Le traitement hydro-minéral (La Bourboule) paraît être le traitement de choix.

Le traitement local doit être appliqué avec réserve à cause des métastases possibles.

L'influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine, par le docteur L. MAGE. (Th. Paris, 1901.)

L'angine, dit M. Mage, semble avoir le plus souvent l'influence prédominante sur la marche de la température de la *scarlatine normale*.

La courbe thermique de la scarlatine normale suit les variations de l'angine bien plutôt que celles de l'éruption. C'est ainsi que dans les cas de scarlatine, sans éruption, la fièvre est variable en raison directe l'état de la gorge. Dans les cas de scarlatine apyrétique les lésions pharyngées sont souvent les plus minimes.

Les cas de scarlatine grave hypertoxique semblent échapper à cette loi de l'évolution parallèle de l'angine et de la fièvre.

Si l'éruption de la scarlatine doit conserver toute son importance au point de vue du *diagnostic*, c'est l'angine qui doit occuper le premier rang au point de vue du *pronostic* et du *traitement* de cette affection.

La médication cacodylique chez les enfants, d'après M. Paul HABAR (1).

Nombreux sont les cas de pathologie infantile auxquels peut convenir la médication cacodylique : la chorée, les anémies et la chlorose, toutes les tuberculoses, tuberculose pulmonaire, coxalgie, mal de Pott, péritonite tuberculeuse, etc.

On a surtout essayé le cacodylate de soude contre la tuberculose pulmonaire [Benoist et Rocaz (de Bordeaux) (2)]. Dans cette maladie, sous l'influence du traitement arsenical, il y a augmentation de l'appétit et du poids. Les forces reviennent, les sueurs nocturnes disparaissent, la température s'abaisse progressivement pour atteindre la normale. Il est vrai que les signes physiques sont plus longs à disparaître et que, dans les cas de tuberculose avancée, les résultats sont nuls. C'est donc surtout dans les tuberculoses au début que la médication cacodylique est indiquée. Elle l'est encore dans les anémies graves de l'enfance, et en particulier dans les anémies des nourrissons. Dans la chorée, les résultats sont douteux. Quoi qu'il en soit, cette forme thérapeutique de l'avenir est parfaitement inoffensive chez les enfants, si l'on a soin de ne pas dépasser les doses de un à cinq centigrammes par jour. L. B.

(1) Th. de Paris, 1901.

(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 92.

FORMULAIRE

Sirop de convallaria.

Extrait de convallaria maïalis....		5 grammes.
Alcoolature d'oranges douces.	*ââ*	5 —
— de citron........		
Sirop de sucre................		175 —

Une cuillerée à café contient environ 0g20 d'extrait de convallaria. (*Journ. des prat.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Trifaud, pour l'hôpital militaire de Versailles.

MM. les médecins aides-majors de première classe Tanton, pour le laboratoire de bactériologie de Châlons-sur-Marne et la place de Châlons ; — Le Dantec, maintenu au 28e d'artillerie.

— Par décision ministérielle du 30 octobre 1901, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves sortant de l'École d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après indiquées :

MM. Cornet, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris ; — Dreyfus, au 13e d'artillerie ; — de Gauléjac, au 5e cuirassiers ; — Boigey, au 22e d'artillerie; — Notin, au 5e hussards ; — Vennat, au 10e hussards ; — Bailliart, au 76e d'infanterie ; — Prat, au 8e d'artillerie ; — Ferron, au 15e dragons : — Casaux, au 21e d'artillerie ; — Guilhaumon, au 27e d'infanterie ; — Borie, au 19e dragons ; — Guérin, au 13e d'infanterie ; — Caries, au 26e d'infanterie; — Techoueyres, au 132e d'infanterie; — Michel, au 12e bataillon de chasseurs à pied ; — Talabère, au 113e d'infanterie ; — Massol, au 11e d'infanterie; — Clément, au 11e dragons ; — Chapellier, au 8e hussards ; — Dusserre, au 23e d'infanterie ; — Evrard, 155e d'infanterie ; — Battez, au 19e chasseurs à cheval ; — Pichon, au 27e chasseurs à pied ; — Perie, au 36e d'infanterie ; — Bargy, au 10e chasseurs à cheval ; — Marland, au 6e dragons; — Garnier, au 11e chasseurs à cheval ; — Armellia, à l'hôpital militaire du camp de Châlons ; — Lantierie, au 159e d'infanterie ; — Caujole, au 11e d'infanterie ; — Lajoux, au 16e chasseurs à cheval ; — Pons, au 10e d'infanterie ; — Champeaux, au 1er dragons ; — Joly, au 9e cuirassiers ; — Nicolle, au 1er chasseurs à cheval ; — Escher, au 6e cuirassiers ; — Mayrac, au 6e d'infanterie ; — Brionval, au 4e chasseurs à cheval ; — Miecamp, au 3e bataillon de chasseurs à pied ; — Cahuzac, au 6e hussards ; — Roudie, au 91e d'infanterie ; — Fontagné, au 130e d'infanterie ; — Maître, au 21e d'infanterie ; — Borderies, au 2e chasseurs à cheval; — Bertrand (Jean), au 21e dragons ; — Pasteur, au 149e d'infanterie ; — Taillefer, au 148e d'infanterie ; — Manaud, au 22e dinfanterie ; — Carret, au 73e d'infanterie ; — Feldmuller, au 150e d'infanterie ; — Bertrand (Gustave), au 146e d'infanterie ; — Metoz, au 44e d'infanterie ; — Demanneville, au 162e d'infanterie ; — Pietrement, au 31e dragons ; — Gaillard, au 30e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décret du président de la République en date du 30 octobre 1901, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er novembre 1901 et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations ci-après indiquées :

MM. Coudeyras, au 114e d'infanterie; — Cohadon, au 59e d'in-

fanterie ; — Derappe, au 40e d'artillerie ; — Chanal, au 115e d'infanterie ; — Louët, à l'hôpital militaire de Belfort ; — Bauby, au 13e dragons.

— Par décision ministérielle du 4 novembre 1901, MM. les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent sont nommés répétiteurs à l'école du service de santé militaire pour y occuper les emplois se rapportant aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

1° *Médecine.* — M. Chavigny : physiologie et histologie ; — M. Georges : matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale.

2° *Chirurgie.* — M. Écot : anatomie normale et pathologique ; — M. Vialle : médecine opératoire et accouchement.

Marine. — MM. les docteurs Ambiel et Girard sont maintenus provisoirement dans leurs fonctions de professeur à Toulon.

M. le médecin principal Laffont, actuellement embarqué sur la *Couronne*, continuera à professer le cours de bactériologie à l'école d'application, en attendant le résultat du concours.

M. le médecin de première classe Gastinel, professeur de petite chirurgie à l'école annexe de Toulon, sera chargé provisoirement du cours de séméiologie médicale, en remplacement de M. le docteur Planté, appelé à servir à Cherbourg.

— M. le médecin principal Vergos, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le cuirassé l'*Iéna*.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le médecin en chef de première classe de la marine Jacquemin, directeur du service de santé du corps expéditionnaire de Chine.

Au grade de chevalier : M. le médecin de deuxième classe Boutellier (faits de guerre, Chine).

XIVe Congrès international de médecine (Madrid, 23-30 avril 1903). — La commission générale d'arganisation et de propagande du XIVe Congrès international de médecine, en considération du désir exprimé par quelques médecins oto-laryngologistes d'Espagne et de l'Etranger, a décidé, dans sa séance du 15 octobre, que la 11e section, portée dans le Règlement sous le titre « Otologie, rhinologie et laryngologie », sera divisée en deux sections : 11 *a.* Otologie ; 11 *b.* Rhino-laryngologie.

Ces deux sections seront indépendantes l'une de l'autre, et chacune d'elles aura son président et son secrétaire, chargés de son organisation.

La 16e section (médecine légale) sera intitulée : « Médecine légale et toxicologie. »

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 44e semaine, 880 décès, au lieu de 862 pendant la semaine précédente et au lieu de 830, moyenne ordinaire des semaines d'octobre. Cette légère augmentation est due aux maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (la moyenne est 10). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a notablement diminué (39 au lieu de 60). La variole a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (la moyenne 2) ; le nombre des cas signalés dar les médecins est de 40, La rougeole, a causé 3 décès, au lieu 5 pendant la 43e semaine (la moyenne est 2). La scarlatine 1 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 2), la coqueluche 3, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 5). La diphtérie, 14 au lieu de 19 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins présente une diminution : il est de 92 au lieu de 107.

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 288 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41). En outre, on a signalé 3 décès par diarrhée d'enfants de 1 à 2 ans, 1 décès d'adulte et 2 décès par dysentérie.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 131 décès, au lieu de 92 pendant la semaine précédente et au lieu de 106, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite chronique, 21 (au lieu de la moyenne 20) ; pneumonie, 36 (au lieu de la moyenne 18) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 66 (au lieu de la moyenne 59), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 26 à la bronchopneumonie. En outre 7 décès ont été attribués à la grippe, ce qui doit attirer l'attention.

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 14 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 52 décès ; les maladies organiques du cœur, 52 ; le cancer a fait périr 57 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès ; la cirrhose du foie, 14 ; la néphrite, 23 ; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

La nouvelle Académie de médecine. — Depuis mardi, la façade de la nouvelle Académie de médecine, située rue Bonaparte, est débarrassée de ses échafaudages. Mais l'aménagement intérieur est loin d'être terminé et il ne semble pas que l'Académie de médecine puisse quitter son local de la rue des Saints-Pères pour celui de la rue Bonaparte avant le printemps 1902.

Renseignements utiles. — Le chèque postal, dont on a tant parlé, va enfin être adopté par l'Administration des postes. C'est, paraît-il, à partir du 1er janvier 1902 que seront délivrés, dans tous les bureaux des postes, des chèques postaux dont le remboursement sera effectué à vue comme celui du bon de poste. Contre le versement d'un dépôt, dont le montant sera variable, on recevra un carnet à souche permettant aux titulaires d'établir des chèques qu'ils pourront adresser à leurs correspondants sans avoir à les faire estampiller par la poste.

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences sur les maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences, le dimanche 17 novembre 1901 à dix heures et demie du matin et les continuera tous les dimanches à la même heure.

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (service de M. le docteur Alb. Mathieu). — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Le cours sera complet en 20 leçons et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à cinq heures et demie du soir, et commencera le 25 novembre courant. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique), et autres procédés de diagnostic, auront lieu par série de 5 élèves de quatre heures et demie à cinq heures et demie avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de huit heures à midi.

Muséum d'histoire naturelle (Laboratoire d'anatomie comparée : M. Filhol, directeur). — M. le docteur Auguste Pettit commencera, le 12 novembre 1901, un cours pratique d'histologie comparée (gratuit). Les leçons et manipulations auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

S'inscrire d'avance, auprès de M. Pettit, l'après-midi, 55, rue de Buffon.

Conférences de déontologie. — MM. les docteurs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront leurs conférences de déontologie médicale le lundi 25 novembre, à huit heures et demie du soir (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continueront les vendredis et lundis suivants à la même heure.

École de Marseille. — Pendant l'année scolaire 1901-1902, M. Queirel, professeur de clinique obstétricale, fera ses cliniques les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures du matin.

Il sera assisté dans son enseignement de MM. Delanglade (gynécologie) ; Lop (cours complémentaire de pathologie de la grossesse); Platon (diagnostic obstétrical) et Mlle Mouren.

Le docteur Noël sera chargé de la consultation spéciale de laryngologie.

École professionnelle d'assistance aux malades. — Cette école, dont le but est de former des gardes-malades présentant toutes les garanties désirables, est entrée, le 14 octobre, dans sa troisième année d'existence.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Maurange, secrétaire général ou à l'École, 10, rue Ameyot (Ve), Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Stations hivernales : Nice, Cannes, Menton, etc. Billets d'aller et retour de famille, valables* 33 *jours.* — Il est délivré, du 15 octobre au 15 mai, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins quatre personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Valescure, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires (pour les trois premières personnes), le prix d'un billet simple pour la quatrième personne ; la moitié de ce prix pour la cinquième et chacune des suivantes.— Arrêts facultatifs.

Les demandes de ces billets doivent être faites quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 130. — MARDI 12 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE MARDI 12 NOVEMBRE 1901. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Une clinique chirurgicale dans les hôpitaux de Paris en l'an 1901 (*Hôpital de la Pitié;* — M. le professeur Terrier). — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, du 21 au 26 octobre 1901, a Paris. Maladies chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. — Médecine pratique. Le soufre dans le traitement de la séborrhée. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles.

UNE CLINIQUE CHIRURGICALE DANS LES HOPITAUX DE PARIS EN L'AN 1901 (1)

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. LE PROFESSEUR TERRIER

(*Leçon d'ouverture, 8 novembre 1901.*)

Après avoir passé en revue les premières modifications faites au service, la réfection insuffisante de l'amphitéâtre des cours, après avoir montré l'infériorité matérielle où nous sommes vis-à-vis de l'étranger, M. Terrier expose le fonctionnement de sa salle de stérilisation, constate, que malgré le zèle de son personnel, il est arrivé que les pansements aseptiques ont manqué. Quelque volumineux et bien installé que soit l'appareil stérilisateur, il ne peut suffire pour le nombre de ses malades.

« On a dit — et c'est un médecin — que nous gaspillions le gaz ; je serais très heureux, dit le professeur, que le confrère voulût bien nous faire connaître un autre procédé que la chaleur pour stériliser nos pansements et nos instruments. Si le gaz revient cher aux Parisiens, il n'est pas en notre pouvoir d'en diminuer le prix. Du reste, je l'ai déjà dit et j'y reviens encore, il faudrait comme dans certains hôpitaux étrangers — à Anvers entre autres — un générateur de vapeur pour faire cette stérilisation. Mais, hélas! dans les hôpitaux de Paris, où ces générateurs existent, on se garde le plus souvent de les utiliser pour la stérilisation des pansements, ce serait trop facile, trop bon marché et surtout pas assez administratif, c'est-à-dire compliqué et coûteux. »

M. Terrier fait ensuite la description de ses salles. Les salles d'hommes ont pu enfin être repeintes et nettoyées. « Malheureusement, dit-il, comme je l'ai déjà signalé, les rats ont pris possession de l'hôpital de la Pitié, ils y sont chez eux et fort respectés par le directeur de cet antique hôpital ; à l'administration centrale le procédé est plus simple : *on les ignore*. Or, ces animaux continuent à détruire les parquets, à ouvrir les conduites d'eau, de là des trous, et des inondations subites nécessitant des réparations incessantes, qui selon les errements classiques de l'Assistance publique sont faites avec une lenteur désespérante. Mais je l'ai dit, et je le répète encore cette année : le rat, hospitalisé à la Pitié, semble avoir acquis un véritable droit d'asile, droit qui est toujours strictement respecté. »

Puis vient la description du pavillon d'isolement, de la salle des femmes, et des soins donnés aux malades.

« Comme je l'ai déjà remarqué, continue M. Terrier, le succès des grandes opérations tient non seulement à l'habileté du chirurgien et de ses aides, mais très souvent aussi aux soins minutieux donnés aux opérés, surtout dans les quarante-huit premières heures qui suivent l'intervention.

Or, ces soins intelligents, nous les avons facilement grâce au concours dévoué du personnel. Ce personnel est habilement dirigé par la surveillante des femmes, Mme Nivromont, dont le dévouement et la bonté sont au-dessus de tout éloge. Je tiens d'autant plus à insister sur ce point important, que le personnel hospitalier ne jouit pas des faveurs administratives, tant s'en faut. Les logements des employés subalternes de l'hôpital *sont absolument inhabitables*, et il est scandaleux d'y faire séjourner des êtres humains. Tout au plus pourrait-on les utiliser pour y placer des animaux en expérience, et encore!

Mais l'administration de l'Assistance publique qui exige beaucoup de tout son personnel infirmier, ignore à son égard les lois les plus élémentaires non seulement de l'hygiène, mais de l'humanité. »

La description du laboratoire est des plus intéressantes. Son exiguité n'a de comparable que sa saleté et son insuffisance. Quant aux frais matériels qu'il nécessite, ils s'élèvent à la somme étonnante de 4 fr. 16 par jour. C'est avec ce modeste budget qu'il faut acheter des produits chimiques, de la verrerie, des instruments de recherche, réparer les appareils, enfin avoir les animaux pour ces expériences.

« D'ailleurs, puisque l'on est sur la question de chiffres, veut-on savoir ce que coûte par jour, à la Faculté de médecine, la clinique chirurgicale de la Pitié comprenant : un chef de laboratoire, un chef de clinique, un garçon de laboratoire, un garçon d'hôpital et les frais matériels ? — Un peu moins de 20 francs, soit 19 fr. 30 centimes. Il n'est pas besoin d'insister sur ces chiffres, ils sont éloquents! »

M. Terrier déplore l'absence d'un local soit pour la simple photographie soit pour la radioscopie. « Quand j'ai besoin d'une photographie, dit-il, il me faut avoir recours à mes élèves, ou la faire exécuter à mes frais.

(1) Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'exposé fidèle de la situation actuelle des services chirurgicaux dans la ville de Paris. C'est une triste page de notre histoire contemporaine.

D'après M. le maître des requêtes au conseil d'État, aujourd'hui directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, le professeur de la clinique chirurgicale de la Pitié doit s'adresser à la Salpêtrière et cela par l'intermédiaire du directeur de l'hôpital.

Or, l'histoire de ces démarches est assez curieuse, et je l'ai exposée à M. le maître des requêtes au conseil d'Etat. Lors de mon arrivée à la Pitié, c'est-à-dire à la fin de 1899, les radiographies étaient faites dans le service, à l'aide d'appareils prêtés par un fabricant qui fournissait aussi les produits chimiques destinés à ces manipulations. Cette manière de faire « cessa de plaire » et l'Administration créa des laboratoires centraux pour les examens radiographiques. Je fus prévenu que le laboratoire auquel je devais m'adresser était celui de la Salpêtrière. Or, comme je n'obtenais rien de bon avec cette organisation nouvelle, je me plaignis au doyen de la Faculté de médecine qui en référa au docteur Napias, alors directeur de l'Assistance. Peu après, on me prévint de m'adresser à l'hôpital Necker. Les choses allaient mieux, et mon ami M. Contremoulins, chef du laboratoire radiographique me prévenait par lettre dès que les épreuves étaient prêtes. Le directeur de la Pitié en était avisé par mes assistants et on allait plus ou moins vite chercher les épreuves à Necker. Comme c'était surtout moins vite, je me plaignis à M. le maître des requêtes, le nouveau directeur, qui me répondit de retourner à la Salpêtrière. Les observations du professeur de clinique, appuyées par M. le doyen de la Faculté de médecine ; la parole de M. le docteur Napias, tout cela ne comptait plus. Du reste que ce soit à la Salpêtrière ou à Necker qu'il faille envoyer les malades mobilisables ou qu'on doive prévenir les chefs de ce laboratoire de se déplacer, pour faire une radiographie à l'hôpital, le résultat est aussi déplorable. Au lieu d'avoir rapidement une ou plusieurs épreuves radiographiques pour déterminer une lésion et en conclure à une intervention, les choses traînent en longueur, au grand détriment des malades et blessés et aussi des élèves.

Le service, malgré ces nombreuses lacunes et imperfections, marchait assez bien, lorsque l'administration de l'Assistance publique vint nous susciter de nombreuses difficultés.

Qui dit administration, dit presque fatalement réaction; *empêcher* est un idéal pour les administrateurs en général. M. le maître des requêtes, directeur actuel de l'Assistance publique, n'a pas manqué à cette loi.

Que faire donc pour diminuer l'importance hospitalière de la clinique chirurgicale de la Pitié? S'efforcer par tous les moyens possibles — administratifs, bien entendu — d'entraver le recrutement de nos malades, au détriment des susdits malades et de l'enseignement des élèves.

L'avant-dernier conseil municipal avait eu l'idée, malheureusement acceptée par le docteur Peyron, alors directeur de l'Assistance publique, de partager la ville de Paris en un certain nombre de circonscriptions dites hospitalières, mais qui auraient pu être dénommées tout autrement.

Cette tentative, poursuivie pendant quelque temps, tomba peu à peu en désuétude, à cause des nombreuses récriminations qu'elle faisait naître parmi les habitants de la ville. Elle semblait donc abandonnée et, en tous cas, mon excellent et regretté ami le docteur Napias, successeur du docteur Peyron, ne chercha pas à l'appliquer; elle répugnait à sa nature droite et à ses sentiments humanitaires. Dès l'arrivée à l'Hôtel de Ville des nouveaux conseillers municipaux, cette mesure draconienne fut encore votée à l'unanimité, dit-on ; toujours est-il, c'est qu'après ce vote M. le maître des requêtes au conseil d'État, directeur actuel de l'Administration générale de l'Assistance, s'empressa de l'appliquer dans toute sa rigueur. En fait, Messieurs, cette mesure est fort simple à résumer :

S'il est permis aux gens riches, et parmi eux je prendrai comme exemples MM. les conseillers municipaux, ou M. le directeur de l'Administration de l'Assistance — s'il leur est possible de choisir le médecin ou le chirurgien, auxquels ils confient leur vie ou la vie des leurs; cela est interdit aux gens pauvres, — *aux pauvres*, selon l'expression administrative, inexacte et moyenâgeuse. Pourquoi? Parce qu'ils sont pauvres : *Væ victis*. Devant un public médical je n'ai pas besoin d'insister sur ce déni de justice, sur cette monstruosité sociale, sur cette absence de tout sentiment humanitaire. Un maître en médecine ou en chirurgie ne peut donner des soins expérimentés à ceux qui souffrent et les lui demandent. Il leur faut être de sa circonscription hospitalière; si cela n'est pas, tant pis pour eux, je le répète : *Væ victis*.

M. le maître des requêtes au conseil d'État, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, n'a pas hésité à accepter cette responsabilité morale.

Nombre de malades nous étaient adressés soit par des confrères, soit par nos anciens élèves. M. le maître des requêtes, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, n'admet pas cela. Si vous désirez recevoir un de ces malades, il faut lui faire une demande, en termes très humbles, je suppose. Or, il est incompétent pour juger de l'état du malade et surtout de l'opportunité des soins à lui donner. Le recrutement de nos malades fut donc diminué, les lits vacants apparurent, c'était, il est vrai, le commencement d'un idéal administratif bien connu : des hôpitaux avec un nombreux personnel, mais sans malades, ni médecins ou chirurgiens.

J'exposai, en juillet dernier, cette situation au conseil de la Faculté, faisant remarquer combien elle était nuisible aux malades et à l'enseignement. A l'unanimité, les membres du Conseil chargèrent le doyen, M. Brouardel, d'en saisir le Conseil de l'Université. Mais les prétentions de l'Administration de l'Assistance publique sont encore plus étonnantes, vous allez en juger.

Vous pourriez croire que le professeur de clinique de la Faculté est maître dans son service; j'avoue qu'après une expérience hospitalière de plus de trente années, j'avais la naïveté de le croire aussi. Eh bien, Messieurs, vous vous tromperiez, comme je me suis trompé moi-même et M. le maître des requêtes au conseil d'État, aujourd'hui directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, m'a remis dans la bonne voie.

Je le cite textuellement :

« L'admission des malades, dans le service est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur le vu du bulletin du chef de la consultation, et en dehors des heures de la consultation, sur l'avis de l'interne de garde. Ce n'est donc qu'à titre exceptionnel et en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le directeur de l'Administration générale, sur la demande motivée d'un chef de service, que peuvent être admis les malades qui lui sont directement adressés. »

Il résulte de cette prose administrative que les maîtres du service sont : MM. les chefs de consultation, et MM. les internes de garde.

Mais pourquoi donc cette dénomination conservée de chef de service, serait-ce par ironie?

Ce pauvre chef de service est obligé de solliciter la bienveillance de MM. les chefs de consultation ou de MM. les internes de garde, pour recevoir un malade qui lui est personnellement adressé, ce malade serait-il de la circonscription hospitalière

Ou bien encore, il lui faut adresser à M. le maître des requêtes — ce titre est bien choisi dans l'espèce — directeur de l'Administration générale, une demande motivée. Or, je le répète, M. le maître des requêtes n'étant pas médecin, ne peut juger de l'utilité ou de l'inutilité de recevoir tel ou tel malade ou blessé?

Pour être logique, on aurait dû appliquer la même formalité à tous les malades reçus dans les hôpitaux.

Je ne vois pas très bien pourquoi les réceptions de MM. les consultants et de MM. les internes de garde ont une valeur d'autant plus grande, que les mêmes réceptions par les chefs de service sont rejetées systématiquement. La solution de ce problème échappe à mon bon sens. En fait, le professeur de la clinique chirurgicale de la Faculté dépend de tout le monde, excepté de la Faculté.

Il est bien au-dessous de l'interne de garde ou du chef de service de la consultation et surtout sous la férule de M. le maître des requêtes, directeur de l'Assistance publique. Cette situation plus que bizarre devait vous être signalée, elle est unique, et je n'en ai jamais observé de pareille.

Je compte la soumettre au Conseil de la Faculté et, pour l'honneur de cette corporation et de l'enseignement supérieur, j'ose espérer qu'elle sera modifiée. Quoi qu'il puisse en résulter, Messieurs, en présence de ces mesures décorées du titre d'économie — qui diminuent le nombre des malades pouvant être secourus par les hôpitaux et qui tendent à abaisser le niveau des études médicales à Paris — j'ai cru devoir protester avec énergie; je remplis donc mon devoir de citoyen, de chef de service hospitalier et de professeur de Faculté de médecine. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(8 novembre 1901)

Les cas de **pseudo-phtisie pulmonaire de nature hystérique** ne sont pas exceptionnels dans la littérature. Le cas rapporté par MM. Rénon et Sollier tire tout son intérêt des circonstances particulières qui l'ont vu naître et surtout de la difficulté extrême du diagnostic.

Tout, en effet, dans cette observation, se trouvait réuni pour égarer le jugement : l'amaigrissement, la toux, la présence de frottements pleuraux, la révélation, par la radioscopie, d'un état de condensation du poumon, les accès de fièvre, la tachycardie enfin, dont la valeur significative est si grande en pareil cas. Quand les phénomènes se sont accusés davantage, le doute n'a plus été possible, et l'hystérie s'est imposée — rendant parfaitement compte de tous les faits.

Chez les anorexiques hystériques graves, il existe presque toujours une diminution de l'amplitude respiratoire, surtout marquée du côté le plus anesthésique. Celle-ci peut s'accompagner de signes d'auscultation simulant ceux de la tuberculose pulmonaire, et qui ne sont point suffisants pour assurer le diagnostic. Il semble qu'il s'agisse là d'un état atélectasique d'un des sommets des poumons, dû à l'insuffisance d'expansion des mouvements respiratoires; la radioscopie, en indiquant une modification de la transparence thoracique, rend compte de cet état, mais, si l'on interprète ses résultats dans le sens d'une tuberculose, comme chez notre malade, on est exposé à se tromper.

L'existence d'anesthésie avec ou sans point douloureux à la pression, avec ou sans correspondance de la douleur avec la tempe du même côté, également anesthésique, permet seule de faire le diagnostic. Cet état s'accompagne de phénomènes subjectifs qu'il faut rechercher, les malades n'y prenant pas garde ou ne voulant pas les avouer, comme il arrive si souvent dans l'hystérie ; tels, par exemple, ces faits bien rares et bien curieux d'auto-représentation des organes.

La restauration de la sensibilité respiratoire par des exercices appropriés, soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose si les troubles sont très anciens et très profonds et si l'anesthésie est très accentuée, jointe au relèvement de la nutrition générale par une alimentation normale, et combinée avec l'isolement, tel est le traitement le plus efficace de cette fausse phtisie. C'est, en somme, le traitement général de la grande hystérie. En outre, grâce aux exercices spéciaux que les malades apprennent à faire pour recouvrer eux-mêmes leur sensibilité, si celle-ci subissait, sous une influence quelconque, une diminution, cette méthode leur permet d'éviter les rechutes et de maintenir ainsi leur état normal et les bénéfices de leur guérison.

Les troubles pupillaires, en particulier l'inégalité des pupilles, que l'on observe couramment dans les anévrysmes de l'aorte, ont été attribués jusqu'à présent à une irritation ou à une paralysie du sympathique produite par la compression que la poche exerce sur ce nerf.

M. Babinski, dans son mémoire sur **les troubles pupillaires dans les anévrysmes de l'aorte**, ne conteste pas qu'il en soit ainsi dans certains cas; mais il croit être en mesure de prouver que la pathogénie de ces troubles est parfois tout autre.

Il présente une première malade qui a une forte dilatation de l'aorte ascendante avec double souffle, etc.; sa pupille droite est plus petite que la gauche, ce qui pourrait faire croire à une parésie du sympathique correspondant, mais il n'en est rien ; en effet, il y a une immobilité à la lumière de la pupille droite, qu'une lésion du sympathique ne peut expliquer; de plus, la pupille gauche est également immobile à la lumière, et les deux pupilles se contractent à l'accommodation. Il s'agit donc du signe de Robertson qui indique, ainsi que MM. Babinski et Charpentier l'ont démontré, que le système nerveux central est atteint par la syphilis; du reste, on constate aussi, chez cette malade, une abolition du réflexe achilléen, dont l'importance clinique est encore plus grande que celle du signe de Westphal. On peut donc considérer cette femme comme atteinte de tabes fruste.

Une autre malade, présentée en même temps, est à peu près identique, avec cette différence que le signe de Robertson est unilatéral.

Dans ces cas, la syphilis paraît être le lien qui unit les troubles pupillaires à l'anévrysme. Ces faits sont peut-être plus fréquents qu'on ne le croit. Il sera à l'avenir important de les rechercher.

MM. Marie et Guillain présentent deux malades, l'un diabétique et atteint de **ladrerie**, l'autre à qui l'application des rayons de Röntgen ont fait tomber les cheveux sur tout un côté de la tête.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à la lecture, par M. Chantemesse, de son très remarquable travail sur la **sérothérapie de la fièvre typhoïde**. On ne nous pardonnerait pas de traiter ce sujet en quelques lignes, au hasard d'un compte rendu forcément hâtif. Nous y reviendrons à loisir et comme le sujet le mérite, dans quelques jours.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

M. Delagenière (du Mans) donne son opinion dans la question, encore controversée du **pneumothorax opératoire**. Cet accident qu'on peut observer au cours d'opérations thoraciques n'est pas grave s'il se produit lentement. L'entrée brutale de l'air peut au contraire présenter des dangers, mais on y remédie an attirant le poumon dans l'ouverture pleurale et en l'y suturant.

Ce pneumothorax est même un excellent moyen de traitement dans le cas de blessure et d'hémorragie du poumon, dont l'affaissement peut déterminer l'oblitération du vaisseau lésé.

M. le professeur Le Dentu donne sa statistique sur 53 **amputations du sein** qu'il a pratiquées pour cancer histologiquement constaté.

Sur ce nombre 17 vivent encore.

Pour les 36 qui sont morts, la moyenne de survie a été de trois ans et demi, il y a 6 malades qui ont vécu entre quatre et cinq ans, 1 entre six et sept, 1 entre huit et neuf, 1 neuf ans, 1 dix ans et enfin 1 quatorze ans.

31 fois c'est la récidive qui a emporté les malades, 5 fois, c'est une maladie intercurrente.

Sur ces 17 vivantes, 10 le sont depuis plus de trois ans.

On voit que cette statistique est assez encourageante. La technique opératoire de M. Le Dentu est d'ailleurs la technique classique.

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

M. Terrier a pratiqué 15 **gastro-entérostomies** dont 7 pour cancer gastrique, il a toujours utilisé la gastro-entérostomie transmésocolique postérieure de Von Hacker.

Sur ces 15 cas, il n'a eu qu'une mort, soit 6 p. 100. Cette faible mortalité tiendrait à la manière méthodique dont il conduit l'opération ainsi qu'aux soins pré et post-opératoires. Il a obtenu une survie de quatre à onze mois chez ses opérés de cancer.

Il va sans dire que les plus beaux résultats ont été obtenus pour les affections non cancéreuses de l'estomac.

M. Montprofit, à ce sujet, rapporte que chez un malade gastro-entérostomisé par lui, et qui présentait un mauvais fonctionnement de la bouche stomacale, il crut à un *circulus viciosus* et lorsque, trois ans après, le malade consentit à une nouvelle intervention le chirurgien put voir que la bouche stomacale était parfaite, mais que ce mauvais fonctionnement reconnaissait pour cause des adhérences de plusieurs anses intestinales à la ligne de suture et à la paroi abdominale.

M. Vautrin (de Nancy) a opéré un cas d'estomac en état de **dislocation verticale**; il appelle ainsi un estomac en état de ptose totale dont un seul point de soutien reste fixe, le cardia. A propos de ce cas, il arrive aux conclusions suivantes :

Le pylore, en prolapsus, se rencontre au-dessous et à droite de l'ombilic; la première portion du duodénum suit la migration du pylore. On peut distinguer : *a.* la dislocation verticale essentielle, due à un traumatisme, à l'abus du corset ou à une faiblesse native des ligaments suspenseurs; *b.* la dislocation verticale concomitante de la ptose abdominale généralisée, due à un trouble trophique consécutif à la grossesse, et justiciable du traitement médical; *c.* la dislocation verticale compliquant la sténose pylorique.

La dislocation essentielle exige parfois un traitement chirurgical. Il estime que c'est à la gastrorraphie combinée à la gastropexie qu'il faut recourir. — Les résultats ont été excellents.

La dislocation compliquant la sténose cicatricielle exige la gastro-entérostomie (procédé de Roux, de préférence), avec ou sans gastropexie. La pyloroplastie, combinée avec la gastropexie, donne moins de garantie.

M. Pantaloni (de Marseille) a pratiqué 25 gastro-entérostomies pour affection non cancéreuse de l'estomac et il a eu un décès, l'orateur vante les bienfaits du procédé en Y de Roux.

La chirurgie de l'intestin est représentée par 2 faits d'**exclusion de l'intestin**, que M. Peyrot a pratiquée dans le cas de fistule stercorale incurable; par **trois observations d'anus contre nature**, opérés et guéris par M. Le Dentu par trois procédés différents : l'entérectomie, l'entérotomie, et l'entérorraphie latérale; par une observation de M. Reynès (de Marseille) où **onze perforations** de l'intestin par coup de feu furent suturées et guéries; par un travail de M. Goullieud (de Lyon), sur cinq cas d'**entérectomie pour cancer du cæcum ou de l'S iliaque.**

Mentionnons les conclusions de M. Souligoux sur le traitement du **cancer du gros intestin** :

« Lorsque le cancer provoque des accidents d'occlusion, il faut d'abord et uniquement établir un anus contre nature; ce n'est que plus tard qu'on pourra pratiquer une entéro-anastomose ou une résection intestinale suivie d'entéro-anastomose. Lorsque le cancer ne donne lieu qu'à un simple ralentissement dans le cours des matières, je conseille de faire le plus tôt possible l'entérectomie suivie d'entéro-anastomose; on recourra à cette dernière opération seule dans les cas où la présence d'adhérences trop nombreuses ou trop solides rendra l'entérectomie impraticable. »

Enfin, une curieuse indication d'**opothérapie entérique.** M. Vidal (de Périgueux), ayant remarqué que les occlus de l'intestin meurent souvent par empoisonnement stercoral, a eu l'idée de remédier à cette intoxication stercorale en injectant aux malades atteints d'occlusion intestinale de l'extrait entérique provenant de la macération de muqueuse intestinale de porc, et qui contient les antitoxines nécessaires à ces malades. Dans plusieurs cas cette indication lui a donné d'excellents résultats ; il faut en moyenne 50 grammes de muqueuse intestinale pour une injection. *(A suivre.)*

MÉDECINE PRATIQUE

Le soufre dans le traitement de la séborrhée.

M. Sabouraud, dans le nouvel et très intéressant ouvrage qu'il vient de publier sur la *séborrhée*, les *acnés* et la *calvitie* (1), donne les renseignements suivants sur le premier des topiques externes de la séborrhée, sur le soufre.

(1) Paris, Masson et Cie.

Le *soufre* est incontestablement le médicament le plus actif que nous possédions contre la séborrhée vraie. On l'emploie soit en lotions soit en pommades.

Le type le plus simple de *lotion soufrée* est celui-ci, dont la formule appartient à E. Vidal :

Soufre précipité.......... } *ââ* 10 grammes.
Alcool à 90 degrés.......... }
Eau distillée.............. } *ââ* 50 —
Eau de roses.............. }

Délayer d'abord le soufre dans l'alcool. Ajouter l'eau. Agiter au moment de s'en servir. Cette lotion sera appliquée le soir et enlevée à sec le matin par frottement.

Cette excellente préparation comporte cependant quelques inconvénients : d'abord elle est traumatisante et certaines peaux ne la supportent pas : de plus, elle peut provoquer l'apparition d'une conjonctivite traumatique par transport des cristaux de soufre sur les yeux. D'où le conseil suivant : recommander à ses malades, avant toute lotion soufrée, d'onctionner le bord des paupières avec une pommade anodine quelconque telle que

Oxyde rouge de mercure. 10 centigrammes.
Vaseline.............. 20 grammes.

Le soufre incorporé à des corps gras est, à proportion égale, plus offensant pour l'épiderme que le soufre incorporé à des liquides. Aussi faut-il, lorsqu'on prescrit le soufre en *pommades*, en donner des doses faibles, beaucoup plus faibles que celles indiquées au codex et dans les différents formulaires. De plus, la nature de l'excipient importe beaucoup pour éviter le traumatisme des pommades soufrées. Le cérat soufré à 20 de soufre pour 100 de cérat est mieux toléré qu'une pommade à 5 p. 100, mais à base d'axonge ou de vaseline. Les glycérés d'amidon soufrés,

Soufre sublimé lavé.......... 10 grammes.
Glycéré d'amidon............ 40 —
(Hardy),

sont bien tolérés aussi.

En résumé, lorsqu'on veut traiter les séborrhées par la médication soufrée, ne pas oublier les conseils suivants de saine pratique.

1° Sur une peau inconnue, esasyer les préparations soufrées avec prudence ;

2° Choisir d'abord comme excipient les lotions, moins offensantes ;

3° Dans les pommades, prendre d'abord comme excipent les cérats ;

4° Noter que, dans les cas où le soufre est indiqué, le malade aura, de telles préparations, un avantage suffisant pour avoir lieu d'en être satisfait. Le médecin sera alors autorisé à relever des doses insuffisantes. Si les doses primitivement employées ont été trop fortes, le malade sera en bien moins bon état après qu'avant la médication, parce que l'amélioration obtenue sera couverte par les lésions traumatiques nées du médicament lui-même.

Les *sulfures* alcalins sont bien plus des antiherpétiques, des antidartreux qu'ils ne sont proprement des antiséborrhéiques. Néanmoins ils peuvent être utilisés sous toutes formes dans le traitement des séborrhées huileuses de tous sièges, et ils n'y sont pas sans résultat.

Les bains sulfureux généraux sont à peu près notre unique arme dans la séborrhée seule, totale du corps. Mais il faudra avoir soin de formuler pour chaque patient le bain sulfureux approprié, de commencer par la moitié de la dose habituelle, de tâter les réactions individuelles des malades. On se rappellera que l'addition de 200 grammes de gélatine (Dupuytren) diminue énormément la réaction traumatisante des sulfures, et qu'on peut arriver à guérir, par les bains sulfureux gélatinés, des lésions que le bain sulfureux simple irriterait et n'améliorerait nullement.

Les sulfures peuvent être incorporés à des lotions :

Sulfure de potasse....... } *ââ* 1 gramme.
Teinture de benjoin....... }
Eau distillée.................. 100 —
(Viguier.)

Celle du Codex est trop active et irritante.

Les sulfures peuvent être incorporés aux glycérés :

Glycéré d'amidon............ 30 grammes.
Trisulfure de potassium....... 0g50 à 1 gr.

ou aux pommades :

Foie de soufre liquide........ 20 grammes.
Axonge benzoïnée......... } *ââ* 50 —
Savon de potasse......... }
(Bard.)

Sulfure de calcium.......... 10 grammes.
Axonge.................... 100 —
Essence de thym............ 1 —
(Debregne.)

Les préparations à base de sulfure n'ont que peu d'action dans la séborrhée fluente ; de plus, elles répandent une odeur insupportable. Pour ces deux raisons, il convient, dans la plupart des cas, de préférer les produits soufrés aux produits sulfurés.

L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 18 AU 23 NOVEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 18 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Jalaguier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

2e, Sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

MARDI 19 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Pozzi, Quénu et Bonnaire ; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon ; — (2e série) : MM. Joffroy, Thoinot et Gouget ; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Béclard* : MM. Lannelongue, Reclus et Potocki ; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 21 NOVEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Thouret* : MM. Mathias-Duval, Gley et Richaud ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 22 NOVEMBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Thoinot et Tessier ; — M. Cuneo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Widal ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Retterer, suppléant.

SAMEDI 23 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Hanriot.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Debove, Widal et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Charrin, Achard et Launois ; — M. Remy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

564. M. Valsamides. De l'extirpation des trompes par le procédé anatomique. — 565. M. Renaud. De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant. — 566. M. Royer. De l'ossification des moignons d'amputation. — 567. M. Brule. Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les fractures du membre inférieur. — 568. M. Mathevet. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle. — 569. M. Dramard. De l'hyctérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — 570. M. Renaudiere de Vaux. Contribution à l'étude des éventrations post-opératoires par atrophie musculaire. — 571. M. Duche. De la précocité intellectuelle. — 572. M. Pegot. Les surdités de la furonculose et de la grossesse. Existence d'un centre psychique d'auto-audition. — 573. M. Napier. Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par les sels de quinine (Méthode de M. Jaboulay). — 574. M. Gabriel Bertrand. Traitement rationnel de la blennorragie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme. — 575. M. Champenois. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein (traitement). — 576. M. Pouquet. Traitement des fistules rénales. — 577. M. Lelong. Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante de réduction extemporanée. — 578. M. Gebrak. Le pneumothorax dans la bronchectasie. — 579. M. Duboz. Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique. — 580. M. Batard. Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique. — 581. M. Mezger. De l'oligoamnios. — 582. M. Lepeut. Contribution à l'étude du traitement du lupus de la face par la photothérapie. — 583. M. Montel. De la résolution lente de la pneumonie lobaire aiguë. — 584. M. Ladrague. Alcoolisme et enfants. — 585. M. Bonamy. Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire. — 586. M. Bossard. Contribution à l'étude de la chorée de Sydenham. De son traitement par le bromure de camphre en particulier. — 587. M. Gerard. Alcoolisme médicamenteux. Prophylaxie. — 588. M. Le Cerf. De l'opsiurie. — 589. M. Duchesne. La forme rénale de l'ictère acholurique simple. — 590. M. Frossard. Des rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques. — 591. M. de Cisternes. De l'influence de la pleurésie intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires. — 592. M. Boirivant. Traitement de l'eczéma par les composés du plomb. — 593. M. Lapeyre. Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — 594. M. Gebrak. La pyélo-néphrite chez les femmes enceintes et en particulier de son traitement. — 595. M. Hahn. Des prématurés. Caractères, pronostic, traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lille.* — Le concours pour deux places d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Looten et Muller.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Un concours s'ouvrira le 15 mai 1902, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique à l'École de médecine d'Amiens.

Angers. — Un concours s'ouvrira le 12 mai 1902, devant la Faculté ce médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

Rennes. — Un concours s'ouvrira le 7 juillet 1902, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

Les registres d'inscription de ces trois concours seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Marine. — M. le médecin de première classe de la marine Durbec, en retraite, est nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et est affecté au port de Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe Carbonnel, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Élan* (école de pilotage à Brest), en remplacement de M. le docteur Viguier, qui terminera le 22 novembre courant la période réglementaire du service à la mer.

Legs. — La veuve du professeur Morisson vient, par testament, de léguer aux Hospices civils de Lille la somme de 10000 francs, à charge par ceux-ci de créer un lit dans l'un de ces hospices.

Les femmes-médecins. — Une statistique de Chicago évalue le nombre des femmes-médecins exerçant actuellement, à 8000. Les États-Unis en comptent 6000 ; l'Empire britannique, 400, dont 86 pour Londres ; la Russie 700 ; la France exactement 85, dont 74 pour Paris ; l'Italie, 20 environ.

Dans l'Inde, 133 hôpitaux ont un personnel médical exclusivement féminin ; en Perse existe un hôpital identique dirigé par des doctoresses russes. Le Caire compte une femme-médecin, Alexandrie également. Ménélik a attaché à sa cour une doctoresse d'origine suisse. La reine d'Italie a pour docteur intime une femme-médecin. (*Mém. lib.*)

Hôpital Saint-Antoine. — *Enseignement pratique des spécialités.* — Neurologie et psychiatrie (M. le docteur Ballet) : Consultations le mardi, à neuf heures et demie, dans la salle des Conférences ; leçons cliniques le dimanche, à dix heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique (la date d'ouverture sera indiquée ultérieurement).

Obstétrique (MM. les docteurs Bar et Tissier) : Consultations le mardi et le vendredi, à neuf heures, à la Maternité ; leçons cliniques le jeudi, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de la Maternité ; exercices pratiques pour les élèves régulièrement inscrits : seuls, ils prennent part quotidiennement à l'examen des malades et sont, à tour de rôle, de garde pendant vingt-quatre heures à la Maternité (première série du 1er décembre au 1er mars, seconde série du 1er mars au 15 juin). S'inscrire à la Maternité.

Radiologie médicale et pathologie des organes thoraciques (M. le docteur Béclère) : Enseignement au lit des malades tous les jours, à neuf heures, dans les salles Grisolle et Magendie ; consultations avec examen radioscopique le samedi, à dix heures, dans la salle des Conférences ; conférences de radiologie avec présentation de malades le dimanche, à dix heures, dans la salle des Conférences (première série, jusqu'au 22 décembre) ; exercices pratiques de radiographie les lundis, mercredis et vendredis, dans l'après-midi, au laboratoire de M. Béclère (le droit d'inscription pour ces exercices pratiques est de 90 francs, tous frais compris).

Pathologie chirurgicale (M. le docteur Blum) : Enseignement au lit des malades, tous les jours, à neuf heures, dans les salles Dupuytren, Lisfranc et Velpeau.

Pathologie de l'appareil respiratoire (M. le docteur Galliard) : Conférences le mercredi, à neuf heures et demie, dans la salle des Conférences ; exercices pratiques de séméiologie les jeudis et samedis, dans les salles Louis et Nélaton.

Dermatologie et vénéréologie (M. le docteur Gaucher) : Consultations les lundis, mercredis et samedis, à neuf heures, dans le pavillon Lorain ; leçons cliniques le dimanche, à dix heures et demie, dans l'amphithéâtre de la Maternité (à partir du 17 novembre).

Otologie, rhinologie et laryngologie (M. le docteur Lermoyez) : Conférences de technique et de séméiologie le mardi, à dix heures ; conférences de thérapeutique le samedi, à dix heures ; petite chirurgie spéciale le lundi, à dix heures ; opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face), le vendredi, à dix heures.

Pathologie et gynécologie chirurgicales (M. le docteur Monod) : Enseignement au lit des malades les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures et demie (lundi salle Blondin, mercredi salle Cruveilhier, vendredi salle Broca) ; opérations les mardis, jeudis

et samedis, à dix heures; consultations gynécologiques le mercredi, à dix heures.

Gynécologie médicale (M. le docteur Siredey) : Consultations les mardis et samedis, à neuf heures et demie, dans la salle Chomel; conférences le jeudi, à dix heures, dans la salle Chomel (à partir du 1er décembre).

Pathologie médicale (M. le docteur Thoinot) : Enseignement au lit des malades tous les jours, à neuf heures, dans les salles Roux, Corvisart et Magendie.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques le mardi 19 novembre, à dix heures, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'ophtalmologie. — M. le docteur F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté commencera le lundi 18 novembre, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le professeur Hayem, pavillon Moïana, une série de conférences cliniques, et les continuera tous les lundis suivants à la même heure.

1° Examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie clinique (avec malades et exercices par les élèves).

2° Rapports des maladies de l'œil avec les maladies générales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La faiblesse irritable sexuelle, étude psycho-physiologico-médicale, par N. Renza. Un vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Dictionnaire d'hygiène des enfants, par M. Jules Comby. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 131. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1901. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les accidents consécutifs aux injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine; conditions qui les favorisent; influence prépondérante du degré de concentration de la solution, par M. E. Lafforgue, médecin-major de deuxième classe. — Séance de l'Académie de médecine. — XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, du 21 au 26 octobre 1901, a Paris. Maladies chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. — Revue de la Presse. *Médecine :* Fièvre typhoïde sans lésions intestinales; — *Médecine tropicale :* Les moustiques et la fièvre jaune. — La médecine au théatre. *Les Avariés*, de M. Brieux. — Pratique médicale. Traitement des rectites suppurées, par M. Suzor. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS HYPODERMIQUES DE CHLORHYDRATE DE QUININE

CONDITIONS QUI LES FAVORISENT; INFLUENCE PRÉPONDÉRANTE DU DEGRÉ DE CONCENTRATION DE LA SOLUTION

Par M. E. Lafforgue, médecin-major de deuxième classe.

Dans un travail récemment publié dans la *Gazette des hôpitaux* (injection de quinine et tétanos, 20 août 1901), M. le médecin principal Moty appelait l'attention sur l'importance qu'il faut accorder dans la genèse des accidents consécutifs aux injections de chlorhydrate de quinine au degré de concentration de la solution dont il est fait usage.

Durant notre séjour de près de quatre années dans la province de Constantine, nous avons pu observer 183 malades sur lesquels il a été pratiqué le chiffre considérable de 1.754 injections de quinine, et les conclusions auxquelles nous ont amené ces faits sont conformes à l'opinion de M. Moty. J'ai été obligé, dès les premiers temps, de dédoubler la solution indiquée par le formulaire des hôpitaux militaires et la solution ainsi modifiée, usitée dès lors, exclusivement par nous, n'a donné lieu à aucune des complications que nous avons observées sinon constamment, du moins assez souvent, avec la solution concentrée. Nous avons signalé brièvement ce fait dans une étude sur le paludisme dans l'Oued Rir publiée dans la *Revue médicale de l'Afrique du Nord* (décembre 1899-février 1900).

Il nous a paru y avoir quelque intérêt à résumer ces faits et à analyser les circonstances dans lesquelles ont pu se produire les accidents en question; cette analyse démontre, en effet, la réalité de l'influence qu'exerce dans leur pathogénie la condensation des solutions quiniques.

Pendant les premiers mois (avril-juin 1890) qui ont suivi notre arrivée, nous avons utilisé la solution de chlorhydrate neutre indiquée par le formulaire des hôpitaux militaires :

Chlorhydrate neutre de quinine.	10 grammes.
Eau distillée bouillie..........	Q. s.

pour obtenir à + 15 degrés un volume total de 20 centimètres cubes.

1 centimètre cube renferme 0g50 de chlorhydrate neutre de quinine.

Les malades à qui j'ai fait des injections de cette solution sont assez nombreux. Cette période est précisément celle où le paludisme commence à se manifester dans la région de Touggourt où j'étais alors. Rares sont parmi eux, ceux qui n'ont pas présenté, qui un abcès, qui une escare, qui une induration nodulaire inflammatoire fibreuse — accidents de gravité et d'étendue variables — à la suite de ces injections.

L'étendue et la gravité de ces accidents différaient d'ailleurs suivant l'état général du sujet, la gravité de l'infection elle-même, et chez le même malade, suivant la région où était faite l'injection. Mais dans tous les cas, la cause efficiente et primordiale, que l'on retrouve toujours, c'est la concentration de la solution. Les autres circonstances pouvaient ne pas exister ou différer, ces accidents cependant se produisaient encore; leur forme seule était influencée par ces facteurs pathogéniques secondaires, dont nous essaierons toutefois de déterminer le mode d'action.

a. *Influence de la concentration de la solution.* — Un premier fait ressort de l'examen des tableaux où nous avons résumé nos observations, c'est que la fréquence et l'étendue des lésions sont d'autant plus prononcées que le titre de la solution injectée est plus élevé.

Avec la solution la plus forte (0g50 centigr. par centimètre cube), on observe presque chez tous les malades, et sinon à la suite de toutes les injections, du moins au niveau de plusieurs, des phénomènes de nécrose surtout. Les tissus subissent une mortification rapide, leur vitalité est détruite d'emblée sans avoir le temps de donner lieu à un processus réactionnel; et l'on voit se développer cette escare profonde, à bords nettement limités, à fond atone et sans exsudation sanguine, même après l'élimination des éléments détruits.

Avec une solution titrée à 0g35 pour un centimètre cube, les escares sont moins fréquentes, mais chez presque tous les malades, au niveau d'une injection au moins, on voit évoluer des phénomènes inflammatoires et suppuratifs plus ou moins étendus.

Les injections non suivies d'abcès manifestent leur influence irritante par la production d'une tuméfaction douloureuse, dure, et plus ou moins rouge, qui laisse à sa suite une nodosité indurée du tissu sous-cutané.

Au-dessous de ce titre, avec les solutions de 0g30 par cen-

timètre cube, on n'observe plus que des indurations inflammatoires sans pus.

Ce n'est qu'avec des solutions ayant au maximum 0g25 pour 1 centimètre cube que l'on peut espérer être à l'abri de toute réaction locale. Avec la solution à 0g20 par centimètre cube, on est à peu près sûr de ne pas en avoir.

Au début, et pour vérifier l'exactitude de notre opinion, nous avons pratiqué simultanément et sur le même malade, en des points exactement symétriques, en usant d'un mode opératoire strictement identique, des injections de solutions de titres différents. Nous avons toujours constaté l'innocuité des solutions faibles, tandis que se développaient des accidents variés au niveau des injections de la solution concentrée. Ainsi sur un malade atteint de fièvre très grave, à forme comateuse, nous avons fait une injection de 2 centimètres cubes de solution à 0g20 centigrammes, dans la fesse gauche et une injection de 1 centimètre cube de solution à 0g40 centigrammes. Les premières, bien que faites au même point, sans retirer l'aiguille et ayant introduit par suite une quantité de sel égale à celle de la deuxième injection, n'ont donné lieu qu'à une très légère rougeur de la peau sur un diamètre de 1cm5 environ, rougeur qui a disparu en trente-six heures, tandis que sur la fesse droite s'est développé un abcès ulcéreux ayant amené une perte de substance de 2 centimètres et demi à 3 centimètres de diamètre sur 1 centimètre et demi de profondeur.

La rapidité avec laquelle est poussée l'injection elle-même n'est pas sans action importante sur l'apparition de ces accidents. Avec la même solution, même celle d'un titre moins élevé, on peut produire une réaction inflammatoire en poussant le liquide brusquement et très rapidement, tandis que la réaction locale est absolument nulle ou bien moins intense, si on l'injecte très lentement et progressivement.

Ce fait n'a même pas besoin d'être expliqué. Il est certain que, lorsqu'on pousse brusquement le liquide dans le tissu sous-cutané, les éléments histologiques de ce tissu sont brusquement dissociés, on produit une distension brutale des faisceaux ou des fibres conjonctives. Certaines d'entre elles sont rompues; les éléments figurés subissent un véritable traumatisme, et l'effet doit être celui que l'on observe dans tous les traumatismes, mortification plus ou moins complète des tissus contusionnés, vitalité des éléments détruite ou amoindrie. Ces éléments se trouvent donc dès lors bien préparés à subir l'action nécrosante du sel quinique lui-même.

En poussant lentement l'injection, le liquide distend peu à peu les éléments du tissu sous-cutané, et si l'injection est bien lente, la limite d'élasticité de ces éléments n'est pas dépassée, le liquide s'insinue pour ainsi dire dans les interstices virtuels qui les sépare et ne produit point les effets traumatiques qui précèdent.

On peut se rendre compte de ces faits en examinant la région au moment où l'on pratique l'injection. Dans l'injection brusque, il se forme une tuméfaction voisine de la canule, peu développée en surface et, au contraire, très étendue en hauteur ou profondeur; il se fait à ce niveau une congestion réelle, parfois une sorte d'ecchymose. Dans l'injection lente, on voit le liquide s'éliminer peu à peu, insensiblement de plus en plus loin de l'aiguille, s'éloigner, s'étendre en surface, ne soulevant que très peu le tégument. On ne constate, comme réaction locale, qu'une légère rougeur congestive, comme on l'observe dans les injections d'autres substances.

Enfin, si l'on prend soin d'exercer au point injecté et dans le voisinage des frictions légères, centrifuges, on favorise encore l'absorption du liquide, et on diminue son séjour au contact des tissus sous-cutanés, et par suite la durée de son action toxique sur ces derniers.

Quelle que soit la gravité de l'infection, quelque cachectique que soit le malade, en s'entourant de ces précautions différentes, on est sûr de ne pas observer la moindre réaction inflammatoire. C'est surtout dans ces cas graves que les frictions consécutives à l'injection rendent un réel service. Ces malades ont, en effet, leur circulation périphérique profondément troublée et très ralentie. La tension artérielle est diminuée; on constate une tendance marquée aux stases capillaires. Le sang laisserait plus facilement exsuder hors des vaisseaux les principes qui le constituent qu'il ne prendrait aux tissus qu'il irrigue les éléments dont normalement il s'imprégnerait. Par ces frictions légères, on active la circulation périphérique par la stimulation du système vasomoteur; et l'on obtient ce résultat bien connu du massage dans les extravasations séreuses, la résorption du liquide extravasculaire.

b. *Influence de la gravité de l'infection.* — Cette influence de la gravité de l'infection sur la fréquence des accidents ressort nettement des chiffres inscrits dans les tableaux résumant nos observations.

Quel que soit le titre de la solution — exception faite de la solution faible, qui permet de les éviter dans tous les cas en s'entourant des précautions ordinaires — on est exposé à des accidents plus nombreux et plus graves et surtout plus prolongés chez les malades atteints des formes les plus sévères. La réparation, la cicatrisation des pertes de substance dues soit aux abcès, soit aux escares, sont alors, et surtout dans les cas d'accès pernicieux à forme comateuse, d'une extrême lenteur. La surface de l'ulcération a une teinte gris sale de très mauvais aspect et la plaie est atone, ne bourgeonne pas ou bourgeonne très peu, ne laisse exsuder que peu de liquide; la guérison, dans certains cas, a exigé plus d'un mois et demi et de deux mois.

Ces faits n'ont rien de spécial; ils rentrent dans la catégorie des plaies évoluant sur un organisme débilité par une maladie générale quelconque, telle que les plaies des diabétiques, des cancéreux, des brightiques. Chez ces malades, comme chez les paludéens graves, l'économie tout entière intoxiquée voit la vitalité de ses organes fortement affaiblie, les échanges nutritifs et le remplacement des éléments usés se font imparfaitement au sein des différents tissus, qui sont dès lors non seulement moins résistants à l'encontre des facteurs de désagrégation, mais encore moins aptes à se réparer.

Et cela est d'autant plus naturel dans le paludisme grave que les troubles et les altérations pathologiques prédominent au niveau du liquide nutritif chargé d'effectuer ces échanges et d'opérer la soustraction des éléments usés, et au niveau du système nerveux, dont l'action trophique se manifeste si souvent dans ces cas par les complications gangréneuses spontanées. La dépression du système nerveux est dans ces circonstances des plus accentuées, et les nécroses des tissus superficiels ne sont pas rares en dehors de toute infection et de tout traumatisme même.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(12 NOVEMBRE 1901)

C'est encore l'aventure du « **Sénégal** » qui a occupé toute cette séance; M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, a prononcé un long et chaud plaidoyer en faveur du service sanitaire. Il s'est efforcé de démontrer, en s'appuyant sur les rapports officiels quotidiens de M. le docteur Catelan, directeur du service sanitaire à Marseille, que ce service à aucun moment n'a manqué à ses devoirs, que les règlements, tels qu'ils existent actuellement, ont été rigoureusement observés. Il a reconnu toutefois que certains de ces règlements doivent être revisés et que certaines mesures parfaitement suffisantes pour s'opposer à l'invasion du choléra étaient devenues insuffisantes contre la peste. Il faut donc revenir sur ces règlements, il faut y apporter des améliorations, il faut saisir les pouvoirs publics et l'aventure du *Sénégal* aura eu cet avantage qu'elle contribuera à faire obtenir ces améliorations. M. Bucquoy a donc bien fait de porter devant l'Académie cette aventure et le service sanitaire, le premier, doit lui en être reconnaissant.

Nous ne suivrons pas M. Monod dans les longues et intéressantes explications qu'il a données, après M. Proust, sur le fonctionnement du service sanitaire. Mais nous nous associerons de tout cœur avec lui, comme nous l'avons l'avons déjà fait avec M. Proust et avec M. Bucquoy lui-même, pour rendre justice à tous les agents, grands et petits, de ce service, qui ont si bien, somme toute, fait leur devoir, qu'ils sont arrivés à ce résultat, que la peste qui règne en Egypte, en Portugal, en Italie, en Écosse, en Angleterre n'a pas encore pénétré en France.

M. Bucquoy rappelle qu'il a rendu, au nom des passagers, hommage au dévouement et à la science du personnel sanitaire. Son but a été de provoquer l'allocation des fonds nécessaires pour mettre le Frioul à hauteur du rôle qu'il est appelé à remplir.

M. Léon Colin a toujours soutenu, d'accord avec les médecins qui ont vu de près les grandes épidémies, que le débarquement hâtif des passagers est de règle absolue pour les navires contaminés. Le temps n'est plus où l'équipage devait servir de réactif et permettre de déceler si le navire portait dans sa cale, dans son chargement, les germes des maladies infectieuses. En raison de cette nécessité impérieuse du débarquement *hâtif et complet* de tous les individus, il faut que les lazarets comportent les locaux nécessaires pour abriter ce personnel. En cas de nécessité, il vaut mieux recourir aux abris de fortune, et c'est ce qu'on aurait dû faire au Frioul.

M. d'Astros proteste contre l'affirmation de M. Bucquoy qu'il n'y avait pas de sérum antipesteux à Marseille. Il y en avait plus de deux litres au laboratoire départemental d'hygiène; seulement, on ne lui en avait pas demandé.

M. Pinard présente la **statistique de son service** de la clinique Baudelocque. Sur 2200 accouchements, le nombre des décès a été de 118, ce qui fait une mortalité moyenne de 0,50 p. 100.

Un fait amusant à dédier à M. le préfet de police : M. Perrier, chirurgien en chef de la Compagnie des chemins de fer du Nord, a relevé la statistique suivante : on a installé des **crachoirs à la gare du Nord**; on a chargé un employé de compter le nombre des voyageurs qui crachaient dans ces crachoirs, or voici les chiffres intéressants constatés par cet employé :

Le 18 octobre, de cinq heures du soir à cinq heures trente il est passé, devant ces deux crachoirs, 940 personnes, sur lesquelles 11 ont craché par terre, et 3 dans les crachoirs.

Le 19 octobre, en une demi-heure, 860 voyageurs ont circulé en cet endroit, 19 ont craché par terre et 2 dans les récipients.

Le lendemain, en un quart d'heure, 1280 personnes ont passé devant les crachoirs; personne n'y a eu recours, tandis que 12 crachaient par terre.

On voit, par ces chiffres, qu'il faudra encore bien du temps avant qu'une crainte salutaire de la poussière des crachats ait pénétré dans l'esprit des masses.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

M. Lucas-Championnière apporte son importante statistique de **1030 cas de cure radicale de hernies.**

Dans le cas de **hernie interstitielle**, M. Berger a recours au procédé suivant :

« Après avoir incisé le grand oblique, suivant la direction de ses fibres jusqu'à l'anneau inguinal externe, après avoir, suivant les cas, extirpé ou au contraire fixé dans les bourses le testicule ectopié, enfin, après avoir réséqué le sac, je commence par réunir le petit oblique et le tendon conjoint à la lèvre interne de l'arcade de Fallope. J'incise alors la gaine du muscle droit voisin le long de son bord externe, et, attirant la lèvre externe de cette incision, je la suture à la lèvre externe de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire par-dessus la première suture faite. Pour empêcher le corps du muscle droit ainsi libéré de se déplacer, je le fixe à la face profonde de sa gaine. Saisissant ensuite la lèvre interne de l'incision de la gaine aponévrotique du droit, je la suture à la lèvre externe (inférieure) de l'incision du grand oblique; je termine enfin par une dernière suture qui réunit la lèvre interne (supérieure) du grand oblique à l'arcade de Fallope. J'ai superposé de la sorte, au-devant de la brèche herniaire, une série de plans capable par la suite de s'opposer efficacement à toute récidive. »

M. Tailhefer (de Béziers) cite un cas de **cystocèle crurale** dont l'étranglement donnait les mêmes signes que s'il se fût agi d'une entérocèle.

Dans les cas de **hernies de l'S iliaque**, MM. Savariaud et Pascal conseillent de retourner le sac.

Pour obtenir ce retournement, il faut réaliser deux conditions préalables : 1° séparer le sac, l'intestin et ses vaisseaux des parties voisines; 2° faire le retournement proprement dit. — Pour réaliser la première condition il faut renoncer à l'habitude qu'on a de disséquer le sac au plus près, ce qui amènerait à dépouiller l'intestin de son revêtement séreux; il faut au contraire séparer l'ensemble formé par le sac et le cordon des parois du canal inguinal. — Pour que le retournement soit facile, il faut 1° que la région inguinale soit largement débridée; 2° que le collet du sac soit dilaté au maximum; 3° que la résolution musculaire soit complète; 4° que le malade soit en position déclive; 5° que le sac soit recousu.

La paroi est reconstituée suivant un procédé quelconque. L'effet du retournement est de rétablir la disposition normale de l'S iliaque flottant au bout d'un long méso dans la fosse iliaque.

Le même chirurgien applique, à la cure radicale des **hernies ombilicales**, un procédé particulier de doublement des aponévroses, dont il superpose les bords.

L'**appendicite** a peu tenté les orateurs. Signalons : un cas d'appendice long et difficile à enlever, que M. Thiéry a sectionné, occlus, et laissé dans l'abdomen sans dommage pour le patient; des réflexions de M. Paul Delbet à propos de 39 observations d'appendicite et une observation d'appendicite étranglée dans une hernie observée et opérée par M. Tailhefer.

M. Legueu a pratiqué une **résection du foie pour syphilome**.

« Une femme de trente-huit ans présentait dans le flanc droit une tumeur volumineuse en connexion avec le foie, et se cachectisait de plus en plus. Le diagnostic de cancer semblait le plus vraisemblable, et, n'étant pas fixé sur la localisation de la tumeur, je ne crus pas devoir refuser à cette malade le bénéfice d'une laparotomie exploratrice. Je tombai sur une grosse tumeur du foie développée surtout en un gros noyau dans son segment antérieur, et je l'enlevai par section après hémostase préventive et avoir enlevé la vésicule biliaire qui lui adhérait. — L'examen histologique montra des cellules géantes et de l'infiltration embryonnaire qui pourraient faire croire à la tuberculose. Mais on n'a jamais trouvé de bacilles, et des accidents obstétricaux multiples permettent de penser qu'il s'agit réellement de syphilis.

Une autre fois j'ai opéré une malade dans des conditions identiques et avec un plein succès. A la suite de l'opération la régénération est survenue très rapide.

Le procédé de l'hémostase au catgut auquel j'ai recours a toujours été parfait; je n'ai eu aucune complication de ce côté. »

M. Fröhlich (de Nancy) a eu l'occasion d'enlever une tumeur analogue. L'opération fut facile et ne donna lieu qu'à une hémorragie minime, bien que la tumeur fût adhérente à la paroi abdominale et aux côtes. Le malade guérit. L'examen histologique de la tumeur confirma le diagnostic de syphilome.

M. Schwartz, qui vient d'écrire un livre sur les maladies du foie, donne des indications intéressantes sur la **cholédocotomie**, et par là il entend la cholédocotomie sus-duodénale, laissant de côté la cholédocotomie sous ou intra-duodénale dont les indications sont tout à fait rares — la cholédocotomie est aujourd'hui une opération courante dans les cas de calculs du cholédoque. Elle est facile lorsqu'il n'existe pas d'adhérences au voisinage de l'hiatus de Winslow. Dans le cas contraire, l'opération devient très difficile, en raison du mal que l'on a à découvrir et à libérer le cholédoque : dans ces cas on peut arriver au but en se servant de la vésicule biliaire et du canal cystique comme fil conducteur. Mais cette vésicule est parfois tellement atrophiée que ce point de repère manque également. Il faut user alors d'un artifice qui, dans un cas lui a donné un bon résultat : avec une sonde cannelée il chercha et finit par trouver, au milieu des adhérences, un plan de clivage entre le cholédoque, la veine porte et l'artère hépatique; il dégagea le cholédoque et l'amena finalement au dehors où il l'incisa. Il ne fit point de suture de ce conduit et se contenta de drainer, pendant une dizaine de jours, le canal hépatique. La guérison se fit sans incidents.

Quant à la *cholécystectomie*, il voudrait insister surtout sur la nécessité, et les avantages, qu'il y a, dans les cholécystites suppurées anciennes avec fistule. d'extirper les lésions d'un seul bloc, comme on le ferait d'une tumeur. Cette façon de faire est rapide, facile, sûre, c'est-à-dire sans risques d'infection pour le péritoine et la guérison survient en quelques semaines. Il a obtenu récemment un très beau succès de ce genre. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Fièvre typhoïde sans lésions intestinales. — MM. Opie et Basset décrivent le cas d'un enfant de dix ans qui fut atteint d'infection typhoïde sans lésions des plaques de Peyer. L'évolution était celle d'une dothiénentérie vulgaire : apparition des taches rosées, hypertrophie de la rate, courbe spéciale de la température. Le séro-diagnostic de Widal donna un résultat positif. D'apparence bénigne au début l'affection prit bientôt un caractère sévère avec l'apparition d'hémorragies répétées, épistaxis, taches purpuriques, hémorragies intestinales suivies d'une grave anémie secondaire qui amena la mort.

A l'autopsie, les lésions classiques de la fièvre typhoïde faisaient défaut; il n'y avait pas d'ulcérations de la muqueuse et les plaques de Peyer ainsi que les follicules clos isolés présentaient des altérations tellement légères qu'elles auraient parfaitement pu échapper à l'examen si on n'avait suspecté une fièvre typhoïde. Tout au plus trouvait-on au niveau des follicules isolés quelques points de pigmentation. Cependant l'histoire clinique du malade ne laisse aucun doute sur la participation précoce de l'intestin à la maladie, puisque, pendant la première et la seconde semaine on notait de la diarrhée, la douleur iliaque, de la sensibilité et quelque distension. De plus, il y avait, dans les matières fécales, du sang que son abondance ne permettait pas d'attribuer à une épistaxis déglutie.

Malgré l'absence presque totale de lésions spécifiques de l'intestin, les ganglions mésentériques et la rate étaient augmentés de volume et le foie présentait quelques petits foyers nécrotiques. L'enfant a donc succombé, comme d'ailleurs l'examen bactériologique l'établit péremptoirement, à une fièvre typhoïde à forme hémorragique, et l'autopsie seule n'aurait pu permettre d'affirmer ce diagnostic sans l'histoire clinique et l'examen microscopique. (*John Hop. Hosp. Bull.*, sept. 1901.) A. H.

MÉDECINE TROPICALE

Les moustiques et la fièvre jaune. — Le rôle des moustiques comme agent de transmission des maladies infectieuses s'affirme de jour en jour. Après le paludisme, voici encore que leur rôle se dessine nettement dans la fièvre jaune.

Se basant sur l'étude de certaines épidémies où l'on ne trouve pas d'autres explications dans la propagation de la fièvre jaune que celui des moustiques, M. de Gouvea admet que la fièvre jaune ne se transmet ni par contagion directe, ni par contagion indirecte. Son germe encore inconnu doit se trouver dans le sang de l'homme malade et être propagé par certains moustiques (*Culex tæniatus Meigen*, et peut-être d'autres espèces), infectés quelques jours auparavant par la succion du sang de malades de fièvre jaune. La prophylaxie de cette maladie est donc la même que celle du paludisme et des filarioses. Cette prophylaxie, d'une importance capitale, peut être exprimée par cette formule :

Vitandi culices,
Delendi culices.

« A. *Pour éviter les moustiques.* — *a.* Protection des indivi-

dus sains par les moustiquaires contre les moustiques infectants;

b. Isolement par le même procédé — le seul qui offre toute sécurité — des individus atteints, afin de préserver les individus sains;

c. Séjour, aux heures de nocivité des moustiques, sur les hauteurs à l'abri de ces insectes;

d. Dans les milieux dangereux, habiter les étages les plus élevés des maisons et aérer largement;

e. Recouvrir avec des toiles métalliques inaccessibles aux moustiques tous les réservoirs d'eau, même les plus petits (vases de fleurs, etc.), dans les habitations et dans leur voisinage;

f. Eviter, dans les pays à fièvre jaune, que les navires mouillent à proximité de la terre et soient placés sous le vent des ports infectés.

B. *Pour détruire les moustiques.* — *a.* Emploi, contre leurs larves, des substances reconnues efficaces, goudron, pétrole et même le sel de cuisine à dose forte (pour les marais et autres grandes stagnations d'eau), mais se rappeler que l'emploi de ces substances doit être renouvelé toutes les semaines au moins;

b. Quand l'emploi de ces moyens est rendu impossible par la nécessité d'utiliser les réservoirs d'eau stagnante comme boisson pour l'homme ou les animaux, peupler ces réservoirs de poissons — qui suffisent à détruire les larves des moustiques — ou les recouvrir avec des toiles métalliques à mailles serrées;

c. Drainage et régularisation du sol, pour éviter les stagnations d'eau et, par conséquent, empêcher la procréation des moustiques;

d. Sur les navires, à la sortie des ports infectés, introduire dans la cale, sous pression, des vapeurs d'acide sulfureux, qui tuent les moustiques sans détériorer la cargaison.

Le jour où ces mesures de précaution individuelle et collective seront prises, on verra sûrement se réaliser, dans n'importe quel pays à fièvre jaune, le vœu que Pasteur exprimait ainsi :

« N'est-il pas permis de croire qu'un jour viendra où *des mesures préventives, d'une application facile*, arrêteront ces fléaux qui, tout à coup, désolent et terrifient les populations; telle l'effroyable maladie (fièvre jaune) qui a envahi récemment le Sénégal et la vallée du Mississipi? » (Lettre de Pasteur, in *La vie de Pasteur*, par Vallery-Radot, p. 412.)

C'est le devoir rigoureux des pouvoirs publics, dans tous les pays du monde, de prendre ces mesures. Nous voulons croire qu'ils n'y failliront pas, d'autant qu'elles sont de nature à supprimer le paludisme, les filarioses, et peut-être même le béribéri et la lèpre. » (*Bull. méd.*, octobre 1901.)

L. G.

LA MÉDECINE AU THÉATRE

Les Avariés, de M. Brieux.

Ne voulant pas rester sous « l'accusation d'immoralité » que lui infligeait l'interdiction de sa pièce par la censure, M. Brieux nous avait convoqués lundi soir au théâtre Antoine pour entendre la lecture des *Avariés*.

On en connaît le sujet; dans un avertissement-prologue, M. Brieux le définit ainsi : « L'étude de la syphilis dans ses rapports avec le mariage. »

La pièce, ajoute-t-il, « ne contient aucun sujet de scandale, aucun spectacle répugnant, aucun mot obscène, et elle peut être entendue par tout le monde, si l'on croit que les femmes n'ont pas absolument besoin d'être sottes ou ignorantes pour être vertueuses. »

On a déjà affirmé qu'il était nécessaire de *prévenir* la jeunesse et les gens du monde. Lorsque, il y a quelques mois, M. le professeur A. Fournier fonda la Ligue de prophylaxie sanitaire et morale, ne trouva-t-il pas partout de hauts appuis, même celui de M. le sénateur Bérenger?

La pièce de M. Brieux peut passer pour un des bons moyens de propagande de cette ligue, on ne saurait donc la taxer d'immoralité. Aussi devant son interdiction est-on fondé à se demander en quoi le mot *syphilis* incriminé est plus choquant que les sous-entendus graveleux qui émaillent d'une façon courante le répertoire moderne.

Il y a là toute une éducation à faire; avec le temps, les ligues aidant, nous ne doutons pas que le public ne se laisse instruire sur la syphilis comme sur la tuberculose ou l'alcoolisme. Il reste à savoir si c'est au théâtre que l'on doit instruire le public, voilà ce qui est discutable.

Au point de vue médical, le seul qui doive nous occuper ici, la pièce de M. Brieux est impeccable. C'est un merveilleux petit traité de la syphilis à l'usage des gens du monde.

En voici l'analyse rapide :

Au premier acte, un médecin fort sympathique (inutile d'ajouter que c'est un *grand* médecin), est consulté par un jeune homme. Il lui apprend qu'il a la syphilis et lui défend de se marier avant les délais classiques.

Cet acte est tout à fait remarquable d'observation.

Deuxième acte. — Le client a passé outre, naturellement. Il a infecté sa femme; son enfant, né avant terme, est atteint de syphilis congénitale et une nourrice est sur le point d'être contaminée.

Troisième acte. — Le confrère sympathique, au cours d'une conversation avec le beau-père de son client, un député, comme par hasard, fait une véritable conférence sur la syphilis au point de vue social.

C'est dans ce troisième acte que M. Brieux développe, peut-être au détriment de l'action, sa thèse sur la prophylaxie de la syphilis.

« Ne faites pas une loi nouvelle, dit-il, nous en avons déjà trop. Il n'en est pas besoin. Il suffirait qu'on sût un peu mieux ce qu'est la syphilis. La coutume s'établirait bien vite pour un fiancé de joindre à toutes les paperasses qu'on lui demande un certificat de médecin, une patente nette attestant qu'il n'a pas à subir de quarantaine et qu'on peut l'accueillir dans une famille sans avoir à redouter d'accueillir la peste avec lui. Ce serait bien simple. Une fois l'habitude prise, le fiancé, de même qu'il va chez le prêtre chercher un billet de confession avant d'aller à l'église, passerait chez le médecin prendre un bulletin de santé avant d'entrer à la mairie. Et vous empêcheriez beaucoup de malheurs... Aujourd'hui, avant de conclure un mariage, on réunit les deux notaires des familles. Il serait au moins aussi utile de réunir leurs deux médecins. »

... « Si vous avez une autre fille, gardez-vous de la faute que vous avez commise lorsque vous avez marié la première.

LE BEAU-PÈRE

Est-ce que je savais?

LE DOCTEUR

Ah! voilà! vous ne saviez pas! Vous êtes père et vous ne saviez pas! Vous êtes député; vous avez assumé la charge et l'honneur des lois et vous ne savez pas! Vous ignorez la syphilis, comme probablement vous ignorez l'alcoolisme et la tuberculose?

LE BEAU-PÈRE

Mais...

LE DOCTEUR

Bon. Je vous excepte si vous voulez. Je parle des autres, de ces cinq cents et je ne sais combien qui sont là-bas au bout du pont, et s'intitulent les Représentants du peuple. Ils ne parviennent pas à trouver une heure pour parler de ces trois dieux farouches auxquels l'Égoïsme et l'Indifférence font chaque jour de terribles, d'épouvantables sacrifices humains. Ils n'ont pas de loisirs pour combattre la Trinité

féroce qui supprime chaque jour des milliers d'existences. L'alcoolisme, il faudrait interdire la fabrication des poisons et restreindre le nombre des débitants, mais comme on a peur des gros distillateurs qui sont riches et puissants et des petits débitants qui sont les maîtres du suffrage universel on s'endort la conscience en se lamentant sur l'immoralité de la classe ouvrière, et en faisant des petites brochures ou des sermons. Fumistes !

... La tuberculose ! On sait bien que le vrai remède, ce serait le salaire suffisant et la démolition des logements insalubres dans lesquels on entasse ceux qui travaillent, ceux qui sont à la fois les plus utiles et les plus malheureux. On n'en veut pas de ce remède, parbleu ! Alors on invite les ouvriers à ne pas cracher par terre. C'est admirable ! Mais la syphilis, pourquoi ne vous en occupez-vous pas ?... (1). »

Si des gens du monde ont cru voir quelques longueurs dans les *Avariés*, nous autres, médecins, séduits par la conviction de l'auteur, surpris par la façon vraiment extraordinaire dont il s'est documenté, nous n'avons pas trouvé, en écoutant M. Brieux, que ces longueurs fussent des hors-d'œuvre.

N'est-ce pas le meilleur éloge que l'on puisse faire d'une pièce dite « à thèse médicale » ? L. G.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des rectites suppurées.

Par M. Suzor.

Le traumatol, que j'emploie couramment depuis plusieurs années pour le pansement des plaies, a l'avantage d'être à peine odorant et m'a semblé supérieur à l'iodoforme pour tarir la sécrétion purulente et hâter la cicatrisation.

Ja rapporterai sommairement deux cas de rectite suppurée très étendue où l'iodoforme avait échoué et où l'usage du traumatol amena une guérison rapide.

1° Mme X..., trente-six ans, morphinomane, souffrant d'une constipation extrêmement tenace. Cette affection avait provoqué une irritation de la muqueuse rectale et a donné lieu, depuis plus d'une année, à une suppuration abondante et très gênante de cet organe. Des lavages antiseptiques variés furent essayés, suivis de l'application de suppositoire à l'iodoforme. Le résultat fut très imparfait, n'entraînant qu'une diminution de la purulence.

Je me décidai alors à faire matin et soir un grand lavage suivi d'une insufflation intra-rectale de poudre de traumatol, un gramme environ à chaque pansement. Le résultat fut étonnant, la guérison complète ayant été obtenue au bout de huit jours.

2° M. X..., trente-cinq ans, rectite suppurée coïncidant avec une fistule à l'anus et persistant après l'opération et la guérison de la fistule.

Dans ce cas j'employai d'emblée des suppositoires au traumatol, mais le résultat resta imparfait. Au bout de huit jours je remplaçai les suppositoires par des insufflations de la poudre de traumatol. Au bout de six jours la sécrétion purulente avait disparu. J'ai revu le malade au bout d'un mois : la guérison s'était maintenue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Derocque et Vallée.

— A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Weill, Chaplain et Omont sont nommés internes titulaires ; MM. Brasseur et Richard, internes provisoires.

(1) *Les Avariés.* Storck, édit., Paris 1901.

Guerre. — M. Gallay, médecin principal de deuxième classe, est désigné pour occuper l'emploi de chef du service de santé de la brigade d'occupation de Chine.

M. Collomb, médecin-major de première classe, est mis à la disposition du ministre des colonies, pour remplir les fonctions de chef du service de santé au Dahomey, hors cadres.

M. Nielsen, médecin aide-major de première classe, est désigné pour servir au 7e d'infanterie coloniale de cette place.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Maille, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur l'*Élan* (école des pilotes à Brest), aux lieu et place de M. le docteur Carbonel, précédemment désigné, et qui ne peut suivre cette destination pour raison de santé.

Distinctions honorifiques. — M. Laborde, médecin du ministère de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : M. le docteur Beaumanoir, médecin en chef de deuxième classe de la marine en retraite.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Sauvain, Roy, Bertrand et Jaboin (de Paris), Léviste (de Dreux), Miette (de La Loupe) et Duprey (de Château-Chinon).

— Des médailles d'honneur en argent ont été décernées à M. le docteur Vigerie, chef de l'hôpital militaire de Bou-Saada, et à M. Abadie, interne à Bône, pour le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de diverses épidémies.

Maladies des yeux. — M. le docteur A. Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, recommencera son cours d'ophtalmologie clinique et thérapeutique à l'hôpital Péan, rue de la Santé, le jeudi 21 novembre, à quatre heures et demie, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Le cours est gratuit.

Un cours privé de technique de la chirurgie oculaire sera fait ultérieurement (exercices opératoires). S'inscrire d'avance rue Jacob, 52, à la Clinique, tous les jours d'une heure à deux.

Cours de thérapeutique pratique des maladies de la peau. — M. le docteur Leredde commencera un cours de thérapeutique pratique des maladies de la peau, le mardi 3 décembre 1901, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

N.-B. — Ce cours aura lieu à la clinique, 9, rue Beudant (près la rue de Rome), et comprendra vingt leçons. Le nombre des places est limité. Le prix du cours est de 40 francs, payables en s'inscrivant.

Les inscriptions sont reçues à l'Etablissement dermatologique de Paris, 4, rue de Villejust (téléphone 535-56).

Les élèves seront exercés aux manipulations pharmacologiques élémentaires.

Laboratoire d'électrothérapie de la Charité. — M. le docteur L.-R. Regnier, chef du laboratoire, commencera ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le mardi 18 novembre à trois heures et demie au laboratoire et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Sujet du cours. — Appareils d'électrothérapie, électro-diagnostic, applications de l'électricité aux maladies nerveuses et aux maladies de la nutrition.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourdère (de Vic-Fezensac), Bouriau (de la Roche-sur Yon), Clément (de Montreux-Château), Conpanyo (de Paris), David (de Nice), Honnart (de Lille), Rey (de Granbois), Rullier (de Bourg-Saint-Maurice), Urminski (de Saint-Céréole).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de la Société française des « Voyages Duchemin » :

1° *Une excursion en Syrie, en Palestine et en Basse Egypte*, du 28 novembre 1901 au 8 janvier 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2150 francs.

2° *Une excursion en Syrie, en Palestine, en Egypte et le Nil*

jusqu'à la première cataracte, du 28 novembre 1901 au 15 janvier 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2 900 francs.

3° *Une excursion en Egypte jusqu'à la première cataracte du Nil*, du 19 décembre 1901 au 15 janvier 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2050 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société française des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le docteur Gaston Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition revue et augmentée. Un fort vol. gr. in-8° de 1540 p., rel. toile. — Prix : 25 francs. — Masson et Cie.

Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, par L.-Gustave Richelot, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge de 600 p., avec 160 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Maloine.

Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs, par J. Bouglé, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge de 500 p., avec 96 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Chirurgie de l'appareil génital de l'homme, par Arrou, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge, de 350 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Octave Doin.

L'art d'être père et l'art d'être mère, amélioration de l'enfant. Dédié aux jeunes gens à marier et aux jeunes ménages, par le docteur Amédée Reynal. Un vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. Fascicule III : *Le cœur*. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 132. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1901. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les diplégies faciales totales, par M. Paul SAINTON, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS. Maladies de l'utérus. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les diplégies faciales totales.

Par M. Paul SAINTON,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris.

Parmi les syndromes nerveux, il en est un qui a peu attiré l'attention des auteurs et qui mérite cependant plus qu'une simple mention, c'est la diplégie faciale. Ce mot fut introduit pour la première fois dans la science par Wachsmuth (de Dorpat), en 1864. L'affection avait été décrite jusque-là sous les noms de paralysie faciale double, double hémiplégie faciale, paralysie double de la face, paralysie des deux nerfs de la septième paire. Stintzing a voulu substituer, au terme de diplégie faciale, celui de prosopodiplégie; comme le fait très justement remarquer Boix, il vaut mieux employer le terme de prosopoplégie, qui signifie à proprement parler paralysie du visage, le mot prosopodiplégie ne constituant qu'un pléonasme. Dans cette étude, nous nous servirons indistinctement des termes de diplégie faciale ou de prosopoplégie.

La diplégie faciale, comme la paralysie faciale simple, peut être partielle ou totale; la description de la diplégie partielle se confond avec celle des maladies au cours desquelles on la rencontre et plus particulièrement de la paralysie labio-glosso-laryngée; la diplégie faciale totale, au contraire, tire son individualité de ses causes, de ses symptômes, de ses variétés cliniques; c'est elle seule que nous étudierons ici.

I

Historique. — Les premières observations de paralysie double de la face ont été publiées par Christison (1835), Charles Bell (1836) en Angleterre, par Müller (1837) en Allemagne, par Constantin James (1841) et Saudras (1850) en France. Romberg, en 1852, essaie de donner la première description de l'affection et de mettre en relief les différences qui séparent la diplégie de la paralysie simple du nerf facial. C'est à Davaine (1852) que revient le mérite d'avoir réuni les cas épars, d'avoir publié, en réunissant ces cas, un travail d'ensemble sur « la paralysie des deux nerfs faciaux » et d'en avoir tracé un tableau clinique qui est resté classique. Après lui, Trousseau (1861), dans une de ses leçons, compléta cette description; il s'efforça de montrer les différences qui séparent la diplégie faciale de la paralysie labio-glosso-laryngée que venait alors de découvrir Duchenne (de Boulogne). En 1864, daus sa thèse inaugurale de Dorpat, Wachsmuth écrivit une véritable monographie de la paralysie de Duchenne et de la diplégie faciale; il réunit tous les cas connus jusqu'à cette époque et, après examen, les rattacha à l'un ou l'autre de ces deux syndromes, la distinction, cependant, ne s'appuyait point encore sur des signes d'une certitude absolue, car cet auteur fait lui-même la confusion et fait rentrer dans le cadre de la diplégie des faits qui appartiennent manifestement à la paralysie labio-glosso-laryngée. Quelques années plus tard, Pierreson, en 1867, publie dans les *Archives générales de médecine* un travail d'ensemble sur la diplégie faciale; il en cite 28 observations, en fixe l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic. C'est la monographie la plus importante qui ait paru en France sur la question.

Depuis, des observations isolées ont été publiées par nombre d'auteurs [Steiner (1868), Stein (1869), Buzzard (1874), Singer, Siegerson, Cunning (1879), Thénee (1880), Bristowe (1883), Bayer (1884), Oppenheim (1886), Brieger, Unverricht (1887)]. Krüger, en 1889, dans sa thèse de Berlin; Lecke, dans une thèse soutenue à Gœttingue la même année, s'efforcent de préciser la topographie et la nature de la lésion origine de la diplégie. Quelques cas sont publiés en 1891 par Althaus, Bassette, Havage : à cette époque, la question de l'étiologie de la prosopoplégie devient plus claire, grâce aux nombreux travaux établissant l'existence des polynévrites. C'est vers cette époque qu'un grand nombre de cas, ayant pour origine une lésion primitive du nerf, sont mis en lumière par Pugliesi, Silva (1892), Bonnet, Luzzato, Mott (1893), Hoffmann, Luntz, Middleton, Moninskow, Targowla, Préobrajenski (1894), Barkas, Caretti (1895). A peu près en même temps (1893), paraît un important mémoire de Stintzing, qui, outre l'apport de deux cas personnels, constitue un essai de classification des diplégies faciales, basée sur les recherches anatomiques, et contient l'esquisse du diagnostic des diverses variétés topographiques entre elles. Des observations nouvelles sont apportées dans les années suivantes par Huebschmann, qui étudie les conditions dans lesquelles se produisent les récidives de diplégie et de paralysie faciale, par Baylac (1896) et Pye-Smith, etc. Le mémoire

de Labadie-Lagrave et Boix, en 1896, démontre l'existence d'une variété jusque-là peu connue de diplégie faciale, due à l'existence de troubles circulatoires bilatéraux des noyaux du nerf. Plus récemment (1900), deux auteurs, Bourgeois et Crouzon, publiaient deux cas intéressants de diplégie faciale au cours de l'infection tétanique.

Tous les travaux, que nous venons de citer, n'étudiaient que la paralysie de la face acquise. Dans ces dernières années, d'autres variétés de diplégie faciale ont été décrites; c'est ainsi que Möbius (1888), Bernhardt, etc., rapportent des cas de diplégies faciales accompagnées de paralysies de l'abducens, que Brissaud et Marie décrivent une nouvelle variété, probablement familiale, sous le nom de diplégie faciale totale avec paralysie labio-glosso-laryngée, et dont l'étude fut reprise par Londe dans un très important mémoire de la *Revue de médecine*.

II

Étiologie et anatomie pathologique. — Les lésions qui peuvent donner lieu au syndrome diplégie faciale sont variées : on peut, à ce point de vue, diviser les diplégies en trois classes :

1° Diplégies faciales supranucléaires;
2° Diplégies faciales nucléaires ou bulbaires;
3° Diplégies faciales périphériques.

1° Diplégies faciales supranucléaires. — Ce sont les plus rares; il faut en distinguer deux variétés : les unes peuvent être dues à des lésions cérébrales, les autres à des lésions protubérantielles.

Quand le centre cortical du facial est atteint par une lésion cérébrale, il est de notion classique que le domaine du facial supérieur est généralement indemne. Cependant des travaux récents ont montré que le facial supérieur est toujours touché à un léger degré (Oppenheim, Mirallié, etc.). La plupart des cas de diplégie faciale totale dûs à des lésions cérébrales, sont donc des paralysies faciales inférieures; leur histoire n'est qu'un chapitre de l'étude des paralysies pseudobulbaires. Dans un cas de Magnus Huss (1837), qui fait exception, il semble bien que la paralysie, quoique d'origine cérébrale, atteignît les deux portions du facial. L'autopsie décela au niveau de l'hémisphère droit du cerveau un kyste hémorragique ayant détruit deux circonvolutions; l'autre hémisphère fut trouvé sain. Il ne nous paraît point possible de tenir compte de cette observation déjà ancienne et incomplète : peut-être faut-il admettre avec Stintzing qu'il s'agit là d'une disposition anatomique individuelle. L'observation de Magnus doit être rattachée à la paralysie pseudo-bulbaire à forme anormale.

Des lésions sous-corticales pourraient aussi donner lieu au même syndrome.

Dans les lésions protubérantielles, la diplégie faciale est rare. Son mécanisme est facile à concevoir; à ce niveau, en effet, l'interruption des fibres peut produire une lésion totale du facial. Lecke a publié un cas qui se rapporte à cette variété, dans lequel la diplégie faciale s'accompagnait de perte totale du goût, avec parésie du voile du palais d'un côté et double surdité. Pour Stintzing l'ensemble de ces symptômes relèverait d'une lésion située au niveau de l'entrecroisement des faciaux, là où ces fibres se trouvent voisines de celles de l'acoustique et du glosso-pharyngien. En l'absence d'autopsie, on ne peut qu'admettre la vraisemblance de cette hypothèse. Sigerson a décrit sous le nom de paralysie en Y un cas dans lequel la paralysie des deux nerfs faciaux s'accompagne de parésie du bras d'un côté et qu'il range dans les diplégies protubérantielles.

2° Diplégies faciales nucléaires ou bulbaires. — Les noyaux bulbaires du facial peuvent être atteints simultanément des deux côtés; il y a alors habituellement diplégie faciale inférieure, le noyau bulbaire supérieur étant intact.

C'est cette forme partielle de diplégie qui fait partie du syndrome de la paralysie labio-glosso-laryngée et de la sclérose latérale amyotrophique.

Beaucoup plus rares sont les diplégies nucléaires totales : il est facile de comprendre qu'elles ne se montrent point à l'état isolé, car la participation des deux noyaux est indispensable pour les créer, et celle-ci implique l'existence de désordres étendus. Stein (1869) rapporte un cas dans lequel la paralysie de la face s'était associée à une paralysie des muscles de la langue et de l'œil. Steiner (1870) a également cité une observation où la lésion aurait consisté en une hyperémie médullaire étendue au bulbe; le début se fit par les membres inférieurs, la paralysie atteignit ensuite le facial du côté droit, puis le facial du côté gauche; les réserves les plus expresses doivent être faites sur l'interprétation de ce cas, où la guérison se fit rapidement, de sorte que l'hypothèse d'une polynévrite est au moins aussi vraisemblable que celle d'une lésion bulbaire. Stintzing a relaté un fait analogue au précédent, la diplégie faciale coïncidait avec une parésie des membres inférieurs avec troubles de la déglutition et perte du goût. Pour lui, il faudrait incriminer une lésion ischémique du noyau bulbaire du facial d'origine vasculaire. Dans ce cas comme dans le précédent, il peut subsister un doute sur le diagnostic et l'absence de vérification anatomique.

Il n'en est point de même dans la très intéressante observation publiée en 1896 par Labadie-Lagrave et Boix, elle démontre la réalité de la diplégie bulbaire par lésion vasculaire, l'examen nécropsique fait un an plus tard confirma l'hypothèse faite pendant la vie. La diplégie faciale apparut chez leur malade au cours d'une insuffisance des valvules mitrale et aortique, due à une endocardite puerpérale : elle se fit en deux temps, les deux côtés furent pris à trois jours d'intervalle; pour ces auteurs, l'apparition des symptômes reconnaît la cause suivante, un embolus fut lancé dans le tronc commun des artères radiculaires du facial, l'une des artères fut oblitérée, puis l'autre, de là la marche en deux temps de la paralysie. Les phénomènes diminuèrent ensuite par suite du rétablissement de la circulation par les artères bulbo-protubérantielles; mais il persista un léger degré de paralysie faciale droite. L'autopsie démontra la réalité de cette hypothèse : il y avait une sclérose du système artériel au niveau de la basilaire et de la cérébrale postérieure gauche presque oblitérée. L'existence d'une inondation sanguine ventriculaire ayant donné lieu à un véritable éclatement bulbo-protubérantiel empêcha de suivre la lésion jusqu'au niveau du facial. Colleville (1899) a cité un cas de diplégie associée des sixième, septième et quatrième paires qu'il attribue à des hémorragies bulbo-protubérantielles à la suite d'un traumatisme cranien.

3° Diplégies faciales périphériques. — Elles reconnaissent des causes très différentes : les unes sont d'origine purement locale, elles sont consécutives à une compression post-traumatique, à une lésion du rocher, à une otite; les autres

sont la conséquence d'une infection ou d'une intoxication générale. Entre ces deux variétés, il faut faire une place à la paralysie faciale dite à frigore, paralysie rhumatismale des auteurs allemands. Ces groupes comprennent la plus grande partie des cas de diplégie faciale.

Dans les diplégies dues à une lésion locale, il est nécessaire que la lésion soit symétrique; la compression peut se faire, avant le trajet intra-cranien des nerfs faciaux, par des méningites bacillaires, comme le prouvent le cas de Remak et surtout le cas de Ziemmssen suivi d'autopsie, où l'on trouva un étranglement de plusieurs nerfs craniens par des membranes inflammatoires développées sur les méninges.

Habituellement la lésion est intracranienne : elle consistera en une lésion traumatique, fracture des deux rochers comme dans les cas de Gama, Romberg, Colowski, ou en une lésion inflammatoire, comme la carie du rocher, quelle que soit son origine. Delort, en 1831, a présenté à la Société anatomique une pièce fort curieuse d'otite tuberculeuse, les deux faciaux étaient complètement sectionnés au niveau du foyer d'ostéite. Dans les otites, reconnaissant une autre cause que la tuberculose, la diplégie faciale est loin d'être un fait exceptionnel comme le prouvent les cas de paralysie double de la septième paire au cours de l'otite scarlatineuse (Hutchinson, Corner, Ehrmann, Roberts, Wilde, Stintzing, etc.). Des polypes des deux conduits auditifs (fait de Troeltsch) ont pu donner lieu au syndrome que nous étudions.

La syphilis tient une grande place parmi les causes déterminantes des diplégies; nombreux sont les cas dans lesquels elle paraît avoir été le seul facteur de la paralysie (observations de Davaine, Wachsmuth, Roberts, Fournier, Pelvet, Romberg, Leubuscher, Brieger, Commandeur, Moninjskow, etc.). La diplégie est habituellement consécutive à une périostite du rocher et apparaît à la période secondaire : la syphilis peut d'ailleurs par d'autres mécanismes provoquer la diplégie; c'est ainsi qu'au cours de méningites basilaires on peut voir la paralysie des deux nerfs faciaux coïncider avec la paralysie d'autres paires craniennes. Dans certains cas, le froid paraît avoir joué un rôle, à côté de la syphilis. Hoffmann (1897) a pu faire l'autopsie d'un cas de diplégie faciale d'origine syphilitique, il a trouvé une interruption complète des fibres de chaque nerf facial en amont du ganglion géniculé, les lésions de compression peuvent donc être considérables puisqu'elles peuvent amener la section du nerf.

Les diplégies faciales sont assez fréquentes dans le cours des polynévrites infectieuses; rarement isolées elles coïncident habituellement avec d'autres manifestations névritiques. Parmi les infections générales, celles que l'on retrouve dans l'étiologie de la prosopoplégie sont la grippe (Althaus, Barkas, Havage, Bonnet, Zaniboni), l'infection puerpérale (Lüntz, Bernhardt, Labadie-Lagrave et Boix), la diphtérie (Pératé, Landouzy, Bayer), le typhus exanthématique (Lüntz), les oreillons (Rad Hatschek), la malaria (Singer, Sanghez-Sanches), la lèpre (Leloir, Marie et Ginon), le zona (Raymond), le tétanos. Dans un cas, appartenant à Althaus et à Strümpell, la paralysie faciale paraît avoir reconnu pour cause une lymphangite consécutive à une piqûre d'insecte chez un diabétique. Parfois l'infection n'a pu être précisée et cependant son existence ne saurait être mise en doute (cas de Pierreson, Eisenlohr, Oppenheim, Mendel).

Les polynévrites toxiques s'accompagnent, beaucoup plus rarement que les polynévrites infectieuses, de localisations sur les deux nerfs faciaux; chez les malades observés par Bonnet l'alcoolisme existait dans les antécédents, mais il est bien difficile d'être affirmatif sur la part qu'il a pu prendre à l'éclosion des phénomènes paralytiques.

Comme la paralysie faciale simple, la diplégie faciale paraît avoir été la conséquence de l'action du froid sur le nerf facial chez certains individus, comme l'ont noté Romberg, Hutchinson et Jackson, Krüger, Basset, Bregmann, Siloa, Stintzing, Donnell, Middleton, etc.

C'est à cette variété que les Allemands donnent le nom de paralysie rhumatismale. Nous n'avons point l'intention d'entrer ici dans le détail de la discussion de l'origine et du mécanisme de la paralysie faciale *a frigore* : cette question appartient à l'histoire de la paralysie de la septième paire en général et ne doit point être soulevée ici; rappelons seulement qu'actuellement la plupart des auteurs, avec Möbius, Hübschmann, se rallient à la théorie de l'origine infectieuse de la paralysie, par suite les diplégies *a frigore* rentreraient dans le groupe des diplégies infectieuses.

Il n'existe point de cas bien authentique de diplégie faciale due à l'hystérie; la névrose, cependant, pourrait être mise en cause dans un cas de Sandras où le syndrome apparut à la suite d'une frayeur, à l'exclusion de toute autre cause.

III

Symptômes. — La diplégie faciale dans sa forme habituelle (périphérique) sera prise pour type de la description; comme elle n'est, en somme, que la juxtaposition de deux paralysies faciales simples, nous n'insisterons que sur les particularités résultant de l'association de ces deux monoplégies.

Mode de début. — D'après les observations où le mode de début a été noté, il semble que le début de la diplégie faciale soit en général successif. Il se fait en deux temps; un côté de la face est pris après l'autre de sorte qu'il est assez rare que la paralysie soit égale des deux côtés. Selon les cas, l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'atteinte successive des deux nerfs faciaux est variable; il dépend de la cause provocatrice de la paralysie. Quand la diplégie est due à une névrite infectieuse, cet intervalle n'est jamais très long, il oscille entre douze heures et quarante-huit heures, une à deux semaines au maximum; quand elle reconnaît une cause locale (compression par lésion du rocher, otite tuberculeuse), le temps qui s'écoule entre les deux atteintes, peut être beaucoup plus considérable; il se compte par mois et par années.

Période d'état. — Quand la paralysie est constituée, les deux côtés du visage peuvent être symétriquement prises; d'autres fois, et ce fait est la règle, la paralysie prédomine un peu de côté; parfois cette prédominance est telle qu'il faut examiner le malade avec attention, pour s'apercevoir que la paralysie soit double. Ces différences d'aspect entre les deux moitiés du visage sont dues soit à ce que la paralysie d'un côté est en voie de régression, alors qu'elle commence du côté opposé, soit à ce que la lésion du nerf facial d'un côté régresse, alors que la paralysie du côté opposé persiste.

L'aspect d'un malade atteint de diplégie faciale est des plus caractéristiques. Le visage revêt l'aspect d'un masque sans expression. « Aucun mouvement de l'esprit et du cœur n'est exprimé par les traits véritablement figés. » Les

plis du front ont disparu, la peau de la région est lisse, sans aucune ride, de sorte que le sujet semble rajeuni pour les personnes qui l'ont connu auparavant. C'est à la diplégie faciale, beaucoup plus qu'à la paralysie faciale simple que s'applique le vieil adage : « La paralysie faciale est le meilleur des cosmétiques. » Les sourcils sont tombants, les paupières entr'ouvertes, les larmes s'écoulent (épiphora), les sillons nasolabiaux ont disparu; les lèvres sont écartées l'une de l'autre et laissent échapper la salive.

Les yeux, au milieu de cette physionomie « de statue », ont une fixité étrange qui donne au facies « un air de gravité qui n'est pas en rapport, ni avec l'âge, ni avec le caractère de l'individu » (Pierson). Cette fixité du regard est due à ce que les paupières ne clignent plus. On est frappé d'une autre particularité, lorsqu'on se trouve en présence de tels malades, c'est le contraste singulier qui existe entre l'aspect du visage hébété et leurs réponses précises aux questions.

Quand le malade veut rire ou pleurer, aucun mouvement ne se produit; seuls les changements de coloration du visage traduisent son état d'esprit.

Les troubles fonctionnels sont très accusés; la parole est gênée; Middleton, dans un cas de diplégie d'origine infectieuse, a étudié les troubles de prononciation avec soin, en faisant l'épreuve des lettres de l'alphabet : en ce qui concerne les consonnes, B est prononcé E, D et L sont indistinctement articulés, N n'est plus clairement articulé et a un son nasal; P est prononcé comme He, V est articulé E. Les voyelles O et U sont émises très imparfaitement. La voix dans son ensemble a un timbre nasonné.

La mastication est gênée, les aliments s'insinuent entre les arcades dentaires et s'y accumulent par suite de la paralysie des joues; celles-ci sont soulevées à chaque moument d'expiration dans les cas où la paralysie est très accentuée.

Les ailes du nez sont immobiles.

Lorsque la paralysie porte sur les rameaux linguaux, le malade peut encore exécuter des mouvements de latéralité de la langue; mais il lui est impossible de la porter très en avant hors de la bouche et de la recourber en haut.

Le voile du palais est généralement intact : le fait s'explique, puisque Lermoyez a démontré que, contrairement à l'opinion ancienne, le nerf facial ne prend point part à l'innervation des piliers de la voûte palatine. Pierson dans ses observations cite un cas emprunté à M. Davaine, où le voile du palais semblait atteint; mais on lit dans l'observation « que les piliers se tendaient et se contractaient d'une manière bien évidente, sans cependant se porter en dedans aussi fortement que chez un homme sain », on voit que ce fait, loin d'être contraire à la règle énoncée, la confirme en grande partie.

Les troubles du goût ont été signalés dans diverses observations; ces altérations se rencontraient dans les deux tiers antérieurs de la langue.

Les troubles de l'ouïe sont très fréquemment notés, il y a hyperacousie double.

Les troubles de la sensibilité générale sont rares; les malades ont accusé dans quelques cas des élancements au niveau de l'angle de la mâchoire, des sensations de fourmillement aux joues.

Le seul trouble trophique qui ait été signalé consiste en œdème assez marqué des deux joues.

L'épreuve de la réaction sudorale de Straus n'a pas le même intérêt que dans la paralysie faciale simple, on constate un retard dans la réaction sudorale du côté le plus atteint.

L'exploration des réflexes et des réactions électriques donne les mêmes résultats que dans la paralysie faciale simple; il est hors de propos d'y insister ici.

Marche et terminaison. — La marche est variable suivant les cas : la *restitutio ad integrum* peut être complète, la guérison est la règle dans les diplégies infectieuses. Dans les diplégies de cause locale, il est très rare qu'il ne persiste point, au moins d'un côté, des traces de paralysie.

IV

Variétés cliniques de la diplégie faciale. — Diplégie faciale au cours des polynévrites infectieuses. — Lorsqu'elle est le résultat d'une infection générale ou d'une intoxication, la diplégie faciale existe rarement à l'état isolé; il faut cependant faire une exception pour la diplégie faciale tétanique qui mérite d'être étudiée à part et dont il sera question plus loin dans le cours de cette revue. Généralement, elle accompagne d'autres manifestations névritiques. Tantôt ce sont les nerfs craniens qui sont frappés en même temps que le facial (cas de Déjerine), tantôt ce sont les nerfs des membres supérieurs (Bruzelius, Bonnet, Middleton), d'autres fois, les nerfs des membres inférieurs (Bonnet, Stein, Oppeinheim). Quelquefois la névrite est étendue aux quatre membres.

La diplégie faciale, fait digne d'être noté, précède très rarement les autres localisations névritiques, elle est presque toujours consécutive aux paralysies des membres. Souvent ces dernières sont peu marquées, il y a plutôt parésie que paralysie vraie, alors que l'impotence faciale est très accentuée.

Parmi les maladies infectieuses, il en est une au cours de laquelle la diplégie faciale existe et où elle est peu connue : il s'agit de l'infection lépreuse. Spedalskhed avait déjà attiré l'attention sur le facies particulier de certains lépreux; après lui, P. Marie et G. Guinon, dans un travail sur la myopathie progressive, signalent la possibilité d'avoir à faire le diagnostic de certaines formes de myopathies avec la lèpre anesthésique, quand la parésie faciale double coïncide avec l'atrophie musculaire des membres; Leloir a d'autre part signalé la diplégie faciale dans son atlas sur la lèpre.

Diplégie faciale tétanique. — La paralysie faciale simple dans le tétanos est un fait relativement rare; Crouzon n'a pu en réunir que 57 cas. La diplégie faciale compte dans ce total pour 5 cas qui sont dus à Thénée (1880), Jamin (1892), Caretti (1895), Crouzon, Bourgeois (1900). L'étude de ces observations est très importante au point de vue de la pathologie générale du tétanos, parce qu'elle montre une fois de plus la relation qui existe entre la localisation des accidents tétaniques et la topographie de la blessure. Il est en effet noté, dans ces cinq cas, que la lésion, porte d'entrée du virus, siégeait à *la face et sur la ligne médiane*. Thénée, Crouzon, Bourgeois insistent sur cette particularité; chez la malade de Caretti, la plaie contuse allait de la glabelle à la racine du nez, dans le cas de Janin, la blessure assez étendue occupait les deux régions sourcilières. La diplégie faciale tétanique peut se faire en deux temps; il n'existe qu'un seul cas où la paralysie ait été double d'emblée, c'est celui de Caretti. Elle n'aggrave point sen-

siblement le pronostic du tétanos, sur les cinq cas cités, on a noté trois guérisons et deux morts : quand la guérison a lieu, elle suit l'évolution de la maladie et la paralysie disparaît avec elle.

Il ne semble point que cette variété de paralysie de la septième paire ait, au point de vue symptomatologique, des caractères spéciaux; il en est un, toutefois, qui a attiré l'attention des auteurs, c'est *l'absence de toute altération de la contractilité électrique*.

Il n'existe qu'une seule autopsie, due à Bourgeois, où l'examen microscopique du bulbe ait été fait; les noyaux bulbaires n'ont pas semblé très atteints, mais la pièce étant dans un état de conservation défectueux, les recherches de lésions cellulaires fines n'ont pu être faites avec toute la précision désirable, de l'aveu même de cet auteur.

Diplégie faciale obstétricale. — Les cas de paralysie faciale simple d'origine obstétricale survenant au moment de la naissance peuvent reconnaître pour cause soit une compression du facial au cours du travail, par suite d'une conformation vicieuse du bassin de la mère ou d'une tumeur intracranienne du fœtus, soit une compression par le forceps. Il n'existe dans la science qu'un cas dans lequel une paralysie faciale bilatérale puisse être attribuée à l'une de ces deux causes. Edgeworth rapporte l'histoire d'une fillette de sept ans qui présentait une paralysie faciale double attribuée à une application de forceps; le travail avait été long, il avait duré trois jours et l'accouchement fut terminé difficilement. La paralysie était plus marquée dans les muscles innervés par le facial supérieur que dans ceux qui reçoivent la motricité du facial inférieur. Ce cas est anormal à un double point de vue; la bilatéralité des lésions d'une part, leur persistance de l'autre sont des phénomènes exeptionnels : car la paralysie faciale simple d'origine obstétricale est habituellement passagère. Peut-être pourrait-on se demander, à cause de la persistance de la paralysie, s'il ne s'agit pas là d'une paralysie congénitale et si c'est bien la compression par le forceps, qu'il faut incriminer comme cause provocatrice de la lésion.

Diplégie faciale congénitale. — Cette forme de diplégie est peu connue en France : Cabannes, cependant, en a donné une description dans un travail récent sur la paralysie faciale congénitale. Kirmisson a, jadis, publié, sans grand détail, un cas dans lequel il y avait coïncidence de la paralysie faciale double avec deux pieds bots. Cette variété (évolution nucléaire infantile de Möbius, infantile Kernschwund) a des caractères bien nets. Son histoire est relativement récente puisqu'elle date de 1888, époque à laquelle parut le premier mémoire de Möbius : auparavant, il est vrai, De Græfe, Chisolm avaient observé des cas analogues, mais ils ne leur avaient point attribué leur véritable valeur. Depuis, Bernhardt, Harlan, Schapringer, Thomson ont confirmé la description de Möbius dans ses traits essentiels. Cette forme de diplégie faciale s'accompagne toujours de paralysies des muscles de l'œil. Elle se divise en deux variétés :

1° Une variété congénitale proprement dite;

2° Une variété survenant dans l'enfance.

L'aspect des malades, atteints de cette variété de paralysie avec ophtalmoplégie externe double, est assez particulier pour faire l'objet d'une description spéciale.

La paralysie faciale, en général, n'est pas très intense : Recken parle de diminution de volume et de faiblesse des muscles de la mimique. Utkoff signale la parésie simple; plus rarement les troubles moteurs sont très accentués. Il en était ainsi dans le cas de Möbius où tous les muscles étaient profondément atteints; les yeux étaient largement ouverts, les paupières inférieures tombantes avec des conjonctives gonflées, les joues flasques; la lèvre inférieure était pendante, la bouche élargie, à demi entr'ouverte. Le front, à la racine du nez, était sillonné de quelques rides, mais son immobilité était complète. La prononciation des labiales était gênée, quand le malade parlait, on s'apercevait que la paralysie prédominait d'un côté. En général, les mouvements de la mâchoire s'exécutent bien : cependant, Schapringer note chez son malade une faiblesse des muscles masticateurs, Thomson remarque la difficulté qui existe, chez le sien, pour ouvrir la bouche.

L'examen électrique, pratiqué dans le cas de Möbius, montra une abolition complète de réaction, sous l'influence du courant, de la plupart des muscles de la face : seuls, les muscles attirant les lèvres en bas et en dehors réagissaient, ainsi que les muscles masticateurs.

Dans cette forme de diplégie, les troubles sensitifs font défaut; il en est de même pour les troubles sensoriels. De Græfe a toutefois signalé, chez son malade, des perturbations de l'odorat et du goût. Ce même sujet avait des fourmillements dans les mains et les extrémités des doigts; il était en outre épileptique.

La diplégie faciale, associée à la paralysie de l'abducens, coïncide avec d'autres vices de conformation, anomalie du crâne, luette bifide, soudure des doigts, camptodactylie, etc. Elle peut se manifester aussitôt après la naissance ou plutôt entre les âges extrêmes de deux et de trente ans, et persiste sans modification pendant toute l'existence de l'individu.

En l'absence de toute donnée anatomo-pathologique, il est impossible d'être affirmatif sur la nature de la maladie. Quelques examens de fragments de muscles de l'œil ont été pratiqués sans grands résultats. Il semble qu'il ne s'agisse pas d'une lésion musculaire primitive, car la dystrophie de la diplégie atteint des groupements physiologiques. L'hypothèse la plus satisfaisante que l'on puisse émettre pour expliquer les symptômes est celle d'une lésion nucléaire, qu'il s'agisse soit d'aplasie des centres moteurs, soit d'atrophie des noyaux.

Il semble que cette disposition puisse être héréditairement transmise, comme le montre le cas de Harlan : l'existence indéniable d'ophtalmoplégies familiales, dont quelques cas ont été publiés dans ces dernières années, est une preuve en faveur de l'hérédité de certaines paralysies congénitales de l'abducens et du facial. Möbius fait jouer un rôle à l'infection (syphilis) ou à l'intoxication (alcoolisme) des parents dans la production de ces lésions congénitales. Comme on le voit, beaucoup de points sont encore bien obscurs dans cette question de l'origine et de la nature des diplégies faciales congénitales, type Möbius. Elles n'en constituent pas moins un type clinique bien défini.

Diplégie faciale familiale (diplégie faciale totale ave paralysie labio-glosso-laryngo-cervicale, paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale de Londe). — Ce type diplégique a été observé pour la première fois en France par Brissaud et Marie, qui firent remarquer la rareté de l'association d'une paralysie faciale supérieure et inférieure avec le syndrome de la paralysie labio-glosso-laryngée; ils attribuent à ce type une origine bulbaire. Après

eux, Londe put voir le frère du malade ayant servi à la description initiale et démontrer que cette variété de diplégie pouvait être familiale : il la rapproche des cas semblables publiés par Hoffmann (1891), Remak (1892), F. Fazio (1893). Bernhardt a signalé des faits se rapprochant des précédents; mais dans ses observations, qui ont trait à des adultes, le facial supérieur était intact; or la parésie du facial supérieur est l'un des traits les plus importants de la variété diplégie que nous étudions.

La diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale est habituellement familiale, mais non toujours. Sur cinq cas, Londe a pu en réunir deux où il n'existait chez les ascendants et collatéraux aucune maladie analogue. Elle débute soit par le facial supérieur, soit par le facial inférieur (Remak), soit par des troubles de la déglutition (Hoffmann).

A la période d'état, on constate l'existence d'une paralysie faciale bilatérale, mais pas absolument symétrique : la prédominance d'un côté peut être assez marquée pour que l'on puisse croire à une paralysie faciale unilatérale. De même, la paralysie des releveurs palpébraux peut se traduire par du ptosis ou consister en une simple parésie sans ptosis, apparente par suite de la rareté du clignement.

Dans cette forme la paralysie faciale s'accompagne de symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée : à l'examen du larynx on peut constater de la paralysie des abducteurs (Londe). Les muscles atteints peuvent être le siège de contractions fibrillaires. L'examen électrique des muscles et des nerfs a donné des résultats très dissemblables : tandis que chez certains malades (Fazio, Londe, Hoffmann) on a décelé la réaction de dégénérescence, celle-ci a fait complètement défaut chez d'autres (Londe, Remak). La sensibilité est généralement intacte ; il semble avoir existé chez l'un des malades de Londe une luxation temporaire de la mâchoire inférieure, due à une arthropathie avec craquements. Les dents étaient également le siège de troubles trophiques marqués.

Un des caractères les plus intéressants de la maladie et qui contraste avec le tableau clinique de la diplégie faciale type Möbius est la rapidité de la marche ; les cas terminés par la mort ont évolué en moins d'un an.

Il n'existe point d'autopsie de cette maladie ; on est donc réduit ici encore à rester dans le domaine de l'hypothèse. L'opinion la plus plausible est celle qui a été adoptée par Charcot, d'une lésion progressive et isolée des noyaux moteurs bulbaires.

La cause réelle de la maladie échappe, mais il est vraisemblable que l'hérédité y joue un très grand rôle; car dans tous les cas publiés sauf ceux de Remak et d'Hoffmann, l'hérédité morbide était chargée : les malades d'ailleurs portaient des traces de cette hérédité, par les nombreux stigmates de dégénérescence que l'on constatait chez eux.

Cette forme de diplégie faciale diffère donc sensiblement du type décrit par Möbius; tandis que celui-ci persiste pendant toute la vie avec une fixité étrange, sans avoir de période d'augment ou de rétrocession, la diplégie type de Marie-Brissaud évolue avec une très grande rapidité. Cette différence tient vraisemblablement à la nature des lésions qui paraissent, dans le premier cas, dues à une aphasie simple, tandis que, dans le second elles sont sous la dépendance d'un processus dégénératif, résultat d'une prédisposition héréditaire.

V

Diagnostic. — Il est en général très facile. La diplégie faciale ne sera point confondue avec certaines maladies où l'immobilité du visage peut en imposer pour une paralysie; telle la sclérodermie à localisation faciale. Un examen superficiel permet d'éviter cette erreur grossière.

Les atrophies musculaires d'origine myopathique en seront également faciles à distinguer. Dans le *type Landouzy-Dejerine*, le début se fait autour de l'orbiculaire des lèvres, la bouche est renversée en dehors, les lèvres sont peu mobiles, lorsque le malade rit, la fente buccale s'élargit; suivant l'expression classique il rit en travers. A cette atrophie de l'orbiculaire des lèvres, peut s'ajouter de la paralysie atrophique de l'orbiculaire des lèvres et du frontal, la fente palpébrale est plus grande qu'à l'état normal, il existe du lagophtalmos. Si ce facies tout particulier pouvait être confondu avec celui de la diplégie faciale, qui en est si différent, l'erreur ne peut subsister longtemps, la myopathie type Landouzy-Dejerine survenant dans l'enfance.

Erb, en 1878, a décrit un syndrome, la *paralysie bulbaire asthénique*, consistant en une parésie des muscles de la face, des muscles masticateurs, des muscles du voile du palais coexistant avec de la faiblesse de la nuque et des troubles moteurs analogues des membres. La caractéristique de cette maladie, dont l'anatomie pathologique est encore peu connue, est l'apparition d'une sensation de fatigue extrême apparaissant après quelques mouvements; l'impotence fonctionnelle devient bientôt absolue. Le syndrome d'Erb ne s'accompagne point d'atrophie musculaire; les réactions électriques se font normalement, mais s'épuisent rapidement (réaction myasthénique de Jolly). L'erreur qui consisterait à prendre une diplégie faciale pour le syndrome d'Erb ne peut donc point persister à un examen attentif du malade.

La polioencéphalite supérieure s'accompagne toujours de paralysie des muscles oculaires ; même quand la diplégie faciale coexiste avec d'autres paralysies (dans les cas de paralysie double par compression de plusieurs nerfs), le diagnostic est facile, parce qu'alors, en général, d'autres nerfs que le facial et les muscles de l'œil sont frappés simultanément.

Les deux maladies qui prêtent le plus à la confusion avec la diplégie faciale sont la *paralysie labio-glosso-laryngée* et la *paralysie pseudo-bulbaire*. Trousseau a depuis longtemps montré l'opposition qui existe entre la paralysie faciale double et la paralysie labio-glosso-laryngée. A propos de cinq malades atteints du syndrome décrit par Duchenne, il fait remarquer que, chez ces malades, « il y avait paralysie du voile du palais, de la langue et des lèvres; la prononciation des mots, de certaines lettres, la déglutition de la salive et des aliments avaient d'abord été difficiles, puis étaient devenues presque absolument impossibles; mais jamais la paralysie ne s'était étendue à la moitié supérieure de la face; les muscles qui président à l'action du rire, ceux qui président à l'occlusion des paupières, avaient conservé toute leur contractilité et les malades, quelques instants avant de mourir asphyxiés par la paralysie des muscles respirateurs ou la présence du bol alimentaire, dans la dernière portion du pharynx, conservaient encore sur leur visage assez d'expression pour témoigner de leur reconnaissance aux gens qui les soignent. »

Dans la paralysie double, au contraire, le masque reste

muet; aussi la contractilité persistante de la moitié supérieure de la face, dans les cas de paralysie labio-glosso-laryngée, suffirait à elle seule à éviter une erreur de diagnostic.

Ajoutons que, dans la paralysie de Bell, jamais la langue n'est paralysée au point de ne pouvoir être portée hors de la bouche. Et si les malades parlent difficilement, c'est moins leur langue que leurs lèvres qui font défaut pour l'articulation des mots.

La paralysie pseudo-bulbaire peut prêter à la confusion avec la diplégie faciale, surtout quand cette dernière est accompagnée de manifestations diverses. L'erreur ne peut subsister longtemps; en effet, la paralysie pseudo-bulbaire survient à la suite d'ictus successifs, elle n'est que la juxtaposition de deux hémiplégies. A l'examen objectif, la face est paralysée, mais seulement dans sa partie inférieure. S'il est vrai que le facial supérieur soit atteint dans la paralysie pseudo-bulbaire, il l'est toujours à un léger degré; de plus, on ne rencontre point, dans la diplégie faciale, l'état de déchéance mentale, avec rire et pleurs spasmodiques, qui est l'apanage des pseudo-bulbaires; chez eux aussi, les phénomènes de paralysie laryngée et linguale sont extrêmement marqués.

Le diagnostic de diplégie faciale étant affirmé, il faut le préciser en recherchant le siège de la lésion causale et la nature de la lésion. Les considérations qui guident pour déterminer le siège de la lésion sont les mêmes que la paralysie soit simple ou double, il est inutile d'y insister ici; ces notions sont depuis longtemps classiques. Il ne faut point oublier dans cette recherche que, dans la paralysie faciale double due à une lésion locale, la cause de l'affection n'est point nécessairement la même des deux côtés; il est facile de concevoir qu'une diplégie faciale puisse être due d'un côté par exemple à une otite, et de l'autre puisse être considérée *à frigore*. Dans la grande majorité des cas, cependant, la diplégie faciale est alors causée par une lésion locale symétrique.

Quand la diplégie s'accompagne d'autres paralysies, et principalement de paralysies des membres, c'est aux névrites qu'il faut songer; il ne suffit point toutefois de se contenter de ce diagnostic, il faut encore rechercher la cause efficiente de la névrite, ce sera dans la plupart des cas une maladie infectieuse récente.

V

Pronostic et traitement. — Le pronostic varie suivant la cause; d'une façon générale, il est bénin dans les paralysies faciales doubles d'origine polynévritique, dans les diplégies d'origine syphilitique et dans les diplégies *a frigore*. Dans tous les autres cas, il sera très réservé.

Chez l'enfant, le type Möbius, s'il n'a point de tendance à la régression, n'a pas cependant une marche envahissante et ne compromet nullement l'existence; il constitue plutôt une infirmité qu'une maladie. Il n'en est malheureusement pas de même pour le type Marie Brissaud, qui a une évolution fatale par suite de l'envahissement des noyaux bulbaires voisins de ceux du facial.

Le traitement ne pourra donc avoir quelque efficacité que dans les diplégies faciales acquises. Il ne diffère en rien de celui de la paralysie simple en, général trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Dans les diplégies faciales infectieuses, le traitement général des névrites (teinture de noix vomique, électrisation, etc.) est applicable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Diplégie faciale acquise. — Althaus. Dei beiderseitige Facialislähmung als ein Form der Polynevritis, *Deutsch. med. Wochens.*, 17 sept. 1891. — V. Ballet. *La paralysie bulbo-spinale asthénique*, Th. de Paris, 1898. — Barkas. Bilatéral facial palsy as a sequence of influenza, *The Lancet*, 26 janv. 1895. — Brawinkel. *Arch. des Heilk.*, 1841. — Bassette. *Med. and Surg. Rec.*, 26 sept. 1891. — Bayer. Paralysie diphtérique du voile du palais. Diplégie faciale, déformation de la bouche en museau, *Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet 1884. — Baylac. Note sur un cas de diplégie faciale totale, *Arch.méd. de Toulouse*, 1896, p. 367. — Ch. Bell. *The nervous system of humanybody*, 1836, p. 326. — Bernard et Braun. Diplégie faciale dans la polynévrite, analysé in *Revue neurolog.*, 1899, p. 571. — Bonnet. *Paralysies faciales par névrite périphérique*, Th. de Lyon, 1893. — Bregmann. Ueber diplegia facialis, *Neurol. Centralbl.*, 15 mars 1896. — Brieger. Ueber diplegia facialis, *Charité Annalen*, 1887, p. 150. — Bristowe. On bilateral facial palsy, *The Lancet*, 6 janvier 1888. — R. Bruzelius. Anal. in *Neurolog. Centralbl.*, 1887, p. 343. — Buzzard. *Transact. of the Clin. Society of London*, p. 75, 1874. — Bourgeois. Un cas de tétanos céphalique avec diplégie faciale, *Gaz. des hôp.*, 10 avril 1900. Caretti. *Riforma med.*, 17 janv. 1895. — Chisolm. Congenital Lähmung des 6 und 7 Hirnnervenpares bei eiser Ervachsenen, *Arch. f. Angenheilk.*, 1877, p. 414. — Christison. *The London medical Gazette*, 1835, p. 60. — Colleville. Sur un cas de diplégies associées des sixième, septième et quatrième paires craniennes, *Gaz. hebd.*, 7 déc. 1899. — Crouzon. Un cas de tétanos céphalique avec diplégie faciale, *Rev. neurolog.*, 15 mai 1900. — Cestan et Babonneix. Trois observations de polynévrite grippale, *Gaz. des hôpit.*, 28 juin 1900. — Cuming. A case of diplegia, *Brit.med. Journ.*, 27 déc. 1879. — Coslowski. Diplégie faciale et surdité d'origine traumatique, *Revue (russe) de médecine de Sprimont*, 1892, p. 25 — Commandeur. Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire, *Province méd.*, 1893, p. 222. — Corner. *Med. Times*, 1858. — Davaine. Sur les paralysies des deux nerfs faciaux, *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 716. — Déjerine-Klumpke. *Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier*, Th. de Paris, 1889. — Delort. Paralysie double par carie des deux os du rocher, *Bull. de la Soc. anat.*, 1831, p. 220. — Donnel. Double facial pulsy with lost of taste in the fore part of the tongue, *The Lancet*, 29 mai 1875. — Edgeworth. Paralysie faciale double et persistante développée à la naissance et à la suite d'une application de forceps, analysé in *Bull. méd.*, 1894. — Foger. Paralysie pseudo-bulbaire avec diplégie faciale, Club méd. viennois, 2 mai 1894. — Gama. *Traité des plaies de tête*, 1835, p. 161. — Harlan. Congenital paraiysis of both abducens and both facial nerves, *Transact. of the Americ. ophtalm. Soc.*, 1881, p. 216. — Havage. Note sur un cas de polynévrite infectieuse aiguë, *Revue de méd.*, 1891, p. 138. — Hoffmann. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1894, p. 75. — Hoffmann. Congrès de neurologie et de psychiatrie de l'Allemagne du Sud, mai 1897. — Hubbell. Case of paralysis of facialis and both abducens nerves following injury, *Buffalo med. and surg. Journal*, 1889, p. 94. — Huebschmann. *Neurolog. Centralbl.*, 1895, n° 5. — Huret. *Contribution à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales*, Th. de Paris, 1872. — Hutchinson et Jackson. *Med. Times*, 1861. — Jamin. Th. de Paris, 1892. — Ketli. Bilaterale Lähmung des Nerv. facialis und abducens mit raubheit in Folge von fracture des Felsenheins, *Wien. med. Presse*, n° 19, 1875. — Kirmisson. *Revue d'orthopédie*, 1895. — Kruger. Ueber ein Fall von doppelseitiger peripherische facialis Lähmung, *Inaug. Dissert.*, Berlin, déc. 1889. — Landouzy. Diplégie faciale, *Gaz. méd. de Paris*, 1851. — Labadie-Lagrave et Boix. Sur un cas de diplégie faciale d'origine artérielle, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1896. — Leubuscher. *Deuts.*

Klin., 1861. — LUNTZ. Ueber Nevritis puerperalis, *Deuts. med. Wochens.*, 23 nov. 1894. — MAGNUS. *Müllers. Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1837, p. 258. — MALLY. Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire. Traitement électrique des paralysies faciales, IXe Congrès des aliénistes et neurologistes, 1898. — P. MARIE et G. GUINON. *Contribution à l'étude de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive.* — MENDEL, G. MIDDLETON. General bilateral peripheral neuritis with recovery. *Clinical Records from the Glascow Royal Infirmery*, 1894. — MÖBIUS. Doppelseitige Facialis und abducens Lähmung, *Munch. med. Wochens.*, 1888. — MONINSKOW. Sur la diplégie faciale, *Messager neurolog. de Kazan*, 1893 (anal. in *Revue neurolog.*, 1894).— MOTTL. A case of peripheral facial diplegia, *Brit. med. Journ.*, 2 déc. 1893. — NIXON. Double facial paralysis with same remarks upon the nerves of the taste, *Dublin Journ. of med. Sc.*, août 1876. — O'CONNOR. *Dublin quaterly Journ. of med. Sc.*, 1861, p. 246. — OPPENHEIM. Ein Fall von multiple Neuritis in Stadium des Reconvalescenz, *Gesellschft der Charité Œrzte*, 11 nov. 1886. — PELVET. *Gaz. des hôp.*, 1867. — PIERRESON. De la diplégie faciale, *Archiv. gén. de méd.*, 1867, p. 159 et 296. — PRÉOBRAJENSKI. *Mémoires médicaux de Moscou*, 1894, n° 3. — PUGLIESI. Paralisi faciale totale e paraparesi da polynevrite, *Riforma medica*, 9 nov. 1892. — PYE SMITH. A case of bilateral paralysis of the facial and auditory nerves, *Guys Hospital Rep.*, 1895. — RAD HATSCHEK. In Valat, Th. de Paris, 1880. — RAYMOND. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, année 1896-1897, p. 615. — REMAK. *Deuts. Klinik*, 1860. — ROBERTS. *Brit. med. Journ.*, 1862. — ROBERTSON. Case of bilateral facial palsy, *Glascow med. Journ.*, 1891. — ROMBERG. *Lehrbuch des Menschen Krankheiten*, 1851. — SANGHEZ SANCHES. Doble paralisis facial en el caso de una intermittente malarica, *Clinica Granada*, 1886. — SANDRAS. *Traité des maladies nerveuses*, 1re édit., t. I, 1850. — SIEGERSON. *The Dublin Journ. of med. Sc.*, 1878. — SILVA. A proposito da diplegia facial rheumatica, *Brazil medical*, Rio-de-Janeiro, 1892, p. 49-52. — SINGER. Zur Pathologie der Erkrankung des Nervensystems nach Malaria, *Prag. med. Wochens.*, 1887. — STINTZING. Ueber diplegia facialis, *Munch. med. Wochens.*, 1893, nos 1 et 2. — STEIN Doppelseitige Lähmung der Nerven facialis und hypoglossus nebst allgemeiner progressiver Atrophie, *Arch. f. Klin. med.*, 1869, p. 593. — STEINER. Ein Fall von Rückenmarkshyperhämie mit doppelseitiger Facialismähung und Geschmaks alteration, *Arch. der Heilk.*, p. 323, 1870. — STRÜMPELL. Multiple Neuritis mit doppelseitiger Facialis lähmung und Ataxie der Unteren Extremitäten, *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 601. — TARGOWLA. Polynévrite récidivante envahissant les nerfs craniens et diplégie faciale, *Revue neurolog.*, 1894, n° 16. — THÉNÉE. *Berliner Klin. Wochens.*, 1889, in Th. Le Dard, Paris, 1896. — TRŒLTSCH. *Krankheiten des Ohrs*, 1862, p. 216. — TROUSSEAU. *Clinique médicale*, t. II, p. 272, 2e édit. — TURNEY. *The Lancet*, 7 mars 1896. — UNVERRICHT. Ueber multiple Hirn Nervenlähmung, *Forschritte der Medicin*, 1887, p. 24 — WACHSMUTH. *Ueber progressive Bulbar paralysie und die Diplegia facialis*, Th. de Dorpat, 1864. — WILDE. *Practische Bemerkungen über Ohrenheilkunde*, 1855, p. 489. — WRIGHT. Notes of a case of double facial palsy, *Brit. med. Journ.*, 1869, p. 984.

B. DIPLÉGIE FACIALE CONGÉNITALE. — A. GRAEFE. *Handbuch der Augenheilk.*, II, p. 60. — CHISOLM. Analysé in *Arch. f. Augenheilk.*, 1887, p. 414. — UTHOFF. Zur ophtalmoplegia externa, *Tagebl. des 59e Versammlung Deutscher Naturfossther zu Berlin*, 1886, p. 55. — RECKEN. Zur Casuistik und Lehre von den Augennueskellhähumgen, *Klin. Bl. Mon. f. Augenheilk.*, XXIX, oct. 1891, p. 340. — GOWERS. *Manual of the disease of the nervous System*, I, 1886, p. 405. — WINKLER et VON DER WELDE. Primare Myopathie gecombineerd met « ophtalmoplegia progressiva superior », *Weekbl. von het Nederblendschridschr voor Geneesk*, I, 3, 1889, p. 69. — MÖBIUS. Ueber Infantilen Kernschwund, *Münch. med. Abhandl.*, VIe série, Munich 1892. — HARLAN. Congenital paralysis of both abducens and both facial nerves, *Transact. of Amer. Opht. Soc.*, 17 mai, Newport 1881, p. 216. — A. SCHAPRINGER. Ueber augeborene heisitige Pleuroplegie (Abducens und facialis lähmung), *Med. Mon. Sch.*, I, 12, 1889, p. 622. — CABANNES. Étude sur la paralysie faciale congénitale, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 23 déc. 1900.

DIPLÉGIE FACIALE FAMILIALE. — REMAK. Zur Pathologie der Bulbärparalyse, *Arch. f. Psychiat. und Nervenk.*, 1892, p. 919. — J. HOFFMANN. Ein Fall von chronisch progressiver Bulbärparalyse im Kindlinchen Alter, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1891, p. 169. — F. FAZIO. *Riforma med.*, 4 nov. 1892, p. 327. — LONDE. Paralysie bulbaire, progressive, infantile et familiale, *Revue de méd.*, déc. 1893 et mars 1894.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(13 NOVEMBRE 1901)

M. Chavasse, à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Broca sur les **accidents cérébraux consécutifs aux otites**, lit sur ce sujet un travail dans lequel il relate plusieurs observations intéressantes. Dans son rapport, M. Broca avait laissé planer certains doutes sur les soins peut-être insuffisants donnés par les médecins militaires aux soldats atteints d'otite, qui ont dû être ensuite trépanés par M. Léon Imbert, ce qui laisserait à penser que c'est à l'insuffisance de ces soins que peuvent être attribués les accidents cérébraux ultérieurs. M. Chavasse, qui est chargé au Val-de-Grâce d'un service important des maladies de l'oreille et de leurs complications, affirme à M. Broca qu'il voit souvent ces complications se produire chez des malades dont l'otite primitive a été traitée aussi correctement et aussi antiseptiquement que possible.

M. Lejars fait un rapport sur deux cas de **rétrécissement du pharynx** récemment présentés par M. Morestin : dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, ancien syphilitique, dont le fond de la gorge était tapissé de brides cicatricielles ; il n'y avait pour ainsi dire plus de passage à la partie inférieure du pharynx, la glotte descendait sur la base de la langue ; malgré cela, il y avait très peu de troubles fonctionnels. M. Morestin excisa la glotte et le malade, après cette simple excision, se trouva bien. Le second malade, âgé de trente-cinq ans, également syphilitique, présentait un rétrécissement bucco-pharyngien très accentué, avec des troubles fonctionnels sérieux, surtout du côté de la déglutition devenue presque impossible. Tout le fond de la gorge était représenté par un voile assez épais, continu depuis le palais osseux jusqu'à la base du moignon de la langue, car la langue elle-même avait été détruite par la syphilis. Il n'existait qu'un tout petit orifice, permettant à peine l'introduction du petit doigt. M. Morestin fit de chaque côté de cet orifice un large débridement et sutura ensuite, au fil d'argent, l'une à l'autre les deux muqueuses nasale et buccale. Il obtint ainsi un large orifice qui se maintint, car il a présenté ce malade neuf mois après l'opération et le malade était bien définitivement guéri des troubles considérables qu'il avait eus. M. le rapporteur félicite M. Morestin de ce bon résultat et de l'ingénieuse intervention à laquelle il a eu recours.

M. Bazy analyse une observation de **fistule vésico-vaginale** adressée par M. Spartelli (de Smyrne). Il s'agit d'une jeune femme de seize ans, qui avait accouché à quinze ans ;

elle portait une fistule vésico-vaginale qui a été opérée avec succès par M. Spartelli selon le procédé du dédoublement.

M. Bazy cite plusieurs cas analogues de sa pratique personnelle, dans lesquels le procédé du dédoublement lui a donné de très bons résultats.

M. Berger fait quelques réserves en disant que ce procédé, si bon qu'il soit, n'est pas applicable à tous les cas.

Ce n'est pas l'avis de M. Ricard, qui a observé que plus on pratiquait ce procédé, plus on pouvait reculer les limites de ses indications. Il a pu, à l'aide de ce procédé, fermer récemment encore une fistule vésico-vaginale qui avait été opérée dix-neuf fois sans succès.

M. Bouilly fait observer que, dans ces dernières années, les fistules vésico-vaginales sont devenues beaucoup plus rares, ce qui est tout à l'honneur des accoucheurs. En outre, les procédés employés aujourd'hui pour les traiter sont beaucoup plus simples et plus efficaces.

M. Delbet présente un malade auquel il a **réséqué le ganglion de Gasser** pour un tic douloureux de la face. Il a, dans cette opération, rencontré de grandes difficultés, adhérences de la dure-mère au ganglion de Gasser, hémorragies très gênantes. Le malade est débarrassé de ses douleurs; il n'a pas de troubles oculaires. Il lui reste seulement encore un peu de tic convulsif. L'opération toutefois ne date que d'un mois.

M. Terrier a pratiqué deux fois cette opération, une fois avec un parfait succès, l'autre fois avec un complet insuccès. Dans le premier cas, il avait fait un large lambeau ostéo-musculo-cutané, lambeau qu'il voulait seulement abaisser, mais qui s'est complètement détaché du reste du crâne et qui a été précieusement conservé dans des compresses chaudes.

M. Terrier déclare que cette opération, très simple sur le cadavre, devient sur le vivant d'une terrible difficulté; l'abondance et la constance de l'hémorragie rendent la recherche et l'excision du ganglion très difficile. Toutefois, chez son premier malade, il a pu arriver à exciser à peu près le ganglion de Gasser, puis il a remis le lambeau crânien en place et le malade a parfaitement guéri.

Dans un second cas, il a suivi la même technique opératoire; il a eu affaire à une hémorragie considérable, et le malade est mort subitement très peu de temps après l'opération.

Il résulte de cette petite discussion que la résection du ganglion de Gasser est une opération difficile, dangereuse, et dont les résultats sont encore bien aléatoires.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

MALADIES DE L'UTÉRUS

L'hystérectomie abdominale totale pour fibromes voit chaque jour ses indications grandir. Aussi M. Demons (de Bordeaux) la préconise, non sans raison, même lorsqu'il y a des fibromes pédiculés prolabant dans le vagin. A plus forte raison est-elle indiquée dans les fibromes qui saillent dans le vagin, mais ont une large implantation utérine.

M. Peyrot et M. Souligoux ont apporté une modification à la technique opératoire de l'hystérectomie sub-totale, ils font l'inclusion du moignon dans la paroi-abdominale. Ils ont obtenu 30 guérisons sur 30 cas. Le résultat est magnifique; cependant, cette communication ne paraît pas avoir convaincu les chirurgiens présents.

M. Bouilly apporte sa statistique qui est excellente. N'est-on pas en droit de répéter aujourd'hui ce que disait un des orateurs d'un précédent congrès, à savoir que le fibrome est devenu actuellement aussi bénin que le kyste de l'ovaire.

Le temps est proche où l'hystérectomie pour fibrome cessera d'être une nouveauté digne d'intéresser les membres du Congrès.

Cependant M. Roussel (de Reims) vient encore défendre l'hystérectomie vaginale.

M. Chénieux (de Limoges) attire l'attention sur la complication possible de **grossesse et de tumeur utérine**, il rappelle les conclusions classiques sur la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de tumeur utérine ou ovarique : quand la tumeur est peu volumineuse et que la grossesse n'en est pas gênée, il faut laisser aller les choses; quand la tumeur est incompatible avec la grossesse et l'accouchement, il faut l'enlever aussitôt que possible, si cette ablation ne paraît pas devoir compromettre l'évolution de la grossesse. Dans le cas contraire, il convient d'attendre le terme de cette dernière, et d'intervenir alors, après extraction de l'enfant, par l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale. Mais jamais il ne faut recourir à l'avortement ou à l'accouchement prématuré qui peuvent donner lieu aux accidents les plus graves.

Toutefois M. Berthomier (de Moulins) cite un cas où un énorme fibrome de plus de 9 kilogs fut enlevé avec succès alors que l'utérus était à trois mois de grossesse. La grossesse fut normale et l'accouchement régulier.

M. Montprofit (d'Angers) constate que la **myomectomie** reprend ses droits. M. Ricard, rapporteur au précédent Congrès, avait attiré l'attention sur cette méthode opératoire, déjà très prônée par le docteur Témoin (de Bourges), et en avait posé les indications qui semblaient être passées inaperçues.

M. Delaunay lit une intéressante observation sur un cas de blessure de la vessie et de l'uretère au cours d'une hystérectomie abdominale pour fibromes. La suture de la vessie et l'abouchement de l'uretère dans la cavité vésicale furent suivies de guérison.

L'étude de l'**inversion utérine** amène M. Gross (de Nancy) à formuler les conclusions suivantes : « 1° Dans l'inversion utérine simple, irréductible par les moyens ordinaires, la laparotomie avec manœuvres de réinversion, vaginales et abdominales, combinées, la dilatation du col faite par l'abdomen avec taxis et refoulement des parties inversées par le vagin, me paraissent constituer un mode de traitement trop sévèrement jugé par Pozzi et récemment par Oui. Avec Bouilly, je pense qu'il a ses indications, et ma première observation montre qu'il peut avoir un bon résultat.

2° Dans l'inversion utérine polypeuse, où la conservation de l'utérus s'impose généralement moins que dans l'inversion puerpérale, l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale, sera souvent le seul traitement à appliquer. L'opération présentera toujours un certain degré de gravité, en raison de l'état d'infection de la muqueuse utérine et de ses annexes, et il sera sage de la faire suivre d'un drainage du pelvis. »

M. Legueu, dans les cas de **prolapsus utérin** invétéré, a recours à l'hystérectomie abdominale sub-totale avec pexie du moignon cervical à la paroi. Dans la même séance il

pratique la colpopérinéorraphie sur l'utérus déjà réduit et fixe.

Dans la cervicite chronique M. Pichevin recommande l'opération de Pouey (de Montévidéo).

Sa technique est la suivante : 1° dilater largement la cavité utérine; 2° pratiquer une incision circulaire autour de l'orifice externe, incision qui se prolonge par en haut de façon à détacher un long manchon musculo-muqueux. Ce manchon est sectionné au niveau de l'orifice interne. On réunit ensuite la partie inférieure de la lèvre externe vaginale longue avec la partie qui reste du lambeau musculo-membraneux. La réunion se fait d'une façon parfaite. Les résultats autoplastiques sont excellents. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — *Élection de M. Debove.* — L'assemblée de la Faculté, réunie jeudi, a procédé à un vote pour désigner le successeur de M. le doyen Brouardel, qui doit se retirer le 25 décembre.

Au premier tour, M. Debove ayant déclaré ne pas être candidat, les voix se sont réparties ainsi :

Votants, 54; majorité absolue, 28.

Ont obtenu : MM. Pinard, 18 voix; Richet, 3; Tillaux, 2; Brouardel, 1; Dieulafoy, 2; Raymond, 2; Chantemesse, 1; Debove, 3. Bulletins blancs, 22.

La majorité absolue n'ayant pas été atteinte, on procède à un second tour de scrutin.

Mais, à ce moment, M. Debove, cédant aux instances de ses collègues et devant les déclarations de MM. Pinard et Dieulafoy, qui affirment ne pas être candidats, revient sur sa décision.

Cette fois, le nombre des votants est de 56, et M. Debove arrive en tête avec 48 voix. M. Pinard obtient 2 voix, M. Richet, 1 voix, et M. Dieulafoy, 1 voix.

L'assemblée désigne ensuite M. Joffroy comme deuxième candidat.

M. Debove a succédé comme professeur de clinique médicale au regretté professeur Potain, en juillet 1900. Né le 11 mars 1845, il fut interne des hôpitaux en 1869, médecin des hôpitaux et agrégé en 1878, professeur de pathologie interne en 1890.

Cette nomination sera bien accueillie par tous, M. Debove ne comptant que des sympathies dans le monde médical. Nous sommes heureux de lui adresser nos félicitations.

— Par arrêté en date du 14 novembre 1901, la chaire de thérapeutique est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Université de Nancy. — La séance solennelle de rentrée a eu lieu jeudi dernier à la salle Poirel. Le discours d'usage a été prononcé par M. Bourcart, le sympathique professeur à la Faculté de droit, qui a traité avec une grande compétence et une grande éloquence de forme la question « de la notion d'engagement ».

M. Gasquet, recteur, a présenté, avec l'éloquence qui lui est habituelle, le résumé de la vie universitaire des Facultés.

De 690 en 1890, le nombre des étudiants s'est élevé à 1147 en 1901.

On voudrait créer une « Maison des étudiants », refuge de l'Association générale des étudiants, où se réuniraient et se rencontreraient tous les étudiants, maison de concorde et d'amitié, où, peut-être, disparaîtrait ou s'atténuerait le divorce intellectuel et moral qui divise la jeunesse française et persiste pendant toute la vie. « On dirait deux courants parallèles qu'une digue sépare, et dont les flots ne se confondent pas pour former le même fleuve. »

Jusqu'à ce jour, Nancy n'a pas eu la bonne fortune, comme d'autres Facultés, celle de Montpellier, par exemple, de trouver de généreux donateurs pour doter ses étudiants d'un local digne d'une Société générale des étudiants, mais on s'est mis à l'œuvre, et, en quelques mois, 50 000 francs ont été déjà souscrits gracieusement : on espère bientôt couvrir l'emprunt nécessaire à cette œuvre si importante et si nécessaire.

Écoles de médecine. — *Limoges.* — Sont nommés après concours : prosecteur, M. Mourniac; aide d'anatomie, M. Gauthier.

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés : interne titulaire, M. Clappier; externes, MM. Lagaune, Durand, Debelut, Latour, Dumas, Ruchaud, Vouzelle, Masgrange, Chabrier, Masdepny, Passavy, Ballet, Legros.

Nancy. — Ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Masson, Lang, Huron, Piquart, Baeff, Larcher, Thiébaut, Souffren et Malterre.

Le dessèchement d'étangs dans le département de l'Ain. — Le Sénat a voté hier, par 141 voix contre 104, un projet de loi dont l'article unique est ainsi conçu :

« Les étangs qui ont été desséchés dans le département de l'Ain pour l'exécution de l'article 3 de la convention passée, le 1er avril 1863, entre l'État et les concessionnaires du chemin de fer de Sathonay à Bourg et approuvée par la loi du 18 avril 1863 et le décret du 25 juillet 1864, pourront être remis en eau si l'autorisation en est donnée par un arrêté du préfet de l'Ain.

Chaque arrêté préfectoral d'autorisation prescrira l'exécution, aux frais des propriétaires demandeurs, des travaux à faire et des mesures d'exploitation à observer pour éviter l'insalubrité de l'étang remis en eau et soumis au régime de l'assec périodique avec culture. »

Ce vote a été précédé d'une longue discussion à laquelle ont pris part tous les sénateurs de la région et en particulier, notre confrère, M. le docteur Goujon, sénateur de l'Ain, qui a apporté le témoignage favorable d'un grand nombre de confrères de l'arrondissement de Trévoux.

Nous pensons qu'il sera intéressant pour nos lecteurs de citer à ce propos un travail de M. le docteur Passerat (de Bourg), intitulé : *Mouvement de la population dans 40 communes de la Dombes, pendant le* XIXe *siècle* (1), travail qui se rattache directement à la question des étangs et l'éclaire d'un jour tout particulier.

De ce travail extrêmement documenté et appuyé sur des statistiques officielles, M. Passerat tire les conclusions suivantes :

« La population du pays d'étangs a augmenté d'une façon continue jusqu'à 1891. Depuis 1891, elle est en forte diminution.

Cet accroissement très considérable quand les étangs étaient nombreux a diminué dès qu'on a commencé le dessèchement des étangs et a fait place à une diminution quand les étangs ont eu presque disparu.

L'accroissement de la population dombiste pendant la première moitié du siècle a été trois fois plus forte dans les communes possédant beaucoup d'étangs que dans les communes qui en avaient très peu.

La diminution de la population qui s'observe depuis la disparition des étangs est plus marquée dans les communes ayant peu d'étangs.

Le nombre des naissances, en Dombes, est allé en augmentant, depuis le commencement jusqu'au milieu du siècle. Depuis, la natalité est en décroissance.

Depuis le commencement du XIXe siècle, à l'exception de la première décade, les naissances dans le pays d'étangs ont été plus nombreuses que les décès.

L'excédent des naissances sur les décès est plus accentué dans les communes couvertes d'étangs que dans celles qui n'en ont presque plus.

Pendant la période où les étangs couvraient une grande étendue, il s'est produit en Dombes une forte « immigration ». Depuis le dessèchement on observe, au contraire, une « émigration » assez marquée. De 1891 à 1901 cette émigration est énorme.

(1) Extrait des *Annales de la Société d'émulation de l'Ain*, 1901.

La mortalité dans le pays dombiste a baissé graduellement depuis le commencement du XIX[e] siècle. De 3,83 pour 100 habitants pendant les trente premières années du siècle, la mortalité s'est abaissée à 2,09 en 1891, pour tomber à 1,52 en 1901.

L'âge moyen des décédés est allé en augmentant du commencement du XIX[e] siècle jusqu'à nos jours ; de vingt-cinq ans en moyenne, il est monté à 34 en 1892, à 40 en 1901.

Cette augmentation est indépendante de la surface desséchée : elle est aussi indépendante de la surface actuellement en étangs.

Ces résultats répondent, il me semble, victorieusement aux accusations portées contre la salubrité de notre pays, et sont bien faits pour défendre le système des eaux si en faveur auprès de nos pères. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Camille Duteillet (de Châteauneuf) et de M. Contal, étudiant en médecine à Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire de poche pour les maladies des enfants, par M. Jules Comby. In-8°, — Prix : 8 francs. — Paris, A. Rueff.

Pasteurisation et stérilisation du lait, par M. le docteur Henri de Rothschild, lauréat de la Faculté de médecine, officier d'Académie, chevalier du Mérite agricole. In-16 de 96 p., avec 33 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

A travers la médecine, par M. le docteur Henri Guimbail. Un vol. in-8° de 135 p. — Paris, A. Maloine.

Métrites cervicales. Rapport présenté au Congrès de médecine de Paris 1900, par M. le docteur Mendès de Léon, privat-docent à l'Université d'Amsterdam. Grand in-8° de 40 p. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, O. Doin.

Doit-on combattre la fièvre ? Rapport présenté au Congrès de médecine de Paris 1900, par M. le docteur B.-J. Stockvis, professeur à la Faculté de médecine d'Amsterdam. Gr. in-8°. de 32 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 133. — MARDI 19 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 19 NOVEMBRE 1901. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS HYPODERMIQUES DE CHLORHYDRATE DE QUININE; CONDITIONS QUI LES FAVORISENT; INFLUENCE PRÉPONDÉRANTE DU DEGRÉ DE CONCENTRATION DE LA SOLUTION (*fin*), par M. E. LAFFORGUE, médecin-major de deuxième classe. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, DU 21 AU 26 OCTOBRE 1901, A PARIS (*fin*). Discussion sur les adénites tuberculeuses; — Annexes de l'utérus; — Voies urinaires; — Nerfs. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS HYPODERMIQUES DE CHLORHYDRATE DE QUININE

CONDITIONS QUI LES FAVORISENT; INFLUENCE PRÉPONDÉRANTE DU DEGRÉ DE CONCENTRATION DE LA SOLUTION (1)

Par M. E. LAFFORGUE, médecin-major de deuxième classe.

c. *Influence de l'état antérieur des malades.* — Cette influence s'explique de la même façon que la précédente; elle produit les mêmes effets.

Les sujets débilités par des affections antérieures ou anémiés par des influences climatériques longtemps subies, sont sujets aux mêmes troubles morbides que les malades soumis à une déchéance organique aiguë causée par une intoxication rapide.

Le plus souvent, d'ailleurs, ces deux influences s'associent et se combinent. Ce sont les sujets les plus débilités, les plus anémiés, à l'état général le plus précaire, qui offrent les formes de paludisme les plus graves.

C'est ce qui ressort de l'examen des tableaux statistiques de notre étude.

d. *Influence de la région, siège de l'infection.* — Elle a été maintes fois signalée. Nous résumerons seulement quelques remarques auxquelles nos observations ont donné lieu.

Les régions les moins sujettes à ces accidents sont celles dont le tissu cellulaire sous-cutané est le plus abondant et en même temps formé d'éléments moins étroitement condensés, moins intimement unis les uns aux autres. En suivant un ordre décroissant, on peut classer à ce point de vue les régions de la façon suivante :

1° Région fessière et face externe des cuisses où les accidents sont les plus rares;

2° Bras (face externe et antérieure) et région dorso-lombaire;

3° Avant-bras (face dorsale moins sensible que la face palmaire);

4° Tronc (face antérieure, thorax et abdomen).

La fréquence et la gravité de l'inflammation dépendent en outre de la formation histologique au niveau de laquelle le liquide est apporté. Plus l'injection est faite dans la profondeur, et moins fréquents, moins graves aussi sont les accidents.

Si l'injection est trop superficielle, il est rare de ne pas voir se faire une nécrose de toute la couche hypodermique et de la première portion du derme. Le tissu épithélial est détruit constamment dans tous les points qui sont imprégnés du sel quinique. Dans ces cas, c'est toujours des phénomènes d'escarification qu'on observe. Il s'étabit un processus gangréneux suraigu; les tissus noircissent et les éléments mortifiés s'éliminent, laissant à nu une surface atone.

Lorque l'injection est faite dans le tissu dermique, dans sa zone profonde ou immédiatement au-dessous de lui, les mêmes effets peuvent se produire, mais la réaction au niveau des tissus profonds donne plutôt naissance à des phénomènes inflammatoires proprement dits; et l'on y voit apparaître d'abord de la tuméfaction œdémateuse inflammatoire, puis la suppuration s'y établit, tandis que la surface se nécrose.

Dans les injections même profondes, et en plein tissu sous-cutané, assez loin du derme, il peut se développer des accidents des deux ordres. C'est qu'alors la solution a été injectée trop rapidement et qu'elle a diffusé vers la périphérie. Elle n'a pas vaincu la résistance des tissus profonds, et s'est infiltrée vers les zones superficielles, réalisant ainsi les conditions des deux cas précédents.

C'est parce que ce reflux vers la périphérie est impossible que les injections faites en plein tissu conjonctif intramusculaire donnent très rarement lieu à des accidents. Le tissu conjonctif est en outre très aisément extensible, laisse passer le liquide sans difficulté entre les faisceaux, et celui-ci s'y infiltre, y diffuse rapidement, sans y déterminer de dégâts.

La tolérance respective des différentes régions du corps dépendra donc de la structure des tissus sous-cutané et cutané. Les points où le tissu sous-cutané sera constitué par des formations denses et serrées, inextensibles et ne donnant passage à la solution que par la déchirure de ses fibres, seront aisément le siège d'escarifications. Ces tissus sont en outre peu riches en espaces lymphatiques intersti-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 131.

tiels et très pauvres en ramifications vasculaires, ce qui est de nouveau favorable à la prédominance des escares sur les abcès dans ces points. L'afflux leucocytaire faisant défaut ou étant insignifiant, le toxique n'est plus emmagasiné dans ces corps cellulaires pour être entraîné dans la circulation générale; et cette soustraction faisant défaut, les éléments épithéliaux ou conjonctifs restent soumis à son action nocive. Il séjourne plus longtemps à leur contact, les imprègne et les pénètre, altère leur substance et en amène la destruction.

Les régions riches en tissu conjonctif, dont les interstices interfasciculaires sont très étendus et où existent des formations lymphatiques nombreuses et une vascularisation sanguine abondante, réagissent dans le sens du processus inflammatoire de la suppuration. Les leucocytes affluent, s'imprègnent du poison et, sous son influence, perdent de leur vitalité. Leur issue hors des vaisseaux s'accompagne comme toujours d'une exsudation séreuse, au sein de laquelle nageront leurs corpuscules mortifiés. Mais les tissus fondamentaux seront soustraits à l'action caustique, du moins partiellement, et, seuls, ceux qui seront au voisinage du processus inflammatoire subiront le sort des leucocytes.

Ce fait explique que ces lésions ne se produisent qu'avec les solutions concentrées. Pour amener la mort des leucocytes, il faut que la dose du poison soit supérieure à leur pouvoir de tolérance. Si la solution est très diluée, le sel est absorbé en quantité d'autant moins considérable par le leucocyte qui, alors, conserve sa vitalité et passe dans le torrent circulatoire.

Le même résultat est obtenu même avec des solutions étendues, quand le tissu permet au liquide de se diffuser en faible quantité, sur une grande étendue. Le poison incorporé dans les éléments divers des appareils circulatoires, en trop faible quantité pour en amoindrir ou détruire la vitalité, sera absorbé simplement par eux et entraîné dans l'organisme sans avoir pu provoquer aucun de ces troubles morbides.

En somme, la solution de chlorhydrate de quinine doit être diluée, quelle que soit la région où on l'injecte. Le titre de la solution ordinaire ($0^{g}50$ centigr. par centimètre cube) est trop élevé dans les cas même les plus favorables. Ce titre doit toujours être inférieur ou tout au moins égal à $0^{g}30$ centigrammes par centimètre cube. Il doit être d'autant plus faible qu'on pratique l'injection en des points plus facilement altérables et chez des malades plus gravement atteints ou dans un état général plus précaire.

Au niveau de la fesse et des régions dorso-lombaires, on peut utiliser la solution à $0^{g}30$ centigrammes par centimètre cube; à la face externe des cuisses et au bras, la solution à $0^{g}25$, tandis qu'à l'avant-bras il sera prudent de s'en tenir à la solution de $0^{g}20$ centigrammes par centimètre cube.

D'une façon générale, et pour toutes les régions, la solution à $0^{g}25$ centigrammes par centimètre cube, qui a l'avantage de permettre le calcul rapide et facile de la quantité de sel à injecter, est utilisable, sans crainte d'accidents.

On peut faire plusieurs objections à cette manière de procéder. En premier lieu, si l'on use de solutions étendues, on diminue la puissance thérapeutique de la substance injectée. On sait, en effet, que les médicaments, en général, produisent, quelle que soit d'ailleurs la modalité d'administration, un effet d'autant plus efficace et plus rapide, plus intense aussi que la solution est plus concentrée.

Loin de diminuer l'activité du sel de quinine, la dilution

ACCIDENTS OBSERVÉS A LA SUITE DES INJECTIONS DE CHLORHYDRATE DE QUININE

Nombre de malades.	Régions.	Injections pratiquées.	Accidents: Escares graves.	Escares superficielles.	Abcès.	Induration.	Totaux.
A. Solution forte ($0^{g}50$ par c. c.).							
Paludisme grave. — *État général des sujets bon.*							
19	Fesse......	44	»	4	6	10	20
	Cuisse.....	68	2	6	8	14	28
	Bras.......	41	»	10	1	3	14
	Avant-bras.	26	»	5	2	1	8
	Tronc......	18	»	2	3	5	10
État général mauvais.							
6	Fesse......	18	»	»	2	3	5
	Cuisse.....	24	»	3	3	8	14
	Bras.......	14	1	2	3	7	13
	Avant-bras.	12	»	2	2	3	7
	Tronc......	2	»	»	»	»	»
Paludisme de forme moyenne. — *État général bon.*							
10	Fesse......	30	»	1	3	2	6
	Cuisse.....	20	»	3	2	5	10
	Bras.......	15	»	»	1	2	3
	Avant-bras.	20	»	»	3	3	6
	Tronc......	5	»	»	»	2	2
État général mauvais.							
2	Fesse......	4	»	1	»	1	2
	Cuisse.....	8	»	»	2	3	5
	Bras.......	2	»	»	1	»	1
	Avant-bras.	6	»	1	»	3	4
	Tronc......	2	»	»	»	1	1
Paludisme bénin. — *État général bon.*							
18	Fesse......	38	»	»	1	5	6
	Cuisse.....	16	»	»	2	9	11
	Bras.......	16	»	»	1	5	6
	Avant-bras.	10	»	1	3	1	5
	Tronc......	2	»	»	»	»	»
Totaux. 55		431	3	40	47	96	166
B. Solution de titre intermédiaire ($0^{g}30$ par c. c.).							
Paludisme grave. — *État général bon.*							
15	Fesse......	36	»	»	»	»	»
	Cuisse.....	64	»	»	»	3	3
	Bras.......	38	»	»	»	2	2
	Avant-bras.	21	»	1	»	5	6
	Tronc......	10	»	1	»	»	1
État général mauvais.							
3	Fesse......	6	»	»	2	»	2
	Cuisse.....	14	»	1	»	3	4
	Bras.......	4	»	»	1	»	1
	Avant-bras.	6	»	»	2	4	6
	Tronc......	»	»	»	»	»	»
Paludisme moyen et bénin. — *État général bon.*							
25	Fesse......	36	»	»	2	5	7
	Cuisse......	34	»	»	1	1	2
	Bras.......	24	»	»	»	4	4
	Avant-bras.	18	»	»	3	3	6
	Tronc......	12	»	»	»	1	1
Totaux. 43		323	»	3	11	31	45
C. Solution faible ($0^{g}25$ et $0^{g}20$ par c. c.).							
Paludisme grave. — *État général bon.*							
23	Fesse......	45	»	»	»	»	»
	Cuisse.....	52	»	»	»	3	3
	Bras.......	36	»	»	1	2	3
	Avant-bras.	7	»	»	»	»	»
	Tronc......	»	»	»	»	»	»
État général mauvais.							
21	Fesse......	30	»	»	1	»	1
	Cuisse.....	45	»	»	»	2	2
	Bras.......	20	»	»	3	5	8
	Avant-bras.	18	»	»	»	6	6
	Tronc......	2	»	»	»	»	»
Paludisme moyen et léger. — *État général bon.*							
32	Fesse......	52	»	»	»	»	»
	Cuisse.....	48	»	»	»	1	1
	Bras.......	16	»	»	»	»	»
	Avant-bras.	32	»	»	»	5	5
	Tronc......	8	»	»	»	»	»
État général mauvais.							
9	Fesse......	12	»	»	»	»	»
	Cuisse.....	16	»	1	»	»	1
	Bras.......	10	»	»	2	3	5
	Avant-bras.	18	»	»	»	5	5
	Tronc......	»	»	»	»	»	»
Totaux. 85		463	»	1	7	32	35

de sa solution favorise son action et en rend les effets plus rapides et surtout plus sûrs. Car, pour que le médicament agisse, il faut qu'il puisse passer dans le torrent circulatoire, qu'il s'incorpore et fasse partie intégrante du liquide sanguin.

Or, avec une solution concentrée, comme l'a montré M. le médecin principal Moty, le sel se dépose au point de l'injection et l'eau seule diffuse et est résorbée. La quinine reste au sein du tissu cellulaire, et s'y comporte à la façon d'un corps étranger inerte. Avec une solution étendue on n'aura pas à craindre de tels inconvénients. L'absorption du sel quinique est complète et d'autant plus rapide que la dilution est plus grande. Par suite, l'action du sel est sûre et son efficacité complète.

Au début de notre séjour et lorsque nous avons voulu diminuer la concentration de la solution du formulaire, nous avons toujours pratiqué simultanément et en des points symétriques des injections de solution concentrée et de solution diluée en ayant soin d'user d'un mode opératoire identique. La quantité de sel introduite en un même endroit était égale pour les deux cas. Or, il m'est arrivé dans quelques cas de voir sourdre par l'orifice de pénétration de l'aiguille une sorte de sérosité tenant en suspension une poussière blanchâtre, et cela plusieurs minutes après l'injection. Cette poussière était du chlorhydrate de quinine précipité dans les tissus et expulsé au dehors. Jamais pareil fait ne s'est produit au niveau des injections de solutions diluées.

Ces faits étant rares et non complètement démonstratifs, nous avons recherché ce qui se produirait chez l'animal dans des circonstances analogues.

Expérimentant sur des lapins, nous avons injecté, dans des régions exactement symétriques, la même quantité (0g50) de chlorhydrate de quinine en solution concentrée d'une part et d'autre part en solution étendue (0g50 et 0g25). Nous avons injecté ces solutions sur trois lapins, dans les deux régions dorsales, au niveau du cinquième espace intercostal et à la même distance de chaque côté de l'épine vertébrale, puis à la racine des membres antérieurs et des membres postérieurs et enfin dans la paroi abdominale au-dessous du thorax.

Soit quatre injections pour chaque animal et pour chaque solution. Dans les 16 injections de solution concentrée, nous avons trouvé dans le tissu cellulaire une quantité plus ou moins notable de sel cristallisé vingt-quatre et quarante-huit heures après l'injection. Au niveau de cinq d'entre elles, cette quantité était très appréciable. Sur les 16 injections de solution dilué onze ne présentaient aucune trace de sel, et dans les autres on n'en voyait que quelques grains isolés et à peine perceptibles.

On pourrait encore penser que, dans ces faits, il s'agit ou bien d'une coïncidence fortuite, ou bien encore que les accidents étaient dus à une prédisposition spéciale des sujets ou à l'acidité de la préparation quinique.

Cette dernière observation doit être écartée tout d'abord; car la même préparation servait pour toutes les solutions, quel que fut leur titre et, d'autre part, l'essai en a toujours été fait et a montré qu'il n'y existait aucune trace, si légère fût-elle, d'acidité.

On peut également affirmer qu'il n'y a pas eu une simple coïncidence, étant donné le nombre considérable des faits observés (133 malades) et la constance des résultats constatés. S'il se fût agi, en effet, de quelques malades seulement, une dizaine par exemple, on pourrait craindre que cette association de phénomènes ne soit le résultat de combinaisons dues au hasard. Mais que les faits se soient produits suivant toujours la même modalité pour 183 malades, et qu'il n'existe entre eux d'autre relation que celle d'une coexistence fortuite, on ne saurait l'admettre. Des coïncidences de cet ordre sont, en effet, susceptibles d'être formulées en lois. Toutes les autres circonstances, telles que lieu, temps, forme de la maladie, état général du sujet, région de l'injection, etc., variant avec les différents malades, deux phénomènes seuls demeurent constants, et varient dans le même sens : le titre de la solution, l'existence et la gravité des accidents. On est donc autorisé à conclure que les uns sont sous la dépendance des autres.

Dans les cas où sur le même sujet nous avons pratiqué en des points symétriques des injections de solutions différentes, nous avons observé des accidents à la suite des injections de solution concentrée uniquement. Les mêmes résultats ont été obtenus expérimentalement sur les lapins, expériences dont nous avons relaté plus haut les détails. Ces faits ne laissent aucun doute sur la relation qui doit être établie entre les deux groupes de phénomènes.

Quant au rôle à attribuer aux circonstances secondaires, nous en avons étudié l'importance relative et déterminé la part qui revient à chacune d'elles dans la genèse des phénomènes morbides.

Enfin, on peut reprocher aux injections de solution diluée d'augmenter le volume du liquide introduit sous la peau. Nous ne voyons pas dans ce fait un inconvénient quelconque. En injectant 2 grammes de sel par jour en solution à 0g25 par centimètre cube, on injecte 8 centimètres cubes de liquide. Mais ne peut-on pas couramment passer dans le tissu cellulaire sous-cutané 250 grammes et même 300, 400 grammes de sérum artificiel dans les vingt-quatre heures, ou encore 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, antitétanique, antivenimeux, etc., ou encore 20 et 30 grammes et davantage d'huile créosotée ? Et parmi ces liquides, il en est d'aussi irritants que le chlorhydrate de quinine.

Et ceci m'a amené à rechercher si la solution de sel marin, inoffensive dans la proportion du sérum artificiel, ne devenait pas elle aussi irritante, quand elle était concentrée. Et nous avons constaté que les injections d'une solution concentrée de sel marin déterminaient chez les lapins des accidents phlegmoneux, des ulcérations analogues à ceux que produit le sel quinique. Les mêmes précipitations de sel se faisaient au sein des tissus, la même mortification des éléments ou la même réaction inflammatoire.

En variant le titre des solutions, le siège et la profondeur des injections, nous avons réalisé des accidents comparables à ceux que l'on observe avec le chlorhydrate de quinine.

Ce fait constitue un argument en faveur de l'opinion qui attribue à la concentration de la solution la cause des accidents consécutifs aux injections de chlorhydrate de quinine, il démontre bien qu'il est préférable d'user de solutions diluées.

En se servant de ces solutions, on sera sûr de ne jamais avoir à déplorer d'accidents, en prenant toujours les plus grandes précautions, le chlorhydrate de quinine jouissant, on ne peut en douter, de propriétés irritantes très accentuées.

Si l'on a recours à elles, on ne craindra pas de les uti-

liser, pour le plus grand bien des malades, plus volontiers, et dans un plus grand nombre de cas. On pourra obtenir de la sorte un effet plus rapide et plus sûr que celui que l'on a par l'absorption par les voies digestives, et sans que l'on ait à craindre l'irritation de ces dernières qui se produit dans ce dernier cas.

C'est pour ce dernier motif que nous avons usé des injections hypodermiques même dans des cas de moyenne intensité, et même de forme relativement bénigne.

L'action thérapeutique de la quinine se produisait bien plus rapidement et la durée de la maladie a été certainement abrégée chez les malades chez qui la quinine a été administrée par la voie hypodermique que chez ceux auxquels on l'a donnée par la voie digestive. C'est surtout lorsqu'il faut utiliser la quinine au cours de la période fébrile aiguë, que l'injection est nécessaire ; l'état saburral du tube gastro-intestinal en rendant l'absorption par cette voie très difficile et très lente. Ce n'est que dans la période apyrétique, dans la période terminale de la maladie que nous utilisions cette dernière.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[8 novembre 1901 (*suite*)].

Revenons sur la communication si importante de M. Chantemesse sur la **sérothérapie de la fièvre typhoïde.**

« La fièvre typhoïde, dit en commençant M. Chantemesse, est une des maladies qui pèsent encore le plus lourdement sur la population française. En 1892, avec M. Widal, nous avons expérimenté contre elle un sérum préparé avec le corps même des bacilles, mais il s'est révélé seulement préventif et nullement curatif. Depuis lors, la toxine typhique est beaucoup mieux connue et il nous a été possible de préparer, en partant de la toxine et non plus du bacille, un sérum antityphique. »

Il faut, avant tout faire remarquer ceci : que la fièvre typhoïde a une mortalité plus élevée qu'on ne le croit généralement ; d'après les relevés faits par M. Chantemesse dans divers hôpitaux parisiens, cette affection entraînerait la mort dans environ 29 p. 100 des cas chez l'adulte, dans 10 p. 100 des cas chez l'enfant ; les chiffres fournis par le bulletin de statistique municipale de la ville de Paris, montrent, d'autre part, que la mortalité totale par fièvre typhoïde a été de 18,5 p. 100 pour les années 1899 et 1900.

Or, M. Chantemesse a traité par la sérothérapie 100 cas de dothiénentérie. Tous les malades injectés avant le dixième jour ont guéri ; 6 ont succombé : 3 à une perforation intestinale suivie de péritonite, 2, parce qu'ils ont été injectés trop tard, 1 a une escare gangréneuse du sacrum.

Les courbes apportées à l'appui de ces remarques sont éloquentes : sur la très grande majorité de ces courbes, l'injection est suivie, à bref délai, d'une chute de température, cette chute est ordinairement suivie de guérison quand la maladie a été prise avant le huitième jour. Quand l'injection n'a été faite qu'après le huitième jour, on obtient également une descente, mais plus lente, et, en général, la température remonte au bout de quelques jours ; il faut une nouvelle injection pour obtenir une chute définitive ; ces faits sont du reste soumis à des variations individuelles, selon la plus ou moins grande virulence des germes et la plus ou moins grande force de résistance du malade. Les effets de l'injection sur les symptômes de la maladie sont très marqués : le pouls se ralentit en quelques heures, la diarrhée disparaît au bout d'un, deux, trois jours, la pression sanguine remonte à son taux normal, et la polyurie apparaît.

Vingt-quatre heures après l'injection, on constate une hyperleucocytose et la réapparition des éosinophiles, tandis que les myélocytes neutrophiles disparaissent et sont remplacés par des formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires. Les injections, qui ne sont ni douloureuses, ni irritantes, doivent être faites sous la peau de l'avant-bras, la résorption y étant plus rapide qu'à l'abdomen. La dose de choix, pour la première injection, est de 12 à 14 centimètres cubes. Si, au bout d'une dizaine de jours, l'apyrexie n'est pas complète, il faut injecter à nouveau 4 ou 5 centimètres cubes, quand la fièvre est minime, 10 centimètres cubes, lorsqu'elle est intense ; la première dose peut être abaissée à 10 centimètres cubes, dans les cas où l'on peut intervenir tout à fait au début, ou au contraire lorsque l'intoxication est ancienne ou profuse et qu'on redoute une réaction trop vive.

(Séance du 15 novembre 1901)

Depuis longtemps, on a signalé l'influence des accidents génitaux de la femme, et en particulier des troubles menstruels, sur l'apparition du syndrome de Basedow lui-même, que l'on a vu éclater à la suite d'une suspension brusque et accidentelle des règles, et surtout après la ménopause chirurgicale. De plus, sans arriver au Basedow véritable, les troubles menstruels tantôt favorisent l'apparition d'un simple *goitre*, tantôt basedowifient un simple goitre. Il n'est donc pas étonnant que l'on ait songé à l'opothérapie ovarienne pour traiter le goitre exophtalmique. Elle a donné de bons résultats à beaucoup d'auteurs. M. Dalché, dans son travail sur la **dystrophie ovarienne,** s'attache à démontrer que plusieurs phénomènes du Basedow peuvent être considérés comme appartenant à la menstruation troublée et même normale : l'accélération du pouls, les bouffées de chaleur, les crises de sueur ; les accidents cutanés (éphélides, pigmentations cutanées, pigmentation des paupières) peuvent éclater à propos d'une menstruation régulière, mais deviennent plus intenses lors d'une aménorrhée accidentelle et surtout à l'époque de la ménopause. Ce sont là des symptômes basedowiformes traduisant souvent la dystrophie ovarienne.

En outre, la dystrophie ovarienne provoque encore un état capable de prendre les apparences d'un myxœdème. C'est un œdème assez élastique, ou plutôt une bouffissure, une sorte d'infiltration parfois étendue à toute la surface du corps, qui fait paraître les femmes grosses obèses, d'autant plus que cet état se combine souvent avec l'adipose chez la même malade et sous la même influence. Contre ces différents états, on obtient de bons résultats avec l'opothérapie ovarienne, dont les heureux résultats dans la thérapeutique du goitre exophtalmique, surtout fruste ou atténué, ont été publiés par de nombreux auteurs.

Lymphadénome à évolution rapide ayant pu faire soupçonner un abcès du foie; artérite sténosante de l'aorte et du tronc brachio-céphalique avec dilatation excessive des artères coronaires, tel est le titre de l'observation résumée par M. Le Gendre.

Cette observation est intéressante à cause de son étrangeté clinique et de sa complexité anatomo-pathologique. Bien qu'il soit impossible d'établir un lien entre les diverses

lésions observées à l'autopsie, voici le résumé de l'observation clinique. Un homme de vingt-sept ans, sans autres antécédents que l'impaludisme, contracté pendant un séjour à Madagascar, est pris, trois ans après son retour, d'une angine banale, à laquelle succèdent des douleurs musculaires généralisées, avec faiblesse croissante, sueurs profuses et de rares mouvements fébriles. On constate chez lui des signes d'induration artérielle avec rétrécissement de l'origine de l'aorte et du tronc brachio-céphalique que l'autopsie a vérifiés. Le malade ne présentant pas de signes d'éthylisme et étant dans un âge où l'athérome est exceptionnel, faut-il attribuer ces lésions d'artérite sténosante à l'impaludisme, dont la splénomégalie serait la conséquence? D'autre part, l'évolution galopante de l'hépatomégalie est en rapport avec le développement dans le foie de tumeurs du type lymphadénome, dont deux noyaux existaient dans les reins. Mais quelle relation établir entre ces productions néoplasiques et les altérations artérielles? Enfin, il y a lieu de noter l'excessive dilatation des artères coronaires. C'est un de ces faits obscurs qu'il y a lieu d'enregistrer sans espérer qu'ils aident beaucoup à en diagnostiquer d'analogues.

M. Lamy présente des photographies d'un malade chez lequel la **conformation thoracique fut singulièrement favorable à la production de souffles cardio-pulmonaires et s'associa à des troubles fonctionnels du cœur.** Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui se plaint de palpitations et d'oppression au moindre effort. Il a été considéré comme un cardiaque par plusieurs médecins, et traité par la digitale. La pointe du cœur bat à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon; il existe un souffle systolique intense qu'on entend dans toute la région précordiale, et que l'on retrouve dans le dos. Mais la matité cardiaque est normale; l'abaissement apparent de la pointe est dû à la conformation du thorax qui est la suivante : épaules tombantes, clavicules et côtes très obliques, espaces intercostaux très larges, espace costo-iliaque très réduit. De plus le thorax est étroit et aplati d'avant en arrière. La pointe bat dans le sixième espace; le mamelon a conservé ses rapports avec le grand pectoral. Quant au bruit de souffle systolique, il s'agit d'un bruit cardio-pulmonaire, diagnostic confirmé par M. Potain qui avait vu le malade en mai 1900. C'est avec des cas de ce genre que l'on a décrit la soi-disant hypertrophie cardiaque de croissance.

En dépit de l'absence de toute lésion organique, l'auteur ne croit pas que les troubles fonctionnels dont se plaint le sujet soient négligeables. Il s'agit d'un cœur excitable; les sujets de cette catégorie font de mauvais soldats, et Potain approuvait la conduite des médecins militaires qui les réforment.

MM. Huchard et Bergouignan rapportent l'observation d'un homme de soixante ans, qui souffrait depuis longtemps du côté gauche, et présentait de ce côté tous les signes d'un **épanchement pleural.** Comme le cœur n'était pas dévié et que de nombreuse ponctions exploratrices ne donnaient rien, on fit le diagnostic de symphyse pleurale gauche chez un tuberculeux, bien qu'il n'y eût pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Cet homme mourut d'une hémoptysie foudroyante dont les caractères firent penser à l'existence d'un anévrysme de l'aorte rompue dans les voies aériennes.

L'autopsie montra, en effet, un anévrysme de la concavité aortique, du volume d'une mandarine, ouvert dans la bronche gauche, et environné d'une massse de tissu fibreux qui englobait le nerf pneumogastrique. Le poumon gauche formait un bloc compact, grisâtre; l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait là d'une pneumonie nécrosante.

Cette observation doit être jointe aux cas déjà nombreux d'altérations pulmonaires diverses, par lésion du pneumogastrique. Elle montre qu'on devra rechercher l'anévrysme de l'aorte, en présence de grosses lésions pulmonaires unilatérales.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(7 NOVEMBRE 1901)

M. Babinski fait remarquer à juste titre que l'**hystérie** a des limites peu précises et qu'il serait utile à l'heure actuelle de délimiter son domaine par une définition précise. Il en propose donc une aux membres de la Société, désireux que, dans une prochaine séance, la discussion s'ouvre sur ce point important. Une définition, dit M. Babinski, étant une énonciation des caractères qui distinguent une chose, qui lui appartiennent à l'exclusion de tout autre, pour définir l'hystérie, il faut déterminer les caractères communs à toutes les manifestations bien franches de l'hystérie et qui leur sont exclusivement propres.

« La possibilité qu'elles présentent d'être reproduites par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion me paraissent être des caractères de ce genre. En effet, tous les accidents nettement hystériques, toutes les variétés de paralysies, de contractures, d'anesthésies, toutes les formes d'attaques peuvent être reproduits par suggestion chez certains sujets, en particulier chez les grands hypnotiques. Cette reproduction est rigoureusement exacte et il est impossible de distinguer des troubles hystériques de ceux qui sont créés par la suggestion expérimentale. Au contraire, aucune des affections actuellement bien classées hors du cadre de l'hystérie ne peut être reproduite par suggestion; il est tout au plus possible d'en obtenir par ce moyen une imitation très imparfaite qu'il est facile de distinguer de l'original. D'autre part, tous les accidents hystériques que nous avons en vue sont susceptibles de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion, tandis qu'aucune autre affection ne se comporte de cette manière.

Ce qui précède s'applique aux accidents que j'appelle *primitifs*, de beaucoup les plus importants, du reste, qui sont susceptibles d'apparaître sans avoir été précédés d'autres manifestations de l'hystérie. Je crois qu'il est légitime d'appeler encore hystériques des troubles qui, sans présenter les caractères des accidents primitifs, sont liés d'une façon étroite à ces accidents et leur sont subordonnés; mais il faut ajouter à ces troubles l'épithète de *secondaires*; l'atrophie musculaire dans l'hystérie est le type du genre.

En résumé, voici la définition que je propose :

L'hystérie est une affection psychique qui consiste en ce que le sujet qui en est atteint est susceptible de s'auto-suggestionner et d'être suggestionné. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Les troubles primitifs sont caractérisés par la possibilité qu'ils présentent d'être reproduits avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Les troubles secondaires sont caractérisés par leur subordination étroite à des troubles primitifs. »

Il est souvent difficile, en présence d'**une polynévrite, d'apprécier le rôle exact de la moelle** et cependant le pronostic est fonction de l'état de la cellule motrice médullaire ; c'est là un problème qui a été abordé souvent, et sans solution précise, par les neurologistes. M. Londe présente deux malades très curieux à ce point de vue. Ils ont été pris subitement de douleurs lombaires, avec irradiations dans les deux cuisses. Bientôt est survenue, sans troubles sphinctériens, sans troubles objectifs de la sensibilité, une parésie des membres inférieurs avec signe de Kernig, signe de Lasègue, douleurs à la pression des trajets nerveux, atrophie musculaire ; d'abord les troubles parétiques se sont améliorés, mais depuis quelques semaines restent stationnaires. Ces deux malades ont-ils été atteints de polynévrite ou la moelle a-t-elle participé elle aussi à l'inflammation? Il est très intéressant de signaler les résultats donnés par le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien : l'auteur a constaté une lymphocytose considérable au début de l'affection, lymphocytose qui a disparu quelques jours après.

M. Londe insiste donc tout particulièrement sur la réaction méningée (rachialgie, lymphocytes, signe de Kernig), que l'on refuse à la névrite ;

Sur la douleur à la pression des nerfs qui indique la névrite quel que soit l'état de la cellule de la corne antérieure ;

Sur l'absence de signes permettant d'affirmer ou d'infirmer la poliomyélite ;

Sur la ressemblance de ces monoplégies avec les paralysies atrophiques consécutives à la méningite cérébro-spinale, bien qu'il ne s'agisse pas chez nos malades de méningite cérébro-spinale ;

Enfin sur la difficulté du pronostic non seulement quant à la localisation de la lésion dans telle ou telle partie du neurone, mais aussi quant à la nature de la maladie puisque la pachyméningite tuberculeuse peut débuter par une paralysie radiculaire.

MM. Cestan et Lejonne présentent une famille de **deux myopathiques** atteints de déformations curieuses : la myopathie est du type juvénile avec début par la racine des quatre membres. Les membres sont fortement fléchis par les rétractions des muscles fléchisseurs, et le thorax est immobilsé par les rétractions des muscles dorso-lombaires, sans d'ailleurs arthrites ou brides péri-articulaires ; il en résulte une démarche toute spéciale « en crapaud », selon l'expression du professeur Grasset, et des déformations qu'on n'observe pas ordinairement dans la myopathie. Les muscles rétractés sont cependant vigoureux, les déformations sont par suite le résultat non d'une localisation spéciale d'une myosclérose sur les muscles fléchisseurs, mais de l'action antagoniste des fléchisseurs moins atrophiés que les extenseurs. Les auteurs insistent tout particulièrement sur le *caractère familial de ces déformations* qui n'a pas été signalé encore et que l'on peut retrouver cependant dans plusieurs familles de myopathiques déjà publiées.

Ces attitudes vicieuses dues à des altérations musculaires sont intéressantes à comparer aux attitudes vicieuses d'un autre malade présenté par M. Apert et atteint d'**ankyloses généralisées de la colonne vertébrale et de la totalité des membres.** Le malade de M. Apert, âgé de trente ans, a été atteint de convulsions à l'âge de trois ans et depuis cette époque a vu les mouvements des membres très limités par des lésions articulaires et péri-articulaires. La tête est presque immobilisée et ses mouvements de rotation et d'extension sont impossibles ; la colonne vertébrale est immobilisée en lordose ; l'excursion angulaire des coudes ne dépasse pas 60 degrés ; les phalanges elles-mêmes, atteintes de nodosités de Bouchard, sont très peu mobiles ; de semblables ankyloses existent au niveau des membres inférieurs. On ne constate ni troubles des réflexes tendineux et de la sensibilité, ni altération de la contractilité électrique des muscles. M. Apert ne croit pas que son malade soit atteint de rhumatisme chronique déformant, mais plutôt d'une affection ostéo-articulaire distincte de la spondylose rhizomélique et à laquelle la dénomination purement symptomatique de spondylose olomélique pourrait convenir.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous signalerons la présentation par M. Touche du cerveau de deux malades : l'une a présenté une **hémiplégie avec hémianesthésie et hémichorée,** dues à une lésion hémorragique de la partie postérieure de la capsule interne ; l'autre a présenté une **hémiplégie avec hémichorée** par lésion du corps de Luys.

M. Guillain montre à la Société un cerveau présentant avec une extrême netteté et abondance des lésions de **porose cérébrale,** décrite sous le nom d'état de fromage de Gruyère. Quelques auteurs ont cru que ces cavités arrondies et multiples étaient formées par la dilatation des gaines lymphatiques périvasculaires. Avec M. Marie, M. Guillain croit, au contraire, qu'il s'agit là de lésions cadavériques, propres aux autopsies d'été ; la surface extérieure des pièces étant durcie par le formol ou le Müller, les gaz dus à la putréfaction de la partie centrale ne peuvent s'échapper et produisent ainsi de nombreuses cavités.

MM. Maurice Faure et Laignel-Lavastine continuent leurs recherches sur les **lésions cadavériques des cellules nerveuses** ; ils apportent de nouveaux résultats obtenus avec des cerveaux d'animaux et qui viennent confirmer les conclusions données par eux au mois de juin dernier : les altérations cadavériques ne sont pas une gêne au cours des examens anatomo-pathologiques pratiqués avec la méthode de Nissl, puisqu'elles sont tardives et que leur physionomie est facilement reconnaissable pour un œil exercé.

L'**étude du névraxe d'un anencéphale**, étudié sur des coupes sériées portant sur toute la hauteur du système nerveux central, a montré à MM. Vaschide et Turpas une dégénérescence manifeste et très avancée des cellules nerveuses dans toute l'étendue de la moelle et de la région bulbo-protubérantielle, une absence totale du faisceau pyramidal, une conservation relative du système sensitif, un aspect à peu près normal des racines antérieures et postérieures, une absence totale des olives inférieures bulbaires, des parolives des fibres arciformes et des corps restiformes. Les auteurs ont relevé également les signes d'une inflammation extrêmement intense avec lésions vasculaires très prononcées.

M. Chipault communique **quinze nouveaux cas d'élongation trophique** (mal perforant, ulcère variqueux), qui lui ont été adressés par les professeurs San Martin (de Madrid), Otero Azevedo (de Madrid), Navarro (de Montevideo), Ramonède (de Barcelone), Roncali (de Rome) et les chirurgiens d'hôpitaux Montini (de Spedi Desio), Mariani (de Massa Maritima), Vince (de Bruxelles), Hagopoff (de Constantinople).

La multiplicité des chirurgiens auxquels est due cette série la rend particulièrement intéressante.

Sur ces 15 observations, 11 sont relatives à des maux perforants, 2 à des ulcères variqueux, 1 à des ulcérations sur le domaine du cubital, 1 à de l'œdème trophique chronique.

Dans tous ces cas, malgré la gravité et l'ancienneté des lésions, l'élongation nerveuse a produit la guérison. Celle-ci a été suivie parfois fort longtemps, jusqu'à des années. Elle s'est bien nettement limitée au territoire du nerf ou des nerfs élongés. Dans un cas de Roncali et dans celui de Vince, où les lésions siégeaient aux deux pieds et où l'élongation n'a été pratiquée que sur un, ce dernier a seul guéri. Contre-partie de cette constatation, dans un cas d'Otero Azevedo, où le nerf saphène interne fut rompu, une icthyose de la jambe, associée à un mal perforant, guérit ainsi que celui-ci, à la suite d'élongations multiples, sauf sur le territoire de ce nerf.

MM. Feindel et Meige ont déjà montré l'**heureux résultat de la rééducation dans le tic mental** (1). Ils en rapportent un nouvel exemple très démonstratif. Leur malade, âgée de dix-huit ans, présentait et des tics du bras droit, remontant à l'âge de dix ans, et un torticolis mental d'apparition plus récente. La jeune malade avait trouvé le geste antagoniste efficace capable d'empêcher les mouvements de rotation de la tête; d'autre part, les mouvements de la main droite d'une part disparaissaient dans certains actes automatiques, d'autre part, malgré leur amplitude, n'empêchaient cependant pas la main d'atteindre le but voulu. Au surplus, l'état mental était celui des tiqueurs, un véritable infantilisme psychologique. La rééducation a fait disparaître rapidement le torticolis mental, fortement amélioré les tics du bras droit; enfin, détail important, la malade fait des progrès psychiques très sensibles parallèles à l'amélioration des symptômes physiques.

Une des nombreuses difficultés, et non des moindres, que présente l'étude des maladies cérébrales avec délire est assurément le pronostic. A la faveur de l'observation d'une malade qu'il présente, et surtout s'appuyant sur ses observations antérieures, M. Dufour attire l'attention sur quelques **signes musculaires qui lui paraissent devoir assombrir le pronostic à porter sur un cas de délire quelconque**, lorsque l'étude isolée de la forme délirante vous laisse hésitant sur son évolution ultérieure, guérison ou passage à l'état chronique.

Il s'agit d'une femme dégénérée et débile âgée de trente-quatre ans et atteinte depuis deux ans et demi seulement d'idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, verbales, psychomotrices, de la sensibilité générale et génitale, illusions de la vue avec un fond de mysticisme qui donne un cachet particulier à ce délire, dont la forme est incontestablement le délire de persécution évoluant chez une dégénérée.

Depuis un an, cette malade est atteinte de tic des muscles du cou, de la nuque, tic qui se propage aux bras et un peu aux jambes. Ce spasme est intermittent et ne semble lié à aucune idéation provocatrice; il rentre dans la classe des mouvements automatiques bien que sa complexité soit grande.

Or l'auteur pense que l'apparition de ces troubles moteurs, véritable syndrome musculaire, chez une malade délirante depuis deux ans et demi et non hystérique, doit être considérée comme un élément de gravité pour le pronostic.

Mais ce n'est que l'adjonction d'un syndrome musculaire au délire qui dans les cas douteux lui semble autoriser cette déduction.

Cette question des tics et mouvements automatiques chez les aliénés indiquant un trouble profond et souvent irrémédiable du cerveau a été étudiée dans ces dernières années, surtout pour les idiots, par M. Bourneville et ses élèves.

Morel a écrit également que les aliénés qui contractent des tics de ce genre étaient menacés de démence.

M. Ballet insiste sur la coexistence chez la malade de M. Dufour d'hallucinations sensorielles et de tics musculaires, phénomènes expliqués par la manie psycho-physiologique. Mais il ne pense pas que ces tics aient une valeur absolue de fâcheux pronostic.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 70.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure.

M. J. Lapeyre, dans une récente et très intéressante thèse (1), donne d'utiles renseignements sur le benzoate de mercure et son emploi thérapeutique.

Le benzoate de mercure est un sel blanc, cristallisé, sans odeur ni saveur, à réaction acide, peu soluble dans l'eau et dans l'éther, soluble dans l'alcool. Pour le préparer, M. Gaucher conseille de traiter l'oxyde jaune de mercure en solution acétique par le benzoate de soude et de laver soigneusement le sel ainsi obtenu.

Stankoavenkoff, qui a, le premier, utilisé ce sel en thérapeutique, préconisait la formule suivante :

Benzoate d'hydrargyre...	vingt-cinq centigr.
Chlorure de sodium pur.	*ãã* cinq centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	
Eau distillée bouillie....	30 grammes.

M. Bretonneau a fait remarquer que, dans cette préparation, le benzoate de mercure se décompose en benzoate de soude et en sublimé : il remplace donc, dans cette formule, le sel marin par le benzoate d'ammoniaque neutre.

M. Gaucher utilise la formule suivante, qui est bien tolérée :

Benzoate d'hydrargyre...	trente centigr.
Benzoate d'ammoniaque..	1g50
Benzoate de cocaïne.....	quinze à soixante centig.
Eau distillée...........	Q. s. pour 30 cent. cubes.

Quelle que soit la solution employée, elle doit être stérilisée. De ces trois formules, il faut injecter quotidiennement deux centimètres cubes, correspondant à deux centigrammes de benzoate de mercure. Il faut continuer le traitement, à cette dose, pendant deux mois consécutifs, s'il le faut, et suspendre la médication si elle est mal supportée. La seringue la plus commode est une seringue d'une contenance de 2 centimètres cubes, facilement aseptisable; il faut, de plus, choisir une aiguille fine, longue de 2 centimètres et demi, en platine iridié.

L'injection peut être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou en plein muscle. Trois points sont habituellement préférés pour faire ces piqûres: la fesse, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du sommet du grand trochanter (point de Galliet) (éviter de piquer au niveau même des ischions); les gouttières rachidiennes, au niveau de l'ensellure lombaire; la fossette rétro-trochantérienne (point de Smirnoff). La peau doit être, au préalable, soi-

(1) Th. de Paris, 1901.

gneusement brossée et savonnée, puis lavée à l'alcool et à la solution de sublimé à 1 p. 1000.

Pour pratiquer l'injection, le malade étant couché sur le dos, on enfonce, d'un seul coup et de toute sa longueur, l'aiguille munie de la seringue vide et non armée. On fait glisser ensuite le piston comme pour aspirer, afin de s'assurer si l'on n'a pas pénétré dans une veine (auquel cas on retire l'aiguille). S'il ne vient pas de sang, on retire la seringue seule, on la remplit de la quantité voulue de liquide à injecter, on chasse la bulle d'air, on la fixe de nouveau sur l'aiguille, et le piston est lentement poussé jusqu'à ce que le liquide ait totalement disparu. Une fois l'injection faite, on retire d'abord la seringue, puis l'aiguille, rapidement, et d'un seul coup, en pinçant légèrement la peau autour d'elle, et en obturant son orifice avec le doigt, afin d'éviter la dissémination, dans tout le trajet, de la substance injectée. M. Emery, à qui est empruntée cette description, conseille encore d'espacer les piqûres faites sur une même région et de changer de côté à chaque fois.

M. Emery énumère ainsi les avantages de ces injections :

1° Elles ménagent le tube digestif du malade;

2° Elles assurent un dosage exact du composé mercuriel administré;

3° Elles possèdent une action curative évidente et rapide;

4° Elles excluent toute supercherie de la part du malade.

Les inconvénients ou acccidents sont les suivants :

1° Ceux de tout traitement mercuriel (hydrargyrisme);

2° Possibilité d'abcès, de lymphangite, due à une asepsie insuffisante ou à une injection trop superficielle;

3° Douleurs, les unes immédiates, inséparables de toute piqûre, les autres tardives, variables avec la nature de l'injection, le nervosisme du sujet, etc.;

4° Production au point piqué de nodules inflammatoires;

5° Obligation pour le malade de subir chaque jour une opération ennuyeuse, douloureuse, coûteuse et enchaînante.

Quant aux indications des injections de benzoate, elles ont été ainsi spécifiées par M. Gaucher : on fera ces injections dans tous les cas suivants :

1° Chancre syphilitique phagédénique;

2° Syphilides cutanées généralisées, confluentes, à éléments infiltrés ou à tendance ulcéreuse;

3° Gommes syphilitiques précoces;

4° Plaques muqueuses persistantes et récidivantes, malgré le traitement pilulaire;

5° Déterminations viscérales précoces de la syphilis;

6° Accidents nerveux précoces;

7° Cas où la médication mercurielle ne peut être tolérée par l'estomac;

Et d'une manière générale dans tous les cas où il faut agir vite. Les femmes enceintes sont justiciables de ce traitement, car, là surtout, il faut agir vite si l'on ne veut pas voir s'interrompre le cours de la grossesse sous l'influence nocive de la syphilis.

L. B.

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DISCUSSION SUR LES ADÉNITES TUBERCULEUSES

Après la lecture du rapport de M. Broca sur le **traitement des adénites tuberculeuses** (1), M. Demons (de Bordeaux) déclare se rallier aux conclusions du rapporteur. Toutefois, il pense que, chez les adultes, les nécessités de l'extirpation sont plus impérieuses, quoique celle-ci soit plus difficile à cause de l'ancienneté de la lésion et des fistulisations antérieures.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 121.

M. Berger, par contre, n'accepte pas, sans grande réserve, les conclusions de M. Broca. Dans les cas d'adénopathie suppurée, il reste partisan des injections de naphtol camphré, plutôt que d'éther iodoformé. Il renouvelle fréquemment les ponctions. Au besoin, par l'incision d'un fin ténotome, il introduit une petite curette et pratique un grattage soigneux de la poche, quand il craint la fistulisation.

Pour les tumeurs solides ressemblant au lymphadénome, M. Berger reconnaît que l'extirpation est un traitement recommandable, quoiqu'il ne se dissimule pas les dangers de cette intervention : dangers d'infection de la plaie, d'embolie, de thrombose, et enfin danger de récidive. Enfin, il faut compter avec les cicatrices difformes, chéloïdales, qui surviennent souvent à la suite. Aussi M. Berger n'a-t-il recours à l'extirpation que lorsque la thérapeutique médicale a dit son dernier mot.

M. Tédenat (de Montpellier) borne sa communication à la tuberculose ganglionnaire qui revêt la forme du lymphome; il conseille, pour établir ce diagnostic, de recourir non à l'examen bactériologique, presque toujours négatif, mais à l'inoculation. C'est l'extirpation qui convient à ces tumeurs ganglionnaires.

Quand, au contraire, les adénopathies sont ramollies, l'injection modificatrice est le traitement de choix. M. Tédenat préfère, lui, l'éther iodoformé au naphtol camphré.

M. Duret (de Lille) présente une énorme massse de ganglions volumineux, durs et lisses, qu'on pourrait prendre pour du lymphadénome, mais que l'inoculation a montrée être constituée par de la tuberculose. Comme les précédents orateurs, M. Durel est partisan de l'extirpation large de ces ganglions tuberculeux volumineux et durs.

M. Bœckel (de Strasbourg) apporte une statistique de 450 extirpations avec 446 guérisons et 4 morts opératoires. Son opinion est identique à celle de M. Broca.

M. Mauclaire a été surtout frappé par une forme clinique, fréquente chez les enfants, variété dérivative et éphémère apparaissant au fur et à mesure que s'améliore une tuberculose pleuro-pulmonaire ou une péritonite bacillaire. Cette évolution clinique s'explique par ce fait que l'appareil ganglionnaire lymphatique est surtout chez l'enfant un appareil de défense phagocytaire contre toutes les variétés d'infection, comme l'ont démontré les travaux de Marcel Labbé, F. Besançon, etc. A cette forme de tuberculose ganglionnaire, il ne faut pas toucher, car on s'expose à la récidive, c'est-à-dire à la réapparition des adénites utiles. Quand le ganglion est débordé, il devient un nouveau centre d'infection, ou, quand il est passé à l'état de fibrome volumineux, ce qui est une guérison, il faut l'extirper le plus souvent. C'est dans ces cas que la ligature préliminaire de la jugulaire interne lui paraît indiquée pour éviter son arrachement, si fréquent malgré une très grande habileté opératoire. La physiologie et la pathologie autorisent cette ligature aseptique bien rarement suivie d'accident.

Cette question de l'adénopathie tuberculeuse devait amener à la tribune les deux chirurgiens de Berck. Leur opinion est si particulièrement compétente, que nous nous y attarderons un peu plus longuement :

M. Ménard rappelle que le traitement marin exagère d'abord, au début, l'hypertrophie ganglionnaire, puis celle-ci diminue peu à peu; encore faut-il que le traitement soit longtemps continué. Dans les cas d'ulcères et de fistules, le traitement marin peut procurer la guérison quand un ou deux ganglions seulement sont en cause. Les résultats sont

nuls dans les formes ramollies : l'abcès ne se résorbe pas. Ici il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Lorsque l'abcès est uniganglionnaire, il s'adresse aux injections de thymol camphré qui deux fois seulement sur 3000 injections lui a donné des accidents toxiques légers ; il ne pourrait en dire autant du naphtol camphré qui lui a causé des alertes sérieuses. Dans les cas d'abcès ou de fistules reposant sur des masses multiganglionnaires, l'extirpation s'impose.

L'extirpation constitue une opération peu grave dans la plupart des cas. M. Ménard fait toujours son incision le long du bord *antérieur* du sterno-mastoïdien, en lui donnant une longueur de 5 centimètres en moyenne ; cela lui suffit pour énucléer des masses considérables de ganglions. Il ne se sert jamais d'instruments tranchants, mais uniquement de ses doigts, de la sonde cannelée et de la curette mousse ; trois fois seulement il a déchiré la jugulaire : il a arrêté l'hémorragie en plaçant une pince, enlevée au bout de quarante-huit heures. Pour éviter autant que possible la formation de chéloïdes, il ne fait de sutures que quand il y est absolument obligé par la longueur de l'incision. Les chéloïdes ne constituent d'ailleurs pas une difformité définitive ; en général elles disparaissent ou s'atténuent notablement au bout d'un an ou dix-huit mois. En tout cas, il faut se garder de les extirper, car elles récidivent à peu près fatalement. Quant à la récidive de la tuberculose ganglionnaire, elle est très rare après une extirpation bien faite, surtout quand il s'agit de la forme caséeuse avec ou sans fistule ; la forme hypertrophique lymphadénique donne plus souvent lieu à la récidive.

M. Calot est plus franchement encore abstentionniste ; l'acte chirurgical est une rareté et presque toujours réduit à des ponctions et des injections modificatrices, dès que ce ganglion est ramolli. Si la masse ganglionnaire est dure, ou bien, par le traitement médical, elle se résorbe et disparaît, ou bien elle tend au ramollissement et devient alors justiciable des injections interstitielles.

Les autres orateurs qui se succèdent ne font que répéter ce qui a déjà été dit, les uns ont des tendances plus chirurgicales, les autres, plus respectueux des lésions, attendent, s'adressent au traitement médical, soignent particulièrement l'arrière-gorge, les amygdales, les végétations adénoïdes et n'interviennent qu'en désespoir de cause.

En résumé, l'extirpation pour les masses chroniquement dures et ayant résisté aux traitements médicaux les plus prolongés ; les petits moyens, injections et curetage, dans les cas de ganglions ramollis ou fistuleux : telle est la conduite qui paraît se dégager de la discussion.

ANNEXES DE L'UTÉRUS

On peut adopter les indications de l'**hystérectomie abdominale**, posées par M. Sorel, dans le traitement des suppurations pelviennes :

1° Lorsqu'il existe des lésions utérines, suppuration, sclérose, fibrome, etc. ;

2° Lorsqu'il y a nécessité d'assurer un drainage à la partie déclive du petit bassin, après rupture de la poche suppurée, dans le cas de fausses membranes tapissant le petit bassin, etc. ;

3° Lorsque les surfaces cruentées sont étendues, pour les recouvrir de péritoine (autoplastie de Snéguiref), le grand lambeau utéro-vésical qu donne l'hystérectomie permettant facilement cette autoplastie.

M. Delaunay ajoute encore une indication à l'hystérectomie, c'est lorsque l'ovaire est atteint de tumeur maligne. La dégénérescence secondaire de la corne utérine est à craindre après l'extirpation des néoplasmes de l'ovaire.

M. Cerné (de Rouen) apporte une statistique intéressante. Sur 44 opérations pour annexites il n'a enlevé les deux trompes que dans 11 cas ; 33 fois, il n'a fait que des opérations unilatérales ; et, dans 8 cas de pyosalpinx, il a conservé une ou deux trompes. Il n'a eu à déplorer qu'un seul décès. Ces résultats sont évidemment encourageants. Toutefois, la conduite de M. Cerné est-elle bien recommandable dans les cas de pyosalpinx ? Est-il bien prudent de compter sur la désinfection d'une trompe suppurée et de la rentrer dans l'abdomen ?

Une seule communication sur la chirurgie du vagin est due à M. Paul Delbet. C'est une observation d'**abouchement anormal du rectum à la vulve**. Le chirurgien fit la transplantation périnéale de cet anus vulvaire et réussit à obtenir un anus contractile et en grande partie continent.

A propos de 12 cas de **contusion de l'abdomen**, observés comme chirurgien de garde, M. Souligoux se déclare partisan de l'intervention opératoire, dans tous les cas.

Pour le diagnostic, il s'appuie moins sur les signes cliniques que sur les commémoratifs : violence et nature du traumatisme, position du blessé.

Quand il y a plaie, la laparotomie avec éviscération s'impose.

M. Chavannaz (de Bordeaux) étudie, sous le nom d'**éviscération post-opératoire spontanée**, la sortie des organes abdominaux à travers une incision abdominale, ou sur cicatrice. C'est un accident rare, quoique l'orateur en rapporte 65 observations. L'infection de la plaie opératoire en est la cause la plus fréquente, il faut accuser aussi l'ablation prématurée des fils, les quintes de toux, l'indocilité du malade, etc. Cette complication entraîne une mortalité de 14 p. 100 des cas publiés.

VOIES URINAIRES

M. Rochet (de Lyon) a eu recours à l'**autoplastie cutanée dans les rétrécissements graves de l'urètre.** « Le procédé que je vais décrire doit être réservé aux rétrécissements graves, traumatiques ou autres, de la région périnéo-bulbaire, qui se sont montrés rebelles à tous les autres procédés de traitement. Il comprend deux temps : 1° une urétrotomie externe ; 2° l'interposition entre les lèvres de cette incision d'un lambeau cutané approprié. On commence par la taille du lambeau qui est rectangulaire, à base postérieure, et qui comprend la peau et le tissu cellulaire souscutané. Une fois ce lambeau disséqué et rabattu en arrière, on pratique l'urétrotomie externe avec ou sans conducteur, puis, les lèvres de l'incision étant écartées, on y intercale et suture le lambeau précédent. Une petite sonde à demeure est laissée dans la vessie pendant une dizaine de jours ; cette sonde, sortant sur l'un des bords du lambeau, assure la prise de celui-ci ; la fistule consécutive se ferme facilement.

Sur 12 malades que j'ai opérés par ce procédé (le plus ancien l'est depuis vingt-huit mois), 8 au moins en ont retiré des bénéfices considérables ; leur canal est resté largement perméable et ils urinent très facilement sans avoir jamais été obligés de recourir à la sonde. »

Encore un succès à l'appui du procédé de **cure des fistules, par le procédé du dédoublement** : cette fois, il s'agit

d'une fistule recto-urétrale, congénitale, opérée et guérie par M. J. Reverdin.

M. Lavaux fait deux communications sur **les prostatiques**, l'une a pour titre : la polyurie chez les prostatiques. Considérer cette polyurie comme le résultat constant d'une action réflexe de la vessie sur le rein, serait une erreur qui conduirait à un échec thérapeutique.

La deuxième communication a pour titre : **les prostatiques qui ne doivent pas se sonder**. Voici les conclusions de M. Lavaux : Tous les prostatiques qui vident facilement et spontanément leur vessie, et tous ceux dont la rétention incomplète ne s'accompagne pas d'insuffisance de la contraction vésicale, ne doivent pas se sonder.

Lorsque l'insuffisance du muscle vésical n'est que temporaire, le cathétérisme doit être supprimé dès que la contraction de la vessie est redevenue suffisante.

Lorsqu'il existe de la cystite chez les prostatiques à rétention incomplète et dont le muscle vésical est suffisant, les injections intra-vésicales anesthésiques de solutions de chlorhydrate de cocaïne et les lavages vésicaux doivent être faits *sans sonde*.

NERFS

M. J.-L. Faure revient sur la communication qu'il fit il y a trois ans sur le **traitement de la paralysie faciale** par l'**anastomose spino-faciale**.

Depuis, des observations recueillies à l'étranger, des expériences, faites dans les laboratoires, prouvent la légitimité et l'excellence de la tentative opératoire.

M. Cazin est revenu sur cette vieille question de la **névrite des moignons d'amputation**. Dans un cas qui avait résisté à neuf interventions différentes, il a été obligé de réamputer plus haut. Le résultat est actuellement bon ; sera-t-il définitif ? c'est ce que l'avenir apprendra.

M. Berthomier (de Moulins) a pratiqué la **ligature de l'iliaque primitive pour la désarticulation de la cuisse**. MM. Championnière et Delorme font remarquer que c'est une complication opératoire inutile et que l'hémostase peut être facilement obtenue sans avoir recours à cette ligature.

M. Guermonprez (de Lille) donne à la **coxa vara essentielle de croissance**, le nom de : « coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral des jeunes campagnards. » Il conseille un traitement par le repos avec extension continue, le membre étant en forte abduction.

M. Cazin raconte que, dans un cas de **gangrène diabétique des orteils**, il a pu pratiquer l'opération de Lisfranc et alors même que les lambeaux ne saignaient pas, il a pu obtenir un bon et durable résultat.

Ce fait est en contradiction avec la doctrine ancienne qui voulait qu'on amputât loin du foyer gangréneux, et que, pour la gangrène des orteils, on pratiquât l'amputation de jambe au lieu d'élection.

M. Tédenat cite un cas à peu près analogue où il fit l'opération de Syme et obtint un beau résultat.

M. Guinard n'aime pas les lambeaux qui ne saignent pas, et après Montaz (de Grenoble) il fait le cathétérisme de l'artère oblitérée, en retire des caillots et rétablit la circulation du sang avant de terminer l'opération.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) communique un cas curieux de **doigt à ressort lié à une trophonévrose**, consécutive à une chute de bicyclette sur le coude.

M. Gangolphe a pratiqué une **trochantéroplastie**, par un procédé original, pour remédier à une pseudarthrose du col fémoral. Le résultat fonctionnel a été excellent.

La **luxation congénitale de la hanche** doit être traitée par la méthode non sanglante. C'est ce qui ressort de la statistique publiée par M. Redard. M. Ducroquet a présenté ses excellents appareils et les résultats très beaux obtenus sur de petites malades.

N'oublions pas de signaler en terminant, qu'à la fin de la dernière séance et devant un public trop restreint, M. Claude Martin (de Lyon) a présenté son malade porteur d'un **larynx artificiel**, après laryngectomie totale. Ce petit appareil est une merveille d'ingéniosité et permet l'émission de sons vocaux d'une netteté surprenante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 25 AU 30 NOVEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Kirmisson, Poirier et Wallich.

4e (ancien régime) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Bezançon et Legry ; — M. Cunéo, suppléant.

MARDI 26 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Budin, Schwartz et Marion ; — (nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Pozzi, Quénu et Demelin ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Joffroy, Charrin, et Renon.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Chantemesse et Chassevant ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Vaquez ; — (2e série) : MM. Raymond, Gouget et Jeanselme ; — M. Hartmann, suppléant.

MERCREDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Gariel, Retterer et Gley ; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 28 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Schwartz, Thiéry et Hartmann.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Méry, Tessier et Thiroloix ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 29 NOVEMBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Widal et Wurtz ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delens et Walther ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Teissier et Bezançon ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Guiart, suppléant.

SAMEDI 30 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gauthier, Cornil et Thiroloix ; — (ancien régime) : MM. Hutinel, Dupré et Gouget ; — (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Chantemesse, Méry et Launois ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Berger, Hartmann et Marion ; — (2e partie) : MM. Debove, Charrin et Renon ; — M. Widal, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Thiéry et Faure ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Raymond et Achard ; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Bonnaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 45e semaine, 956 décès, au lieu de 880 pendant la semaine précédente et au lieu de 842, moyenne ordinaire des semaines de novembre. Cette augmentation dans la mortalité est due aux maladies des voies respiratoires.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 11 pendant la

semaine précédente (la moyenne est 10). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, au lieu de 39, 60 et 65 pendant les semaines précédentes, n'accusant aucune recrudescence dans le XXe arrondissement (5 cas au lieu de 5, 8, 6 pendant les semaines précédentes.

La variole a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne 3); les nouveaux cas signalés par la Préfecture de police sont au nombre de 22 (au lieu de 40, 23 et 33 pendant les semaines antérieures). La rougeole a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la 44e semaine (la moyenne est 2). La coqueluche a causé, comme pendant la semaine précédente, 3 décès, chiffre identique à la moyenne. La scarlatine n'a causé aucun décès; mais il y a 54 cas nouveaux, chiffre plus élevé qu'antérieurement. La diphtérie a causé 17 décès, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (la moyenne est 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 91, c'est-à-dire sensiblement égal à celui de la semaine précédente (92), et inférieur à celui de la 43e semaine (107).

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 24 pendant la semaine précédente. En outre, on a enregistré 6 décès d'enfants de 1 à 2 ans, 1 décès par dysenterie et 1 décès par diarrhée d'adulte.

En outre, 25 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 192 décès, au lieu de 131 pendant la semaine précédente et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 11); bronchite chronique, 29 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 34 (au lieu de la moyenne 29); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 113 (au lieu de la moyenne 59), dont 60 sont dus à la congestion pulmonaire et 44 à la broncho-pneumonie. En outre 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 198 décès ; la méningite tuberculeuse, 11 décès ; la méningite simple, 16 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 4 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 59 décès; les maladies organiques du cœur, 72 (la moyenne est 63); le cancer a fait périr 54 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 17; la néphrite, 27; enfin, 44 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1901

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 63 lots, des fournitures *d'herboristerie*, *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1902.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Bureau des Adjudications, avenue Victoria, 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 134. — JEUDI 21 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 21 NOVEMBRE 1901. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DES TROUBLES ET DES DÉFORMATIONS PUPILLAIRES DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE VÉSANIES, par M. E. MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de Ville-Evrard. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Thérapeutique* : Le traitement de la colique saturnine par l'injection épidurale de cocaïne. — VARIÉTÉS. Doit-on le dire? par M. T. P... — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DES TROUBLES ET DES DÉFORMATIONS PUPILLAIRES

DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE VÉSANIES

Par M. E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Dans deux précédents mémoires (1) j'ai exposé les troubles et les déformations pupillaires que mon interne, M. Masselong, et moi, nous avons constatés chez les vésaniques dans une série de recherches entreprises dans le but de vérifier les conclusions fort intéressantes de la thèse de M. Mignot et j'ai étudié l'évolution de ces troubles et de ces déformations. Nos constatations, confirmant et complétant celles de ce jeune aliéniste, ont établi que, contrairement à l'opinion ayant cours, les pupilles sont, dans l'immense majorité des cas, altérées dans leur fonctionnement et leur forme chez les vésaniques; que les altérations constatées, si elles sont le plus souvent légères, peuvent être, dans une proportion assez importante, aussi marquées que chez le paralytiques généraux; bien plus, que loin d'être transitoires, elles sont presque toujours durables et même à évolution assez souvent croissante.

Dans ce troisième mémoire je me propose de rechercher si les troubles et les déformations pupillaires se rencontrent avec la même fréquence et la même intensité dans toutes les espèces de vésanies : manie, lypémanie, démence, folie circulaire et délire systématique.

Nos recherches ont porté sur 77 sujets et c'est là malheureusement un nombre un peu faible pour autoriser des conclusions fermes. En effet, ces 77 vésaniques se décomposent en 40 lypémaniaques, 15 maniaques, 11 déments, 6 systématiques et 5 circulaires.

Seuls les lypémaniaques forment un contingent assez élevé pour permettre d'apprécier avec quelque certitude l'état des pupilles, néanmoins nos constatations dans les autres formes ne sont pas dépourvues de tout intérêt, elles fournissent quelques indications et dans tous les cas constituent des matériaux susceptibles d'être utilisés par la suite pour la complète solution du problème.

Ces réserves faites voici comment se groupent nos 77 malades quant à la normalité et à l'anormalité dans les cinq espèces de vésanies :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.	Systématique.
Normal........	3, soit 20 %	4, soit 10 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %	6, soit 100 %
Anormal........	12, — 80	36, — 90	11, — 100	5, — 100	0, — 0

A en juger par ce tableau la fréquence des troubles pupillaires serait assez variable selon les formes mentales présentées par les vésaniques. L'anormalité constante dans la démence et la folie circulaire, serait absente dans la folie systématique. Le systématique est, en effet, l'aliéné dont l'état physique est le plus normal d'ordinaire; on comprend fort bien que dans ces conditions on trouve les pupilles intactes. Le circulaire est au contraire celui dont l'état mental s'associe le plus à des perturbations nutritives au point que son mal a été décrit comme une tropho-névrose; quant au dément, il est un vieil aliéné profondément atteint dans son corps comme dans son esprit. Les résultats fournis par notre tableau cadrent donc bien avec ce que nous savons des vésanies. Pour la manie et la lypémanie qui sont les deux formes les plus fréquentes sous lesquelles on observe les vésanies, nous avons trouvé un écart de 10 p. 100 entre elles pour l'état anormal des pupilles, état quatre fois plus fréquent pour la première et neuf fois pour la seconde, que l'état anormal. Ainsi les vésanies fourniraient trois groupes bien tranchés : un premier, formé par la démence et la folie circulaire, dans lequel l'anormalité serait constante; un second constitué par la manie et la lypémanie, dans lequel elle serait le fait le plus habituel, et un troisième, folie systématique, dans lequel elle serait complètement absente.

Le tableau suivant nous dira dans quelle proportion nous avons constaté des troubles et des déformations ou cordes dans les quatre variétés mentales qui eurent des états anormaux des pupilles :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Troubles..........................	5, soit 33,3 %	19, soit 47,5 %	5, soit 45,7 %	3, soit 60 %
Déformations....................	3, — 20	4, — 20	2, — 18,1	0, — 0
Troubles et déformations.......	4, — 26,6	13, — 32,5	4, — 36,2	2, — 40

(1) *Presse méd.*, 1901. — *Gaz. hebd.*, 1901.

Le fait saillant de ce tableau est l'absence dans la folie circulaire des cordes, seules déformations constatées, comme altération unique avec, par contre, dans cette forme une fréquence excessive des troubles dans les mêmes conditions, mais comme nous n'avons eu à notre disposition que cinq malades, ce petit nombre de sujets rend nos résultats assez aléatoires. Dans les trois autres formes la fréquence des cordes est identique et le minimum des troubles appartient à la manie. Quant à l'association chez le même vésanique des troubles et des cordes il est intéressant de constater que la proportion va croissant de la manie à la lypémanie, de celle-ci à la démence et enfin à la folie circulaire.

Si, pénétrant dans les détails, nous recherchons les troubles observés le plus souvent dans ces quatre formes mentales nous réalisons le tableau qui suit et fournit quelques intéressantes indications.

Dans toutes les quatre l'inégalité pupillaire est d'une grande fréquence puisqu'elle se trouve chez les lypémaniaques, où elle s'observe le moins, dans plus d'un cas sur trois et chez les déments, où elle s'observe surtout, dans plus d'un cas sur deux; l'écart de la manie et de la folie circulaire avec la lypémanie est très faible, 2,5 p. 100.

Dans ces trois groupes vésaniques, la fréquence de l'inégalité pupillaire est, peut-on-dire, la même, tandis qu'elle est sensiblement plus grande dans la démence :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Inégalité	6, soit 40 %	15, soit 37,5 %	6, soit 54,4 %	2, soit 40 %
Myosis	0, — 0	8, — 20	2, — 18,1	0, — 0
Mydriase	0, — 0	10, — 25	1, — 9	1, — 20
Déformations	7, — 46,6	17, — 42,5	6, — 54,4	2, — 40
Altérations du lumineux	5, — 33,3	17, — 42,5	8, — 72,7	4, — 80
Altérations de l'accommodateur	6, — 40	10, — 25	4, — 36,3	1, — 20
Altérations de l'identique	3, — 20	8, — 20	3, — 27,2	1, — 20
Signe d'Argyl-Robertson	4, — 26	8, — 20	6, — 54,4	3, — 60
Signe inverse	3, — 20	2, — 5	2, — 18,1	0, — 0
Réaction paradoxale	0, — 0	1, — 2,5	0, — 0	0, — 0
Hypus	1, — 6,5	2, — 5	0, — 0	0, — 0

Nous n'avons constaté le myosis et la mydriase que dans la lypémanie et la démence en proportions à peu de chose près identiques pour la première et trois fois moins pour la seconde. Un de nos cinq circulaires avait il est vrai les pupilles d'une largeur anormale, mais il était alors en pleine phase dépressive et comme le dément était un ancien lypémaniaque à démence initiale, il semble résulter de nos constatations que la mydriase appartiendrait exclusivement à la lypémanie.

Passant ensuite aux déformations nous notons que les cordes comme l'inégalité pupillaire non seulement sont d'une grande fréquence mais donnent lieu aux mêmes constatations; en effet, le premier rang est ici aussi occupé par la démence et les écarts proportionnels entre les trois autres formes ne sont pas excessifs.

Les deux réflexes ne paraissent pas se comporter de la même manière. Ainsi la folie circulaire qui a le maximum des altérations du lumineux a le minimum de celles de l'accommodateur, de même dans la lypémanie et la démence où ce dernier réflexe est également peu souvent altéré, le premier l'est assez tandis que, au contraire nous relevons dans la manie le fait inverse. Quant à la réaction paradoxale et à l'hypus, deux troubles d'une excessive rareté que nous devons à un hasard exceptionnel d'avoir rencontré la première une fois et le second trois fois, ils se trouvaient celle-là chez un lypémaniaque et celui-ci chez un maniaque et deux lypémaniaques.

On voit par ce qui précède que la lypémanie est la seule variété vésanique qui ait présenté tous les genres de troubles. Dans la manie ont manqué : le myosis, la mydriase et la réaction paradoxale; dans la démence : la réaction paradoxale et l'hypus, et enfin dans la folie circulaire : le myosis le signe inverse, d'Argyl-Robertson, la réaction paradoxale et l'hypus. Néanmoins il suffit de jeter un coup d'œil sur les proportions de notre tableau pour s'assurer que la démence est la variété vésanique où les troubles et les déformations des pupilles sont les plus fréquents. Apès vient la folie circulaire qui doit ce second rang à l'énorme quantité d'affaiblissements du réflexe lumineux que nous y avons noté; en troisième ligne seulement se présente la lypémanie et en quatrième la manie. Quant au délire systématique nous avons établi plns haut que nous avions toujours trouvé dans cette forme les pupilles normales.

Le tableau qui suit :

Nombre de troubles.	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
1	4, soit 37,5 %	12, soit 30 %	4, soit 36,4 %	2, soit 40 %
2	4, — 37,5	11, — 27,5	2, — 18,2	1, — 10
3	4, — 37,5	11, — 27,5	2, — 18,2	2, — 40
4	0, — 0	2, — 5	2, — 18,2	0, — 0
5	0, — 0	0, — 0	1, — 9	0, — 0

nous montre que ce sont les déments qui nous ont offert le plus grand nombre de troubles pupillaires réunis au même moment sur le même sujet. Ainsi non seulement dans la démence ceux-ci sont plus fréquents, mais encore plus nombreux à la fois. Chez eux seuls, en effet, ou plutôt sur l'un deux il nous a été donné de compter cinq troubles. Comme eux les lypémaniaques en ont présenté quatre, mais dans une proportion près de 4 fois plus faible. Par contre, si les circulaires et les maniaques n'ont jamais eu au même moment ni cinq ni quatre troubles, ce sont eux qui, dans une proportion à peu près identique, en ont eu le plus trois, distançant assez les lypémaniaques et beaucoup les déments. Pour deux troubles, les maniaques arrivent en tête, les déments et les circulaires en queue, les lypémaniaques occupant le rang intermédiaire, tandis qu'un trouble, qui a son minimum dans la lypémanie, a été d'une fréquence presque égale dans les trois autres variétés mentales.

Le degré de gravité des troubles pupillaires dans les diverses formes vésaniques mérite de fixer maintenant notre attention, car il y a des degrés dans ces divers troubles et il

ne suffit pas par conséquent de savoir seulement s'ils sont plus ou moins fréquents mais aussi s'ils sont plus ou moins graves. Voici tout d'abord ce qui a trait aux altérations unilatérales et doubles.

	MANIE		LYPÉMANIE		DÉMENCE		CIRCULAIRE	
	Unilatérale.	Double.	Unilatérale.	Double.	Unilatérale.	Double.	Unilatérale.	Double.
Myosis	0	0	2	6	0	2	0	0
Mydriase	0	0	3	7	0	1	0	1
Déformations	3	4	7	10	1	5	2	0
Altérations du lumineux	0	5	0	17	0	8	0	4
Altérations de l'accommodateur	0	6	0	10	0	4	0	1
Réaction paradoxale	0	0	0	1	0	0	0	0
Hypus	0	1	0	2	0	0	0	0

Ce tableau établit que, sauf pour les déformations dans la folie circulaire où elles ont toujours été unilatérales, partout ailleurs les altérations portant sur les deux yeux l'emportent sur celles siégeant sur un seul œil, même les troubles du lumineux et de l'accommodateur ne se sont dans aucun cas montrés unilatéraux, et il en fut de même pour la réaction paradoxale et l'hypus. En outre c'est seulement dans la lypémanie que le myosis et la mydriase ne siégeaient que d'un seul côté, de telle sorte qu'il n'y a que les déformations qui dans les quatre variétés vésaniques aient éte parfois unilatérales. Pour la mydriase et le myosis dans la lypémanie, ils ont été, peut-on dire, l'un et l'autre trois fois plus fréquentes sur les deux yeux que sur un. Dans la circularité, les déformations furent toujours, avons-nous dit, unilatérales, tandis que dans la démence nous ne l'avons constaté que dans un sixième des cas et dans la manie et la lypémanie dans un peu plus de la moitié des cas.

Ensuite nous allons rechercher l'étendue qu'avaient dans les diverses formes mentales l'inégalité pupillaire, le myosis et la mydriase et pour cela nous distinguerons trois degrés selon que l'altération était inférieure à un demi-millimètre, comprise entre un demi-millimètre et un millimètre, enfin égale ou supérieure à un millimètre.

Voici les tableaux que nous obtenons :

Inégalité pupillaire.

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Moins de 1/2^{mm}	4	11	4	1
1/2 à 1^{mm}	1	3	2	0
1^{mm} et plus	1	1	0	1

Dans ce tableau, l'inégalité très marquée ne manque que dans la démence. Dans la lypémanie les inégalités les plus faibles du moins d'un demi-millimètre sont près de trois fois plus fréquentes que celles plus accusées, tandis qu'elles ne le sont que deux fois plus chez les maniaques et les déments, il y a égalité chez les circulaires. Ainsi non seulement la lypémaie est la variété vésanique dans laquelle l'inégalité est la plus rare, mais aussi celle dans laquelle elle est le moins marquée.

Myosis.

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Moins de 1/2^{mm}	0	6	1	0
1/2 à 1^{mm}	0	0	0	0
1^{mm} et plus	0	2	1	0

Le myosis, avons-nous vu plus haut, n'a été constaté que dans la lypémanie et la démence en proportion sensiblement égale pour les deux. A en juger pour les cas que nous avons été à même d'observer, les myosis faibles seraient trois fois plus fréquents que les marqués chez les lypémaniaques et à égalité chez les déments mais de ceux-ci nous n'avons que deux cas, nombre bien insuffisant pour autoriser une conclusion ferme.

Mydriase.

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Moins de 1/2^{mm}	0	4	1	1
1/2^{mm} à 1^{mm}	0	5	0	0
1^{mm} et plus	0	1	0	0

Nous savons par nos constatations précédentes que nous n'avons rencontré la mydriase en réalité que dans les états lypémaniaques puisque notre unique circulaire était dans la phase dépressive et notre unique dément un mélancolique au début de la démence. Notre tableau nous montre que la mydriase du lypémaniaque peut offrir tous les degrés, même de plus d'un millimètre, et que cependant le degré le plus faible est moins fréquent que le moyen, mais le moyen bien plus fréquent que l'accusé, la progression ne subit donc pas une marche régulièrement décroissante et l'écart est bien plus faible entre les deux premiers degrés les moins accusés qu'entre le second et le troisième.

En résumé, il ressort donc de nos constatations que, quelle que soit la forme mentale et qu'il s'agisse d'inégalité, de myosis ou de mydriase, ce sont les troubles à un degré léger qui se rencontrent de préférence et que cela est surtout vrai dans la lypémanie.

Si nous passons aux déformations, nous avons :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
1 corde à 1 œil	3	7	0	2
1 corde aux 2 yeux	2	9	5	0
2 cordes à 1 œil	0	0	1	0
2 cordes aux 2 yeux	0	0	0	0
1 corde à 1 œil et 2 à l'autre	2	1	0	0

La démence est la seule des quatre formes mentales dans laquelle nous n'avons jamais constaté une seule corde sur un seul œil; dans la majorité des cas les deux yeux étaient atteints et offraient chacun une corde; dans la minorité un seul œil était déformé, mais alors la déformation était double. Dans la lypémanie il nous est arrivé plus souvent de trouver les deux yeux atteints avec une corde à chaque pupille que de faire la même constatation sur un seul œil. Cette variété vésanique est en outre, avec la manie, les deux seules où nous ayons vu une déformation à un œil et deux à l'autre, mais dans celle-ci une corde a été plus souvent constatée sur un seul œil que sur les deux. Enfin la folie circulaire est la forme dans laquelle les cordes ont eu le moins d'intensité, puisque nous n'avons jamais observé là qu'une seule sur un seul œil, mais nous n'avons encore ici que deux cas.

Les altérations du réflexe lumineux fournissent, elles, le tableau suivant :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Exagéré.....	0	2	0	0
Affaibli......	3	11	3	3
Très affaibli..	1	1	4	0
Aboli........	1	3	1	1

Dans la lypémanie seule nous avons constaté une exagération du réflexe lumineux et la démence est la seule forme dans laquelle les affaiblissements marqués l'emportent sur les faibles ; d'une manière générale elle est donc celle où ce réflexe paraît le plus profondément atteint, tels sont les deux faits les plus saillants de ce tableau. Toutefois l'abolition qui est le trouble extrême ne s'est montré dans la démence qu'une fois sur 8 cas, alors que dans la folie circulaire elle a été constatée une fois sur 4, dans la manie et la lypémanie une fois sur 5.

Pour l'accommodateur nous avons :

	Manie.	Lypémanie.	Démence.	Circulaire.
Exagéré.....	0	0	0	0
Affaibli......	4	4	4	1
Très affaibli..	1	2	0	0
Aboli........	1	4	0	0

A en juger par ce tableau, c'est dans la lypémanie que le réflexe accommodateur serait le plus profondément atteint ; c'est en effet ici la seule forme mentale dans laquelle les altérations marquées l'emportent sur les faibles, même nous avons trouvé autant d'abolitions que de simples affaiblissements. Par contre la démence qui occupait le premier rang pour les troubles du lumineux ne nous a fourni que des affaiblissements légers et arrive ici en dernier lieu. La manie occupe la place intermédiaire avec deux fois moins d'affaiblissements forts que de légers. L'unique cas que nous avons observé dans la folie circulaire n'autorise aucune appréciation pour cette variété vésanique.

En résumé nous aurions donc :

Délire systématique. — Normalité constante des pupilles.

Démence. — Anormalité constante des pupilles. Maximum des inégalités, des altérations identiques des deux réflexes, des déformations en général et des déformations multiples, du nombre des troubles réunis au même moment sur le même malade, des affaiblissements accusés du lumineux et du signe d'Argyl-Roberston. Fréquence des troubles comme seule altération et des affaiblissements du lumineux et de l'accommodateur en général. Rareté des déformations comme seule altération. Minimum des affaiblissements marqués de l'accommodateur. Pas d'inégalité excessive ni de réaction paradoxale, ni d'hippus. Cette forme vésanique occuperait le premier rang.

Folie circulaire. — Anormalité constante des pupilles. Maximum d'association des troubles et des déformations sur le même sujet, des affaiblissements du lumineux en général. Unilatéralité constante des déformations, maximum des troubles comme seule altération, minimum des affaiblissements de l'accomodateur en général. Déformations toujours légères. Pas de déformations comme seule altération, ni de myosis, ni de réaction paradoxale, ni d'hypus, ni d'altération inverse des deux réflexes. Cette forme occuperait le second rang.

Lypémanie. — Anormalité très fréquente mais non constante. La seule néanmoins qui ait présenté les huit espèces de troubles et déformations, le myosis unilatéral et la mydriase unilatérale, la mydriase excessive et l'exagération du lumineux. Maximum des inégalités faibles, du myosis, de la mydriase, des affaiblissements excessifs de l'accommodateur, minimum des troubles comme seule altération et d'un seul trouble. Minimum de l'inégalité. Cette forme occuperait le troisième rang.

Manie. — Anormalité fréquente. Maximum des affaiblissements de l'accommodateur en général et minimum des affaiblissements du lumineux en général. Minimum des troubles comme unique altération et de l'association des troubles et des déformations chez le même malade. Pas de myosis, ni de mydriase, ni de réaction paradoxale. Cette forme occuperait le quatrième rang.

Mais je répéterai en terminant ce que j'ai dit en commençant : nous avons eu à notre disposition un nombre trop restreint de vésaniques pour prétendre donner des conclusions fermes. Cette question de l'état des pupilles dans les vésanies n'a guère été jusqu'ici étudiée. Je ne crois pas qu'avant M. Mignot aucun aliéniste ait entrepris sur ce point des recherches systématiques. Il n'est pas possible dans un seul service de disposer d'un nombre suffisant de maniaques, lypémaniaques, déments, circulaires et systématiques, pour tout élucider. Nous espérons donc que d'autres collègues voudront comme nous continuer et compléter les recherches commencées par le jeune chef de clinique des maladies mentales et que nous ne tarderons pas à avoir des observations assez nombreuses pour nous permettre de porter un jugement définitif.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(19 novembre 1901)

La discussion sur les localisations cérébrales se poursuit un peu confuse. M. Laborde s'applique à démontrer qu'au point de vue expérimental comme au point de vue clinique, l'observation de M. Dieulafoy n'est pas en contradiction avec la théorie des localisations cérébrales. En effet, l'expérimentation permet de reproduire des phénomènes en apparence contradictoires comme les faits cliniques relevés par M. Dieulafoy. Chaque fois qu'on excite un point de la zone motrice corticale, on provoque un phénomène moteur du côté opposé ; si l'excitation porte en dehors de la zone motrice, elle diffuse dans la corticalité et détermine, à condition quelle soit assez forte, des phénomènes épileptiques.

Ainsi l'expérimentation elle-même permet de conclure qu'un accès épileptiforme ne correspond pas toujours à une irritation de la zone rolandique, mais aussi à une irritation d'un point éloigné de cette zone.

Enfin, il faut tenir compte de la suppléance possible des régions rolandiques par un autre point du cerveau.

M. Dieulafoy répond à ses collègues qu'il n'a eu qu'un but : c'était de montrer qu'en dehors de l'épilepsie jacksonienne classique causée par une lésion rolandique, il y a une épilepsie jacksonienne, identique au point de vue de la symptomatologie et qui a pour centre une lésion du lobe frontal. En effet, le cas de M. Dieulafoy n'est pas isolé ; il a pu trouver un certain nombre de faits semblables, ceux, entre autres, de MM. Lépine, Faguet, Chipault, etc. Dans tous ces cas, il y a eu erreur de diagnostic topographique. En voyant M. Pitres, M. Lucas-Championnière, M. Laborde intervenir dans le débat, M. Dieulafoy s'est pris à espérer qu'on lui donnerait une explication de ces erreurs et peut-être aussi le moyen de n'y plus retomber. Il a été déçu dans cette espérance, ses collègues, malgré les considérations de haute portée qu'ils ont exposées, ne lui ont rien appris.

M. Raymond doit prendre la parole dans la prochaine séance.

M. Marey a lu, au nom de M. Marage, une note sur le **traitement scientifique de la surdité**. Les principes sont les suivants :

1° Mesurer exactement l'acuité auditive en faisant entendre à une distance constante les sons d'une sirène reproduisant les vibrations fondamentales des voyelles.

2° Faire entendre à l'oreille les vibrations de la même sirène par l'intermédiaire d'un tube muni d'une membrane qui transmet toutes les vibrations sans introduire ni supprimer aucun harmonique ; on a alors un massage fait avec les vibrations que l'oreille est destinée normalement à recevoir.

En aucun cas, dit M. Marage, ce massage n'augmente la surdité ou ne donne naissance à des bourdonnements ; « il n'est jamais douloureux ; »

Les variations de l'acuité auditive sont mathématiquement mesurées à l'acoumètre ; ces variations sont parallèles à celles que le malade observe lui-même dans la conversation ;

Si les bourdonnements sont dus à une lésion de l'oreille moyenne, ils diminuent dès les premières séances et souvent ils finissent par disparaître complètement ;

Chez certains malades, alors même que la surdité est très prononcée, l'acuité auditive peut être ramenée à la normale.

Ce procédé donne des résultats très bons dans des cas où toutes les autres méthodes avaient échoué.

D'après des observations suivies depuis quatre ans, il semble que l'otite scléreuse, en voie d'évolution, puisse être ainsi entravée dans sa marche.

M. Laborde, qui porte toujours un vif intérêt aux progrès des méthodes et des **appareils techniques pour l'éducation et l'instruction des sourds-muets et des aveugles**, a présenté à l'Académie des élèves de l'école départementale de la Seine (école Braille), écrivant avec le nouvel appareil Dussaud qui vient d'y être employé avec un vrai succès.

Cet appareil révolutionne la condition des aveugles au point de vue de l'instruction et de l'éducation, en leur permettant pour la première fois d'écrire les lettres, les chiffres, la musique, de se relire, de se corriger au fur et à mesure avec la même facilité que les voyants.

Les expériences qui viennent d'être faites, montrent que cet appareil diminue de moitié le temps nécessaire à l'étude de la lecture et de l'écriture et permet à l'enfant de faire seul cette dernière étude. Ce sont des résultats dont il faut féliciter chaudement l'inventeur.

REVUE DE LA PRESSE

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la colique saturnine par l'injection épidurale de cocaïne. — M. Deléarde (de Lille) a eu l'occasion de soigner deux malades atteints de colique saturnine par la méthode des injections épidurales (1), à l'exclusion de toute autre intervention thérapeutique.

Ce traitement consiste, en résumé, à provoquer une analgésie générale au lieu d'une analgésie partielle obtenue par la teinture d'iode, la sinapisation ou les cataplasmes laudanisés. La disparition de la douleur ne tarde pas à amener le besoin d'aller à la selle ; c'est la guérison obtenue en moins de temps que par l'usage exclusif des purgatifs ou par l'absorption d'huile d'olives qui, pour être active, doit être prise à haute dose, peu de malades pouvant sans écœurement avaler 100 à 200 grammes d'huile pendant plusieurs jours.

Chez ses deux malades, M. Deléarde a fait une injection épidurale de 0g03 de cocaïne dissous dans 3 centimètres cubes d'eau.

La douleur a cédé dans les deux cas rapidement ; l'un des malades a eu une selle le soir même, l'autre dans la nuit. Tous deux sont sortis guéris le troisième jour. (*Echo méd. du Nord*, 17 nov. 1901.)

N. E.

(1) Voir « La méthode épidurale », par Guibal, *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 79, p. 762.

VARIÉTÉS

Doit-on le dire?

Nous recevons d'un de nos excellents confrères de Paris la lettre suivante :

« Mon cher Directeur,

Voulez-vous réserver votre habituelle hospitalité à quelques réflexions que m'inspire le récent article de la *Gazette des hôpitaux* (1) ? — Oui. — Merci bien cordialement.

Je l'ai entendue lundi — la pièce de M. Brieux naturellement — grâce à la courtoisie d'un auteur et d'un directeur qui, non sans quelque courage, ont voulu nous faire juges, public d'élite et médecins, des rigueurs de la Censure. Et puisque tout ce qui est littéraire à Paris a donné son avis dans la « grande presse » sur un sujet si médical, il peut être permis à un simple médecin de donner le sien sur cette manifestation morale et littéraire ; l'auteur l'a demandé sincère et impartial. — Voici.

D'ailleurs, la littérature peut-elle cacher tant de science, et ne pourrions-nous pas nous croire un peu chez nous... à Saint-Louis?

Eh bien ! il se dégage pour moi de cette lecture une conclusion : « La mère en défendra l'audition à sa fille. » Sans doute, les claires toilettes qui égayaient la réunion montrent bien qu'ils sont rares ceux qui pensent comme moi, encore que ce soit surtout des médecins : les plus jolies femmes applaudissaient ferme, et une mère n'avait pas craint (imprudente confiance !) d'accompagner sa fillette de quinze à seize ans ; je me demande ce qui peut bien se passer ce soir dans cette petite cervelle, après une telle leçon de physiologie pathologique. Le désir de connaître d'abord la physiologie normale doit la faire trotter, et elle doit juger la révélation incomplète, le régisseur (celui de la pièce) ayant omis dans son avertissement de faire pour les néophytes l'exposé de l'acte dit conjugal, trait d'union dans l'espèce indispensable pour la compréhension du sujet.

Car il n'y a pas à dire : M. Brieux, nous le savions d'avance, est plein d'idées généreuses, de mépris pour les grands préjugés et de pardon pour les fautes : avec les *Avariés*, c'est un philosophe, encore plus un conférencier. De pièce, nous n'en avons point vu : conférence-dialogue au premier acte ; conférence-dialogue au deuxième acte, avec une pointe de théâtre grâce au rôle de la « Nounou », qui a d'ailleurs beaucoup plu ; enfin, réquisitoire en règle dans le troisième, toujours avec conférence-dialogue ou dialogue-conférence. Quel dommage d'avoir travesti le titre, et sur une grande affiche — je la suppose jaune, cuivre ou jambon — j'aurais aimé de voir appeler la pièce par son nom : *Syphilis !* pièce en trois actes, etc.

Et tout y défile : syphilis conjugale, syphilis du nourrisson, secret professionnel (deux cas différents), délivrance gratuite des médicaments, fonctionnement des consultations, y compris celles du soir et du dimanche ; réglementation de la protsitution, certificat d'aptitude au mariage, — et à la fin une belle, très belle charge contre les lois dites tutélaires (??) contre l'alcoolisme et la tuberculose. Il pleut des pierres dans le jardin du Conseil d'hygiène, et des pavés dans la cour de la Chambre des députés !

Voilà, pour des cerveaux inquiets, pour des oreilles cu-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 131.

rieuses, un régal peu commun, il y manque cependant quelque chose : l'exemple, la leçon de choses, mieux encore la pièce anatomique! Ah! qu'à l'hôpital Saint-Louis, qu'à Ricord, qu'à Lourcine le même public eût été heureux d'être admis en promenade-conférence, et puisqu'on réclame un enseignement dans les lycées, pourquoi ne pas l'instituer dans les hôpitaux? Les dames seraient stagiaires à Ricord, et les hommes à Broca; une fois par semaine exercices pratiques... et alors ils « sauront » ce qu'ils « ne savaient pas ».

M. Brieux est très documenté, il nous l'a montré, et un médecin n'eût pas plus dit. C'est même ce qui dans la pièce efface le Théâtre au profit de la Conférence. En outre l'égoïsme humain, la défiance, la rapacité, tout ce qui est du domaine de la psychologie y sont traités de façon qui force l'admiration et la Censure nous prive d'une belle étude... que nous rend la librairie. Certaines saillies sont irrésistibles : « Et si vous n'avez rien eu, ce n'est plus de la vertu : c'est de la chance !! » Vlan... et cela porte et c'est vrai.

Mais l'auteur sait-il qu'à un enfant syphilitique pourrait convenir une nourrice « avariée » et que dans une famille complaisante ou coupable la remplaçante pourrait faire valoir cette qualité?

Sait-il que « savoir » ne suffit pas pour la jeunesse et ne prémunit pas contre les... accidents?

Cet enseignement, qu'il réclame, il est donné aux étudiants en médecine, qui ont de la science et plus de raison : ils « savent » et cependant leur martyrologe laisse loin derrière lui celui des lycéens.

Pour ma part, et malgré des opinions autorisées, je ne pense pas qu'un cours de prophylaxie vénérienne soit bien à sa place dans les lycées... et au théâtre non plus. Que le père de famille qui, dans un intérêt supérieur, fait fi des préjugés, enseigne à son fils ces « mystères » quand il le croira utile, fort bien : il sera seul juge du moment, de l'opportunité et seul responsable des conséquences, et auditeur ou non des *Avariés* il en sait toujours assez pour cette petite leçon.

Mais encore l'enfant sera-t-il en droit de demander quel est cet acte contre lequel on le prémunit, puis quels sont ses dangers, enfin quels sont les moyens de défense : il faudra lui faire lire *Comment on se défend*... contre la vérole. Et en possession de ces données, à un âge où le sexe parle impérieusement, quel frein mettra-t-on à ses passions si en même temps que le doute on a supprimé la crainte, cette fameuse crainte pour tous, petits et grands, si salutaire et encore trop rare?

Et encore cette crainte est-elle assez terrible ? Certaines industries languissantes prouvent bien le contraire et plus d'un spécialiste attribue à la mévente des appareils spéciaux la fréquence des catastrophes.

Question de mode : c'est un vêtement qui ne se porte plus...

Le mal est connu, depuis toujours, hélas ! L'auteur apporte-t-il un remède?

Le certificat d'aptitude. « On réunit les deux notaires des familles, il serait aussi utile de réunir les deux médecins. » Pourquoi ne le fait-on pas? Mais parce que c'en est toujours un troisième qui soigne ces maladies-là, parce que le jeune homme consultera toujours un spécialiste et non le médecin de la famille; le spécialiste qui soigne tous les malades des autres médecins et cela d'autant plus que le médecin ressemble au docteur des *Avariés* qui brandit comme un épouvantail la menace d'une révélation : lui confier un si précieux secret! le jeune homme s'en gardera bien, quelque bonne opinion qu'il ait de sa discrétion. Bien heureux encore, si l'avarié ne consulte pas « dans le quartier des Halles ».

Et puis encore la calamité peut être bilatérale : il faut que la jeune fille (telle la petite cervelle dont nous parlions et qui, elle, « saura ») réclame aussi sa part d'instruction pour ne plus être « vertueuse parce qu'ignorante ». Ne devra-t-elle pas, elle aussi, produire « patente nette »... quand elle brûlera ses derniers vaisseaux? Il y a bien aussi ces « saligauds d'hommes » (troisième acte), qui font un peu penser à l'éternel recommencement de l'œuf et de la poule, et toute syphilis ne vient pas du ruisseau.

En somme, il nous est resté de cette soirée une impression nette : c'est que pas plus que la science, le théâtre même scientifique ne réformera les mœurs, qu'il ne force pas les sourds à entendre, les aveugles à voir.

Le réquisitoire est beau, il est courageux et énergique : à notre point de vue, il donne du caractère et du rôle du médecin une haute idée dont nous devons gré à l'auteur et qui n'est point à dédaigner en face des attaques auxquelles la littérature finissait par nous habituer. Par endroit, il flétrit les charlatans, ce qui n'empêchera pas leur industrie d'être prospère par le même motif qu'il n'empêchera pas les faux pas hasardeux : mais c'est une clinique ; son allure, sa terminologie le rendent difficile à écouter.

Eh! sans doute, M. Brieux n'est pas immoral et n'a pas besoin de se justifier ; quand, médecin, je parle de chancres, de syphilis, de verge, de vagin ou de vulve, je ne suis pas non plus immoral : c'est de l'anatomie, c'est de la pathologie ; mais le pourrais-je faire dans un salon, et le théâtre n'est-il pas un peu un salon littéraire? Je sais bien que les sous-entendus sont parfois plus pervers que le mot cru : mais de ce que le petit théâtre, le café-concert prennent une trop, beaucoup trop libre allure, s'ensuit-il qu'on ait raison de les tolérer et qu'on doive discourir sur la scène, même dans un but louable, des plus fâcheuses tares de notre corps?

La science est mal à l'aise sur les planches : celle-là surtout, et il nous faut attendre, pour mieux juger, une pièce sur les fractures de côtes ou les accidents d'automobile. Que les accidents du travail seraient donc aussi un beau sujet à indiquer à l'auteur : belle clinique chirurgico-sociale, mais qui n'aura pas le succès de Saint-Louis chez Antoine! Pourquoi, oreilles curieuses?

Pour ma part, je ne conduirais pas mon fils entendre les *Avariés*, et je le retirerais du lycée le jour où l'on distribuerait en guise de prix la prose de Ricord, de Diday ou d'autres... même pour les classes supérieures. De mon temps, c'était Bossuet ou le voyage d'Anacharsis : ne pourrait-on trouver un juste milieu ? Il apprendrait trop ou trop peu. Que si j'avais des idées plus avancées, je lui ferais faire un stage à l'hôpital, mais, même expert, je craindrais qu'il ne fît comme le sujet du docteur (troisième acte) et qu'il ne donnât son mal « par vengeance » ! C'est si fréquent!

Mais alors même qu'il « saurait », Eros resterait triomphant, et, entre la chair et la raison, je sais bien qui aurait le dessus. Suivrait-il le conseil « de prendre des maîtresses plutôt âgées pour s'assurer la chance d'éviter le contact d'une avariée en période secondaire » ? Et cela l'empêchera-t-il de préférer un frais minois à la vieille garde tertiaire?

On a beaucoup applaudi, comme à toute œuvre de talent; mais j'ai pu entendre, côté médecins, bien des réticences. Ce n'est pas seulement sur la scène que s'est dite toute la vérité, et sur le boulevard, pendant la queue à la porte du théâtre, un malin confrère chuchotait :

Belle (sy)Philis on désespère
Alors qu'on « opère » toujours.

François I[er] nous l'a dit et même chanté : il est vrai que c'est dans *Rigoletto* :

Souvent femme (a)varie
Bien fol est qui s'y fie,

Ce qui n'empêche pas que...
Et nous serons toujours des fous.
On doit le dire... mais entre soi.

T. P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital Saint-Louis. — Dimanche dernier, M. Gaucher a inauguré, devant un très nombreux auditoire, la série de conférences qu'il compte consacrer, pendant toute cette année scolaire, à la dermatologie et à la syphiligraphie, et dont nous avons annoncé l'ouverture.

Hôpitaux de province. — *Montpellier.* — Les concours d'internat et d'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes : titulaires, MM. Rimbaud et Riche; provisoires, MM. Antonin, Benoit, Moreau et Mlle Vinsonneau-Blum.

Externes : titulaires, MM. Guignot, Bousquet, Anglada, Cayrol, Mistral, Cadilhac, Massabuau, Benezech, Caffort et Vennes; provisoires, MM. Euzière, Godlewski, Astre, Pestre, Espiron, Bourrely, Going, Dalard, Bourguet et Calas.

Comme l'année dernière, nous ferons remarquer le petit nombre d'internes titulaires nommés. Les services actuels, avec le grand développement qu'ils ont pris dans ces dernières années, ont souvent à souffrir de cet état de choses; l'enseignement lui-même y perd, les chefs de clinique étant amenés à remplir le rôle des internes qui manquent. L'administration aurait été bien inspirée en doublant le nombre des places mises au concours cette année. L. I.

Cours de thérapeutique pratique des maladies de la peau. — M. le docteur Leredde commencera un cours de thérapeutique pratique des maladies de la peau, le mardi 3 décembre 1901, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

N.-B. — Ce cours aura lieu à la clinique, 9, rue Beudant (près la rue de Rome), et comprendra vingt leçons. Le nombre des places est limité. Le prix du cours est de 40 francs, payables en s'inscrivant.

Les inscriptions sont reçues à l'Etablissement dermatologique de Paris, 4, rue de Villejust (téléphone 535-56).

Les élèves seront exercés aux manipulations pharmacologiques élémentaires.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 135. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1901. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Traitement orthopédique du mal de Pott (traitement de la gibbosité pottique), par M. GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris. — CONGRÈS DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS (Hambourg, 1901). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la syphilis par les injections d'hermophényl. — REVUE DES THÈSES. De la précocité intellectuelle; étude sur le génie (M. Émile DUCHÉ); — Alcoolisme et enfants (M. Paul LADRAGUE); — Alcool et traumatisme (M. Georges MAUSSIRE); — Aubrac, climat et sanatorium; étude de climatothérapie (M. C. ANDRIEU); — La tuberculose à Reims (M. Alb. BOCQUET); — La tuberculose primitive des muscles (M. PLANTARD); — La désinfection du linge (M. R. DARDEAU). — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement orthopédique du mal de Pott.

(*Traitement de la gibbosité pottique.*)

Par M. Paul GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris.

La gibbosité, qui accompagne à des degrés divers la tuberculose vertébrale, constitue une difformité grave, contre laquelle surtout parents et malades sollicitent l'intervention du chirurgien. Si la pathogénie de la déformation est une, les moyens employés pour la combattre, dans la suite des temps et même de nos jours, ont été très variés. La bosse du mal de Pott a divisé de tout temps les chirurgiens, fait éclore les méthodes thérapeutiques les plus dissemblables et suscité les polémiques les plus ardentes. Les querelles récentes, nées à l'occasion du redressement des gibbosités pottiques, sont encore présentes à la mémoire de tous.

Malgré tous ces débats, l'opinion des chirurgiens est loin d'être assise, puisque le dernier Congrès international de chirurgie mettait en discussion « le traitement du mal de Pott au début et à la période de gibbosité ».

L'incertitude régnait encore sur certains points, le lendemain de ce Congrès, sauf en ce qui concerne le redressement, c'est une méthode qui paraît avoir vécu, comme on le verra par la suite.

Tout en essayant de résumer l'opinion des chirurgiens d'enfants les plus autorisés en la matière, nous tâcherons surtout de mettre en relief les pratiques que les succès les plus nombreux, les plus durables, les plus incontestés paraissent avoir légitimées et sanctionnées.

I

Importance du traitement général. — Dans le mal de Pott comme dans toute maladie tuberculeuse, le soin donné au relèvement de la santé générale est un facteur très important du succès. Sans un traitement général sérieux, les précautions orthopédiques les plus rationnelles peuvent ne donner aucun résultat et laisser se produire les déformations les plus grave. Au contraire, en l'absence de tout traitement local ou avec un traitement local mal dirigé, la difformité pourra rester légère si le malade se défend contre l'extension des lésions tuberculeuses, grâce à l'excellence du traitement général.

Les indications du traitement général et la manière de les remplir n'offrent, dans l'étude qui nous concerne, rien de spécial; nous ne saurions nous y attarder. Elles se résument dans la prescription des conditions hygiéniques les plus favorables : nourriture plus que suffisante, en rapport avec l'âge du sujet; vie au grand air, loin des villes, à la campagne si c'est possible, au bord de la mer de préférence.

Les chirurgiens qui soignent spécialement les tuberculoses externes, s'accordent à proclamer l'excellence du traitement maritime (Cazin, Ménard, Calot, Phocas). Les petits enfants que la ville de Paris envoie à Berck, pâles, amaigris, présentent rapidement une amélioration manifeste de la santé générale, ils prennent des couleurs et de l'embonpoint. Par le seul séjour au bord de la mer, même lorsqu'aucun changement n'est apporté au traitement local, des lésions tuberculeuses cessent d'évoluer, d'autres rétrocèdent, beaucoup guérissent.

Les manœuvres du traitement local, telles qu'elles vont être exposées, n'auront leur effet entier que si, de pair avec elles, les règles du traitement général sont bien connues et rigoureusement observées.

II

Traitement de la gibbosité. Traitement orthopédique. — On peut être consulté sur le traitement à instituer, dans deux conditions très différentes.

Au début de l'affection vertébrale, la gibbosité n'existe pas ou constitue une difformité négligeable dont il faut prévenir l'apparition ou l'accentuation.

Plus tard, soit que le traitement n'ait pas été institué à temps, soit qu'il ait été mal ordonné ou mal suivi, soit qu'il ait été inpuissant, une déformation existe, plus ou moins accusée; selon ses goûts et son éducation, ou bien le chirurgien tentera de détruire la gibbosité en redressant la colonne vertébrale, ou bien il respectera le mal déjà fait, mais il multipliera ses efforts pour en empêcher l'aggravation.

1. Traitement orthopédique au début. — La gibbosité pottique n'existant pas ou formant une saillie peu appréciable, personne ne propose le redressement : on se borne à prévenir l'aggravation de la difformité.

Cependant l'atteinte du rachis est indéniable et se manifeste par des douleurs localisées en un point de la colonne vertébrale, spontanées et provoquées par la pression, quelquefois par des douleurs en ceinture, par la rigidité du rachis au même niveau, par l'impossibilité de le fléchir, de l'étendre, de le plier transversalement, par la contracture des muscles des gouttières vertébrales.

Pour bien saisir les indications du traitement, à cette période, il faut se rappeler l'évolution des lésions tuberculeuses ostéo-articulaires. MM. Lannelongue et Ménard insistent sur la double origine du processus de destruction, lequel relève du processus tuberculeux et de l'ulcération compressive.

Au début, l'agent tuberculeux se localise en un point du rachis et le détruit par son évolution propre ; sous l'action de la pesanteur et de la contracture musculaire, une fracture pathologique se produit au niveau de cette caverne osseuse qui diminue la résistance de la colonne vertébrale.

Elle se trouve donc coupée en deux segments dont le supérieur repose et pèse sur l'inférieur.

Là où se fait cette pesée, le pouvoir destructeur de la tuberculose est augmenté et d'autant plus accru que la pesée est plus forte. Cette ulcération compressive ou mécanique s'exerce seulement au point de contact des deux segments vertébraux ; mais en dehors de ces points de contact, le processus tuberculeux proprement dit peut gagner excentriquement, déterminant soit une extension plus grande des lésions osseuses, soit le développement d'un abcès migrateur.

Contre l'extension spontanée du tubercule nous n'avons qu'une arme, la résistance de l'organisme, créée ou augmentée par le traitement général, suralimentation, vie au grand air.

L'ulcération compressive, au contraire, peut être supprimée efficacement, en abolissant la pression du segment vertébral supérieur sur l'inférieur : c'est à réaliser cette dernière condition que doit tendre le traitement local du mal de Pott à la période de début. Le procédé orthopédique à adopter comme le plus recommandable doit donc : faire cesser la pression du segment supérieur sur l'inférieur ; s'opposer à la tendance que possède le premier, en raison de la perte de substance des corps vertébraux, à se fléchir sur le second ; enfin, immobiliser les deux segments, empêcher qu'ils ne se traumatisent mutuellement.

C'est, en somme, le traitement applicable à n'importe quelle ostéo-arthrite tuberculeuse, traitement que, depuis longtemps, la pratique démontre être le seul efficace. Seulement, en raison de la structure du rachis, à cause de ses rapports et de la difficulté qu'on éprouve à agir sur ses segments, la mise en œuvre du traitement par le repos présente des difficultés.

Quelques chirurgiens font, à cette période, marcher les malades en maintenant le thorax par des corsets amovibles ou inamovibles. Cette pratique est irrationnelle ; elle ne peut arrêter l'évolution de la tuberculose vertébrale, car, comme nous le dirons plus loin, le corset n'immobilise pas les segments, n'annule pas la pression du segment supérieur sur l'inférieur, il s'oppose seulement à l'inflexion du premier sur le second.

La méthode ambulatoire avec corsets, appliquée au début du mal de Pott, doit donc être bannie comme méthode de choix.

La *méthode de repos* dans le *décubitus horizontal* est, au contraire, à cette période, adoptée à peu près unanimement par les chirurgiens d'enfants.

Méthode de repos horizontal. — Les auteurs la pratiquent différemment et lui associent parfois des manœuvres destinées, dans leur esprit, à compléter l'action du repos.

M. Kirmisson immobilise les enfants dans une *gouttière de Bonnet* modifiée ; les gouttières jambières sont articulées sur le corps de l'appareil à l'aide d'une charnière, ce qui permet d'écarter, puis de rapprocher les membres inférieurs du sujet et de lui donner les soins de propreté nécessaires. On fait à cet appareil le reproche qu'il est d'un prix élevé, d'un entretien difficile et qu'en pratique il immobilise l'enfant d'une manière insuffisante.

Le *lit de Lannelongue* réalise le repos par le décubitus horizontal, qui « est certainement à lui seul un des moyens les plus simples, car alors chaque partie du corps transmet directement au matelas son propre poids ». Le matelas « doit être ferme, en crin de préférence, à capitons rapprochés, pour que le poids du corps n'y fasse pas de dépression » (1). Il est compris dans un cadre de bois facilement transportable. Deux ceintures passées autour du tronc, une troisième ceinture maintenant les jambes, des bretelles enroulées sur les épaules empêchent que le malade se mette sur son séant, qu'il remue dans son lit, qu'il s'agite transversalement.

Sur l'enfant ainsi couché, M. Lannelongue pratique l'extension continue. « Lorsque le mal de Pott siège au cou, l'appareil à extension est fixé à la tête, qui s'y prête assez bien par sa forme et sa résistance. » Pour le mal dorsal ou lombaire, l'extension se pratique sur le membre inférieur. Dans les deux cas, la contre-extension est faite par le tronc, qu'immobilisent les ceintures, fixées d'autre part au cadre du lit.

M. Ménard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, a modifié légèrement le lit de Lannelongue. Le matelas est indépendant du cadre de bois qui le contient. L'enfant est maintenu dans une brassière fixée devant sa poitrine par une série de boucles ; elle porte deux épaulières qui immobilisent les épaules. Le dos de la brassière est fixé par quatre courroies de tissu solide aux quatre coins du lit. L'enfant ne peut ni s'asseoir, ni soulever ses épaules, ni se tourner sur le côté. S'il est turbulent, on immobilise ses genoux par une sangle jetée en travers d'eux et attachée au lit. Nous n'avons jamais vu M. Ménard pratiquer l'extension continue par des poids.

Souvent, M. Ménard place une cale par-dessous le matelas, au niveau de la gibbosité commençante. « Le but cherché, et j'ajoute obtenu, est de rétablir, d'exagérer même la lordose normale, non pas qu'on défléchisse les deux segments dans le foyer de destruction, qu'on les écarte l'un de l'autre. Nous exagérons seulement l'extension des deux segments rachidiens supérieur et inférieur dans le voisinage du point malade. On remplit ainsi, d'une manière plus complète, l'indication posée, supprimer la cause de l'ulcération compressive (2). »

Si l'immobilisation dans le décubitus horizontal décom-

(1) Lannelongue, *Tuberculose vertébrale*, Paris 1888.
(2) Ménard. *Étude pratique sur le mal de Pott*, Paris 1900.

prime un foyer dorsal moyen ou lombaire, elle est sans effet sur un mal de Pott cervical ou dorsal supérieur. La tête peut se mouvoir latéralement, s'incliner en avant. Il faut donc l'immobiliser en la maintenant dans l'extension. Nous avons vu que M. Lannelongue exerce une traction continue sur la tête, à l'aide d'une mentonnière à laquelle est attachée une cordelette; celle-ci s'enroule sur une poulie attachée à la tête du lit et se termine par des poids de 2 à 4 et 6 kilogs, selon l'âge du patient. Lorenz modèle sur l'enfant une gouttière plâtrée qui enserre la moitié postérieure de la tête et du cou, le dos, les lombes, et qui descend jusqu'au milieu de la face postérieure des cuisses. Il y a avantage à confectionner cette gouttière sur le malade debout, suspendu par la tête, de manière à étendre le rachis au-dessus et au-dessous du foyer tuberculeux. De la sorte, les fragments vertébraux sont bien maintenus après dessiccation du plâtre et la tendance à la flexion est combattue. Il est inutile d'ajouter que, même avec la gouttière plâtrée de Lorenz, les enfants doivent garder le décubitus horizontal sur le lit dur.

A tous ces procédés de contention et d'immobilisation, M. Calot (1) fait un procès en règle. « Avec les gouttières de Bonnet et de Lorenz, les enfants se dérobent, n'étant pas solidement maintenus en avant; » mêmes inconvénients avec la planche de Lannelongue. Non seulement les enfants se déplacent, mais encore on les retourne pour les nettoyer, pour changer leur linge; tous ces mouvements occasionnent dans le foyer tuberculeux des traumatismes, légers sans doute, mais qui, à cause de leur répétition, aggravent les lésions et facilitent l'extension du mal.

L'auteur objecte encore l'impossibilité de réaliser effectivement l'extension continue : « L'extension continue, excellente en principe, est d'une réalisation pratique excessivement difficile, je dirai même impossible. — Oui, il est impossible, pour les maladies de la colonne vertébrale, d'appliquer exactement l'extension et la contre-extension à la place indiquée, suivant les différents sièges du mal de Pott, de faire que cette extension soit suffisante, de faire surtout qu'elle soit continue. Malgré tous les efforts, tous les soins, toute la surveillance, cette extension est empêchée à certains moments par quelque léger déplacement de l'enfant, le moindre impedimentum qui se trouve dans le lit, un lien qui cède, etc. N'est-ce pas là autant d'occasions de petits mouvements de va et vient des surfaces malades, de petits heurts, de petits traumatismes, c'est-à-dire autant de causes de progression du foyer malade. »

M. Calot a d'ailleurs la partie belle, car l'impuissance des moyens qui réalisent le décubitus dorsal est avouée par ceux-là mêmes qui les emploient de préférence. « On voit dans le mal de Pott, dit Lannelongue, la gibbosité se produire et augmenter malgré le décubitus horizontal; je pourrais citer un nombre respectable de faits cliniques, dans lesquels la gibbosité a continué à s'accroître, malgré le décubitus assez rigoureux et de longue durée. On retire souvent de la gouttière des enfants difformes. La gibbosité se produit dans l'appareil de Sarye, ainsi que je l'ai observé maintes fois sur mes malades et sur des sujets traités par les chirurgiens les plus compétents. »

M. Calot espère avoir trouvé mieux que ses prédécesseurs en associant au décubitus horizontal le port d'un appareil plâtré qui immobilise le rachis : « Le décubitus n'assure pas le repos absolu; dès lors il ne suffit pas à supprimer la sensibilité douloureuse du rachis, à empêcher les contractions spasmodiques des muscles de la région qui vont instinctivement suppléer à l'insuffisance de cette immobilisation, mais non pas sans amener une compression des vertèbres malades les unes sur les autres. »

Le grand appareil immobilisateur doit réunir les conditions suivantes. Il doit maintenir la totalité du tronc, la base du crâne et le bassin sans gêner le fonctionnement des organes thoraciques ou abdominaux.

Pour que le corps soit bien immobilisé, le corset doit être presque superposé à la peau, séparé d'elle seulement par une couche d'ouate ou de mousseline très mince. Bien fait, l'appareil plâtré ne blesse pas l'enfant. Il doit être appliqué sur l'enfant suspendu par la tête, de manière à réaliser la décompression du foyer malade. Il est souvent utile, il n'est pas dangereux de donner du chloroforme au patient dans cette position, pour amener le relâchement des muscles rachidiens contracturés. Enfin, l'appareil doit être changé très rarement, tous les six ou huit mois, pour éviter les traumatismes que la confection de chaque nouvel appareil provoque dans le foyer. On verra plus loin, avec plus de détails, la manière de fabriquer les corsets.

Nous venons de voir que, d'un accord unanime, les auteurs conseillent, au début du mal de Pott, le repos horizontal, associé ou non à des moyens adjuvants divers, extension continue, immobilisation dans une gouttière ou dans un corset plâtrés.

Mais pour que le traitement soit entier, l'enfant, attaché à son appareil orthopédique, ne doit pas être confiné dans une chambre, ni dans une salle d'hôpital. Il faut que, pendant la plus grande partie de la journée, il soit promené en plein air, soit dans la montagne, soit au bord de la mer; s'il est soigné dans nos hôpitaux, on le placera sous une tente qui laisse passer l'air mais protège le malade contre le soleil et contre la pluie.

Le repos avec vie au grand air, tel est le *traitement de choix*, celui qui donne les plus beaux résultats, qui permet souvent d'obtenir une guérison sans gibbosité ou avec une gibbosité minime. L'obtention de cette guérison n'est pas constante, il faut le savoir; le mal peut progresser, les lésions tuberculeuses augmenter, la destruction cavitaire s'étendre, le rachis se fléchir malgré le traitement le plus rationnel. Aussi M. Calot est-il trop optimiste, lorsqu'il écrit : « Il m'est permis, je pense, de conclure que, grâce à cet appareil, si nous avons la chance de prendre le pottique à la première période de la maladie, nous avons la certitude de le conduire à la guérison, sans gibbosité. Aucun autre traitement ne donne cette sécurité. »

Si l'enfant qu'on immobilise sur un appareil devait rester dans un appartement fermé et être privé de la vie au grand air, il vaudrait mieux lui appliquer un corset selon les règles indiquées plus loin, pour qu'il puisse sortir, se promener. La *méthode ambulatoire avec corset* n'est qu'*un traitement de nécessité.*

Durée du décubitus horizontal. — Cette durée est très longue, car il faut la prolonger jusqu'à la guérison et la cicatrisation complètes des lésions tuberculoses du rachis. « En aucun cas, dit M. Ménard, le mal de Pott n'est guéri au bout d'une ou deux années. Le chirurgien, familier avec l'histoire de cette maladie, ne pense à un commencement de réparation qu'après deux ou trois années pour le moins. Quant au terme de cette réparation, à son caractère com-

(1) Calot. *Les maladies qu'on soigne à Berck*, Paris 1900.

plet, la date en est ajournée à une période beaucoup plus tardive, le plus souvent mal déterminée. »

Le malade devra observer le repos au lit pendant deux et trois ans. Puis il commencera à s'asseoir, il s'essaiera à marcher soutenu par un corset; si la guérison paraît se maitenir (absence de douleurs, conservation de l'état général), on permettra la station verticale et la marche d'une façon progressivement croissante.

Si la survenue d'un trouble quelconque faisait craindre la persistance d'un foyer tuberculeux, il faudrait prescrire de nouveau le repos horizontal.

2. Traitement orthopédique a la période de gibbosité. — La gibbosité s'est produite, soit grâce à l'incurie des parents et à l'indocilité des enfants, ce qui est la règle, soit malgré le traitement rationnel que nous venons d'exposer, ce qui est l'exception. Quelle thérapeutique lui opposer? Ici, les règles varient avec les chirurgiens.

Les uns voient dans la bosse une infirmité à supprimer; il leur suffit pour cela de séparer les deux segments coudés, fléchis l'un sur l'autre, en déployant une force suffisante pour les redresser. Puis le sujet étant immobilisé dans un appareil plâtré, ils attendent la consolidation.

Les autres estiment la consolidation impossible dans ces conditions; ils laissent donc les choses en l'état et mettent tout en œuvre pour que la gibbosité cesse de s'accroître.

Voyons par l'étude anatomique et par les faits cliniques de quel côté se trouvent le bon sens, la raison et le succès.

Méthode du redressement. — Nous ne ferons pas l'historique du redressement, car nous devrions remonter jusqu'à Hipprocrate qui le tenta le premier, sans plus de résultat d'ailleurs que nos contemporains.

Étudions d'abord les faits anatomiques et voyons comment ils nous permettent d'entrevoir soit le succès possible, soit l'insuccès probable de la consolidation après les tentatives de redressement. Nos documents seront puisés dans la longue série de faits si bien exposés par notre maître, M. Ménard.

Les études anatomo-pathologiques poursuivies par M. Ménard l'ont amené à constater que, sur un rachis tuberculeux en voie de guérison, les phénomènes de réparation apparaissent très tardivement.

Les arcs vertébraux postérieurs, au niveau de la gibbosité, ne commencent à se souder que dans la deuxième année qui suit le commencement du mal. Cette soudure débute par les apophyses articulaires et envahit successivement les lames et les pédicules vertébraux, puis les apophyses épineuses. Elle se limite aux arcs vertébraux compris dans la gibbosité, c'est-à-dire à ceux dont le corps vertébral est complètement ou presque complètement détruit. Le bloc osseux ainsi formé est indépendant des arcs vertébraux sus et sous-jacents à la gibbosité, « alors même que leurs corps sont atteints superficiellement, dénudés ou creusés de cavernules. » Il résulte de cela qu'on ne peut compter sur le rachis postérieur pour donner à la colonne vertébrale une rigidité suffisante après déflexion de la gibbosité; « l'ankylose postérieure ne se prolonge pas habituellement au delà de la région malade. A supposer qu'un cal rigide s'interpose en arrière aux deux segments rachidiens, l'absence de tout soutien au niveau du rachis antérieur n'aurait-elle pas pour conséquence une inflexion qui se produirait aux deux extrémités, supérieure et inférieure, de ce cal? »

Peut-on espérer la formation d'un cal osseux en avant du canal rachidien, là où la déflexion des segments a produit une caverne haute de 6, 8, 10 centimètres et même plus? On a montré des radiographies qui, dans idée de leurs auteurs, prouvent une régénération suffisante de tissu osseux dans le foyer vertébral. Ces planches sont loin d'être démonstratives; de plus, l'interprétation qu'on en donne est en désaccord avec tout ce que nous savons de l'évolution générale de la tuberculose. M. Ménard fait observer avec raison, en se basant sur des faits d'observation multiples, que la tuberculose détruit le tissu osseux et qu'elle n'en crée pas; qu'on ne trouve jamais de productions d'hyperostose dans un foyer tuberculeux fermé ni à son voisinage. Toutes les pièces anatomiques présentant des travées osseuses de quelque importance appartiennent à des maux de Pott fistuleux, infectés par conséquent, et relèvent de l'ostéomyélite infectieuse chronique.

Sans doute deux segments vertébraux fléchis l'un sur l'autre peuvent se souder. Mais la soudure se fait très tardivement, après plusieurs années; elle n'existe que lorsque les segments sont intacts ou séparés par une faible distance. D'abord fibreuse, elle s'ossifie à la longue. « Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer un cal partiellement ou complètement néoformé, de grandes dimensions. Dans tous les cas que nous avons examinés à la période de réparation, qu'il y eût cicatrisation fibreuse ou soudure osseuse, il nous a paru manifeste que jamais la présence du cal n'avait pu s'opposer à l'inflexion. Celle-ci avait acquis ses proportions maxima, elle était complète, ou bien, si elle ne l'était pas, l'obstacle à l'abaissement du segment supérieur siégeait d'ailleurs. »

L'interprétation des faits anatomiques montre donc que l'ankylose du rachis postérieur ne peut donner à la colonne vertébrale une rigidité suffisante après le redressement; que la production d'un cal osseux ne s'observe jamais, en avant du canal rachidien, capable de s'opposer à l'inclinaison du segment supérieur sur l'inférieur.

Les faits cliniques vont corroborer ces conclusions et leur donner une démonstration éclatante.

M. Chipault et M. Calot sont les premiers qui aient pratiqué le redressement des rachis tuberculeux. M. Chipault (1) réserve le redressement aux gibbosités petites ou moyennes non ankylosées; les grosses gibbosités sont réduites partiellement « en plusieurs séances chloroformiques à long intervalle, avec immobilisation intercalaire ». Le redressement est obtenu, le malade étant endormi et couché sur le ventre, par les efforts de deux aides qui tirent sur les membres inférieurs et sur les bras. Plusieurs ligatures au fil d'argent fixent les apophyses épineuses dans l'extension. « Mes malades, dit M. Chipault, sont sortis de leur affection vertébrale sans en garder la moindre trace, sans la moindre apparence de gibbosité, avec seulement un peu de raideur locale : je crois qu'on ne peut souhaiter mieux. » Les gibbosités ankylosées trouvent grâce devant M. Chipault; tout au plus se contente-t-il de faire sauter les apophyses épineuses. L'utilité de cette dernière manœuvre est elle-même très contestable, car ces apophyses ne sont pas « le plus souvent hypertrophiées », mais généralement notablement diminuées de volume et aplaties contre la gibbosité.

(1) Chipault. Traitement du mal de Pott, *Monographies cliniques*, Paris. — *Médecine mod.*, 1895, n° 20; — *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1896; — *Médecine mod.*, 26 juillet 1896.

M. Calot (1) a d'abord appliqué le redressement à toutes les bosses, depuis la petite déformation angulaire, d'apparition récente, jusqu'au gros pain de sucre, ankylosé et guéri.

La petite gibbosité, la moyenne, de date récente, disait-il dans sa première communication, demande peu d'efforts; le malade est endormi, couché sur le ventre; deux aides à la tête et aux bras, deux aides aux jambes, qui tirent à eux « fortement », défléchissent les segments, les désengrènent avec des « craquements osseux », pendant que le chirurgien presse avec les deux mains sur la gibbosité « jusqu'à l'extrême limite de ses forces » ; pour finir, application du grand appareil plâtré allant de la tête jusqu'au bassin inclusivement. Si c'est nécessaire on a enlevé préalablement les apophyses épineuses. Deuxième appareil plâtré le quatrième mois. « Après le deuxième, ou tout au moins après le troisième appareil, l'enfant est autorisé à marcher avec un corset. Il entre dans la période de convalescence. La correction de sa gibbosité a donc demandé de cinq à dix mois. » Qu'est cette correction de la gibbosité, nous le verrons bientôt.

Lorsque la gibbosité est volumineuse, M. Calot propose de faciliter la réduction par une « résection cunéiforme », à base postérieure, du rachis postérieur.

Dans un cas d'ankylose osseuse, M. Calot a pratiqué en arrière la résection cunéiforme et en avant la séparation des corps vertébraux à l'aide d'un ciseau à froid; les deux segments étant tenus en place par quatre aides, le grand appareil plâtré est moulé sur l'enfant.

Très rapidement M. Calot (2) modifie et atténue sa première manière de procéder. Les gibbosités ankylosées sont respectées « parce que, en pareil cas où la gibbosité n'augmente presque plus, le bénéfice que l'on obtiendrait ne compense pas, ce me semble, le risque que l'on ferait courir au malade ». Ce risque réside dans les hémorragies possibles au niveau des surfaces de section des os, dans l'apparition d'une paraplégie, dans la généralisation tuberculeuse.

Les grosses gibbosités ne sont plus réduites d'un seul coup, mais seulement par séances successives répétées « tous les trois ou quatre mois ». « Je n'amène ainsi, à chaque nouveau redressement, qu'un écartement que je crois susceptible de se combler. » Le résultat est maintenu par l'appareil plâtré.

Seules, les petites gibbosités récentes sont redressées dans une seule séance « avec une douceur extrême ».

Au Congrès international de chirurgie, M. Calot, sans l'avouer, montrait qu'il a abandonné, d'une façon complète, le redressement. Plus de manœuvres violentes ; le patient est suspendu par la tête ; tout au plus ajoute-t-on quelquefois des poids à ses jambes; dans cette attitude, le corset est appliqué.

Il n'y a là rien qui ne se trouve dans la méthode de Sayre.

Insuccès et dangers du redressement. — Comme M. Calot, presque tous les partisans du redressement ont abandonné la méthode et sont revenus à la suspension et à l'immobilisation plâtrée de Sayre.

C'est que, si les avantages du redressement sont fort douteux, ses dangers sont incontestables et la liste de ses accidents déjà fort longue. Nous en trouvons un résumé dans le travail de M. P. Wiart (1) et dans des publications diverses.

On a enregistré deux morts par chloroforme pour moins de quatre cents redressements ; il y a des morts rapides, dans les quarante-huit heures, dont le mécanisme est inconnu ; d'autres fois, la mort survient le cinquième, le septième, le huitième jour (Bilhaud).

On a cité des accidents médullaires graves, paraplégie passagère ou persistante, mort avec convulsions dans les membres inférieurs et rétrécissement des pupilles (Vulpius, Ducroquet). Quelquefois, cependant, une paraplégie existante est améliorée.

Une observation de M. Ducroquet (2), élève de M. Calot, est instructive. Il s'agit d'un mal de Pott cervico-dorsal. « 17 octobre. Redressement facile, quelques craquements à la traction et à la pression. Dans la suspension verticale, on remarque un allongement exagéré du cou. Appareil dans cette position. Dans la soirée, rien d'anormal. Le lendemain, à neuf heures, cyanose, sueurs asphyxiques. L'appareil est vite coupé, injection d'éther, de sérum et de caféine. Pendant quatre jours, température entre 38°5 et 39 degrés. Pouls 120 et 140. Agitation par moment. Demi-stupeur. Respiration de Cheyne-Stokes. Mort au cinquième jour. » Il n'a pas été fait d'autopsie.

M. Ducroquet a vu, sous l'action du corset, se produire de larges escares, l'une allant jusqu'à la plèvre, d'autres mettant à nu le maxillaire inférieur ou l'occipital ; une escare a pénétré jusqu'à un abcès de la fosse iliaque et l'a infecté, l'enfant se cachectise.

La déchirure d'un abcès peut succéder à la suspension. M. Villemin a cité, au dernier Congrès de chirurgie, l'ouverture d'un abcès dans la plèvre droite, suivie de mort. M. Ducroquet a vu un accident plus sérieux : « L'abcès s'était rompu dans les bronches, le malade présentait une énorme escare du dos au niveau de la gibbosité. La poche purulente de l'abcès communiquait à la fois avec l'escare et les bronches. Cet enfant était atteint d'un mal de Pott dorsal moyen remontant à cinq ou six ans. Il est mort dans un état de cachexie extrême, avec des escares multiples et de la gangrène pulmonaire. » La possibilité de cette complication était d'ailleurs démontrée par les recherches expérimentales de M. Ménard (3). Il avait observé dans un cas, après redressement sur le cadavre, une « large déchirure transversale de l'enveloppe fibreuse, qui, attachée en haut et en bas aux segments supérieur et inférieur du rachis, limite en avant la masse de caséum et de fongosités. Le foyer bacillaire, auparavant clos exactement, se met en contact avec l'atmosphère celluleux qui contient l'aorte, l'œsophage et la veine-cave, par une surface large de 6 centimètres, haute de 4 ».

La liste des succès dus au redressement est infiniment moins longue que celle de ses avatars et de ses désastres.

Les seuls résultats convenables que l'on ait cités, de guérison avec gibbosité peu apparente ou nulle, se rapportent à des gibbosités de mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire; or, cette localisation de la tuberculose est la plus favorable et ne donne que des gibbosités très faibles, quel que soit le genre de traitement adopté, souvent même en l'absence

(1) Calot. Acad. de méd., 22 sept. 1896; — *Arch. prov. de chir.* 1897, n° 2.

(2) Calot. Cong. de Moscou, 1897.

(1) P. Wiart. *Revue de chir.*, 1899.

(2) Ducroquet. *Le traitement du mal de Pott*, Th. de Paris, 1898.

(3) V. Ménard. Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott, étude anatomique et expérimentale, *Presse méd.*, 14 juin 1898.

de tout traitement. Il en est de même pour le mal de Pott cervical de gravité moyenne.

L'enquête poursuivie par M. Wiart montre que les résultats obtenus sont à peu près nuls. M. Chipault a trois bons résultats, mais il s'agit une fois d'une gibbosité lombaire, une autre fois d'une gibbosité dorso-lombaire. Vincent (de Lyon) tente 10 redressements : 3 fois, résultat nul; 2 fois, redressement très faible; 4 fois, assez marqué; 1 fois, excellent. Toutes les gibbosités se sont reproduites sous l'appareil. Civel (de Brest) a redressé 15 malades. « Les résultats définitifs que j'ai obtenus sont nuls », écrit-il. Malherbe (de Nantes) a eu, sur 5 essais, 1 mort, 2 résultats incertains, un redressement incomplet; il a fallu enlever le corset du cinquième malade qui étouffait. Jonnesco a une mort par chloroforme; il ne revoit que 3 malades sur 15; la gibbosité est reproduite. Lorenz observe une paraplégie grave consécutive au redressement; la gibbosité se reproduit. Chez 3 malades de M. Brun, chez 2 de M. Broca, la gibbosité se reproduit. M. Brun a une mort par chloroforme.

M. Pierre [de Berck (1)] a cherché ce que sont devenus les sept malades présentés par M. Calot à l'Académie de médecine en 1896 : un d'eux est mort, encore plâtré, quatre ans après le redressement; trois sont bien portants, mais plâtrés; le cinquième voit augmenter sa gibbosité dorsale supérieure; le sixième est devenu paraplégique; on n'a pas de nouvelles du septième.

Les communications faites au Congrès international de chirurgie, en 1900, ont été généralement peu favorables ou hostiles à la méthode. M. Piéchaud (de Bordeaux) a pu dire que la séance consacrée au redressement était la condamnation de la réduction violente des gibbosités pottiques.

A l'heure actuelle, ceux qui prétendent redresser les gibbosités se contentent de redresser le rachis au-dessus et au-dessous d'elle, de créer des courbures de compensation, selon la méthode préconisée par Sayre. La gibbosité elle-même est respectée. (*A suivre.*)

CONGRÈS DES MÉDECINS & NATURALISTES ALLEMANDS

[HAMBOURG, 1901 (2)]

Des questions d'ordre très divers ont été abordées dans ce congrès : les communications et les rapports ont été nombreux et variés. Nous ne pouvons donner ici qu'un aperçu résumé de ces travaux et signaler ceux qui nous ont paru devoir intéresser plus particulièrement le public français; à ce point de vue, une communication d'Ehrlich traitant de la question de l'immunité nous a paru mériter une mention particulière; la haute autorité du professeur de Francfort en la matière et l'intérêt général qui s'attache à un aussi important sujet nous y conviaient; le compte rendu du Congrès tel que nous le donnons se trouve ainsi comprendre une première partie d'ordre scientique avec la communication d'Ehrlich et une seconde partie clinique.

I

Le professeur Ehrlich, étudiant les **substances protectrices de l'organisme contenues dans le sang**, pense que, contrairement à l'opinion de H. Büchner, il n'existe pas de différence réelle entre les substances protectrices normalement contenues dans le sérum sanguin et celles qui apparaissent dans ce même sérum après une immunisation artificielle; on peut donc par l'étude de ces dernières substances, étude rendue plus facile par l'expérimentation, se faire une idée générale de leur origine.

Abordant tout d'abord la question de la production des antitoxines, l'auteur rejette l'opinion de Büchner qui faisait de l'antitoxine une toxine transformée dans l'organisme; cette opinion est démentie par les faits.

On est obligé d'admettre aujourd'hui que les antitoxines sont produites par les cellules de l'organisme elles-mêmes; il n'y a pas simple transformation de la toxine en antitoxine; ce rôle principal, sinon unique, dans la production de l'antitoxine, revient au protoplasma cellulaire.

L'auteur fait à nouveau l'exposé de la théorie déjà émise par lui il y a quatre ans, destinée à expliquer le mécanisme de cette production; il s'agit de la *théorie des chaînes latérales* (Seitenkettentheorie).

Dans cette théorie (1) à laquelle l'auteur a été de nouveau conduit par ses recherches sur la toxine et l'antitoxine diphtériques, on doit se représenter les molécules de la toxine comme constituées par deux éléments distincts, bien que chimiquement liés : l'un qu'Erlich qualifie de *toxophore*, capable de produire une action toxique particulière, et l'autre dit *haptophore*, qui présente une affinité particulière pour certaines parties constituantes du protoplasma cellulaire vivant, les *récepteurs*. Quand ces récepteurs sont saturés par le groupe haptophore des molécules constituant la toxine, il s'en forme de nouveaux dans l'intimité du protoplasma. D'après une loi formulée par Weigert, chaque fois qu'il s'agit d'un processus de rénovation de ce genre, il n'y a pas seulement remplacement des portions usées, mais surproduction; il en résulte bientôt un excès de récepteurs dans la cellule; cet excès est rejeté au dehors et circule bientôt librement dans le sang, où il agit en tant qu'antitoxine.

L'antitoxine et la toxine peuvent s'unir directement pour constituer un composé chimique inoffensif; la vulnérabilité de l'organisme à l'égard d'une toxine comme sa résistance à cette même toxine sont donc le fait d'une seule et même propriété du protoplasma, l'affinité particulière qu'il manifeste pour une des parties constituantes de la toxine le déterminant à produire en excès une substance qui, rejetée en dehors de lui, est capable de neutraliser complètement cette toxine.

L'union chimique, contractée par le groupe haptophore de la toxine avec une partie constituante du protoplasma cellulaire vivant (récepteur), servant de base à l'action toxique de la toxine et favorisant la formation de l'antitoxine, différencie complètement le mode d'action des toxines de celui des poisons chimiques connus, tels que les alcaloïdes, par exemple. Ce processus n'est comparable qu'aux phénomènes de digestion cellulaire, assimilation et désassimilation. La complexité chimique des toxines n'a de rapport qu'avec celle des substances nutritives et, de fait, on sait depuis les travaux de Bordet et d'autres auteurs que certaines substances nutritives telles que les albumines du lait et de l'œuf sont capables de déterminer la production

(1) Pierre. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 nov. 1900.

(2) Compte rendu obligeamment communiqué par M. le docteur Martin Cohn (de Kattowitz), traduit et analysé par le docteur Paul Viollet.

(1) Voir le rapport du professeur Ehrlich au Congrès de 1900 « Toxines et antitoxines », C. R. par M. Fernand Bezançon, *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 955 et suiv.

dans l'organisme de substances protectrices, d'anticorps particuliers.

Ehrlich cherche ensuite à expliquer le mécanisme bien plus compliqué de l'immunisation par les cellules et les microbes et après avoir étudié la production des antitoxines il aborde la question des sérums cytolytiques (bactéricides ou hémolytiques).

L'étude des substances bactéricides que l'auteur appelle *bactériolysines* est liée à celle des ferments hémolytiques ou *hémolysines*, substances qui prennent naissance, comme on le sait, dans le sérum sanguin d'animaux traités avec du sang provenant d'une espèce animale différente et qui donnent à ce sérum la propriété de détruire activement les globules rouges du sang étranger ainsi injecté.

Les substances bactéricides ou hémolytiques du sérum sanguin sont constituées pour Ehrlich par deux substances : l'une, *complément*, existe normalement dans le sérum sanguin ; l'autre, *immunkörper*, ou corps immunisant (1), n'apparaît qu'au cours d'une immunisation spécifique.

Le corps immunisant serait lié chimiquement aux cellules étrangères à l'organisme, globules sanguins ou bactéries, et fixerait d'autre part le complément, dont l'action destructive, fermentescible, pourrait ainsi s'exercer sur ces cellules ; c'est du moins ce que des recherches faites par Ehrlich, en collaboration avec M. Morgenroth, tendent à démontrer.

En somme le corps immunisant jouerait à l'égard des globules sanguins étrangers ou des microbes un rôle analogue à celui des récepteurs dont il a été parlé plus haut à propos de la formation de l'antitoxine ; le complément par sa constitution chimique et son rôle devrait être rapproché de la toxine.

Ainsi l'étude de l'immunité ne doit plus constituer qu'un chapitre de la physiologie générale de la nutrition ; les moyens que l'organisme met encore en œuvre dans la réalisation de l'immunité n'étant que l'application des capacités de discernement possédées de temps immémorial par le protoplasma. La production des corps immunisants, comme celle des antitoxines, n'étant qu'un mode de la nutrition cellulaire, il n'y a pas lieu de s'étonner que le sang, en tant que représentant de tous les tissus de l'organisme, contienne un grand nombre de récepteurs libres dont plusieurs sont déjà connus : antitoxines naturelles, antiferments, etc.

Ehrlich désigne encore ces récepteurs libres dans le sang sous le nom d'*haptines* et signale comme particulièrement intéressantes parmi elles, celles qui jouissent de propriétés agglutinantes pour les bactéries et les cellules (agglutinines) et les substances cytotoxiques ; il admet que les haptines combinent souvent leur action dans la lutte pour la défense de l'organisme. Le terme d'alexine sous lequel on les désigne suivant la terminologie de Buchner ne leur conviendrait pas et ne pourrait que fausser l'idée que l'on doit s'en faire. Enfin l'auteur en terminant déclare n'avoir jamais pu, dans ses recherches faites en collaboration avec M. Morgenroth, obtenir d'autotoxines, ce qui le conduit à penser que contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'organisme ne fabrique point de poisons nuisibles à son propre parenchyme, bien que, en pathologie notamment, il se produise souvent des résorptions cellulaires dans l'organisme. C'est cette idée qu'Ehrlich met en avant quand il parle d' « horror autotoxicus » de l'organisme (1).

(1) Le terme de complément employé par Ehrlich est synonyme d'alexine (H. Buchner) ou de cytase (Metchnikoff) et celui d'immunkörper est synonyme de substance sensibilisatrice (Bordet), de substance intermédiaire (Ehrlich et Morgenroth), de phylocytase (Metchnikoff). — (Voir le rapport de M. Metchnikoff sur « l'Immunité », au Congrès de 1900. (C. R. par M. Fernand Bezançon, *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 955 et suiv.)

(1) On sait cependant que M. Métalnikoff a réussi à obtenir une autospermotoxine. (*Ann. de l'Instit. Pasteur*, 1900, nº 9.)

II

Curschmann (de Leipzig) a traité la question de l'**hygiène à bord des navires** et des maladies qui y font le plus de ravages. Le scorbut ne se voit presque plus depuis les mesures prises pour le combattre ; en revanche, constatation inattendue, la tuberculose y fait de grands ravages : d'après les statistiques de l'hôpital maritime de Hambourg, 38 p. 100 des cas de mort survenant chez les marins seraient dus à la tuberculose.

Le même auteur parle du **diagnostic des exsudats inflammatoires de la fosse iliaque droite**. Pour savoir si un exsudat péricæcal est purulent ou ne l'est pas encore, l'auteur a pratiqué systématiquement la numération des leucocytes ; quand leur nombre dépasse 20000, on peut affirmer que l'exsudat est purulent. Ce procédé d'investigation serait plus sûr que la ponction exploratrice ou la courbe de température.

Le docteur Martin Cohn dit avoir déjà employé cette méthode dans le même but, en 1898, quand il était assistant du professeur König, à Berlin. Lenhartz et Ziemssen préconisent la ponction exploratrice.

Mikulicz communique les résultats de sa pratique dans le **cancer de l'estomac** ; il a, dans ses dix dernières années, opéré 320 cas dont il a pu suivre l'évolution ultérieure ; il conclut que les cas non opérés ont une survie moyenne de onze mois, ceux qui ont subi la laparotomie exploratrice ont vécu à peu près le même temps (douze mois), mortalité opératoire, 4,50 p. 100 ; la gastro-entérostomie donne une survie moyenne de treize mois et demi, ce qui, étant donné la grosse mortalité (26 p. 100) qu'entraîne cette opération, ne la rend pas recommandable. La résection faite dans 100 cas a donné une mortalité de 37 p. 100, descendue depuis à 25 p. 100 ; 17 p. 100 des opérés doivent être considérés comme guéris d'une façon durable, la survie moyenne est d'un an. Il en résulte que la résection doit être également préconisée comme méthode palliative.

Le professeur Quincke aborde ensuite la question des **interventions chirurgicales dans les suppurations pulmonaires**, abcès simples ou putrides, et gangrène ; il n'y a pas grande chance de succès dans le cas de processus tuberculeux, à cause de la difficulté d'enlever toutes les parties malades. La présence d'adhérences pleurales au point d'accès chirurgical a une grande valeur, sinon une infection de la plèvre, pouvant entraîner la mort, peut se produire aisément.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(20 novembre 1901)

M. Picqué fait un rapport sur un cas de **complication endo-cranienne consécutive à une otite moyenne suppurée** communiquée précédemment ; une courte discussion s'engage sur ce nouveau fait, d'où il faut conclure qu'en matière de complications osseuses, cérébrales ou autres, une otite peut mener à tout. On ne saurait donc trop attirer l'attention du

praticien sur l'importance, au point de vue du pronostic et des complications possibles, de l'otite moyenne.

Suit un second rapport de M. Picqué sur une observation de M. Léon Imbert (de Montpellier) relative à un cas de **fistule ombilico-vésicale congénitale** opérée et guérie par la ligature de l'ouraque.

M. Kallionzis (d'Athènes) a adressé à la Société une observation de **gastrotomie pour l'ablation d'une fourchette séjournant depuis soixante-dix-huit jours dans l'estomac.** Cette observation fait l'objet d'un rapport de M. Tuffier. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, avala une fourchette. Il ne présenta pas un seul symptôme et ce ne fut que soixante-dix-huit jours après que M. Kallionzis, reconnaissant très facilement la présence et la direction de la fourchette dans l'estomac, procéda à son ablation; il fit l'incision entre la neuvième et la dixième côte, trouva la pointe de la fourchette, put facilement l'extraire et fit une suture en bourse. Guérison parfaite. M. Tuffier rappelle, à cette occasion, que les fourchettes, pour ne parler que de ces corps étrangers de l'estomac, peuvent être rejetées par vomissement, peuvent séjourner dans l'estomac ou passer dans l'intestin. Dans les cas où le corps étranger reste dans l'estomac, on constate généralement une tolérance extraordinaire de cet organe pour les fourchettes ou les cuillers, et M. Tuffier a même trouvé un cas où une fourchette a séjourné six ans, dans l'estomac, sans le troubler en quoi que ce soit. Il va de soi qu'il n'est pas indiqué d'attendre ce temps avant de les enlever. Une fois qu'il est bien avéré que la fourchette a été avalée, il n'y a qu'une chose à faire, l'enlever le plus tôt possible.

M. Guinard ne croit pas, comme l'a dit M. Tuffier, qu'une fourchette puisse facilement passer de l'estomac dans l'intestin, elle peut passer de l'estomac dans le péritoine et pourrait à la rigueur rentrer, après, dans le rectum.

A ce propos, M. Guinard rappelle le cas de M. Le Dentu dans lequel la fourchette a passé de l'estomac dans le péritoine, sans qu'on ait trouvé trace de son passage sur la paroi stomacale.

M. Terrier déclare en toute franchise n'avoir jamais compris le cas de M. Le Dentu. M. Legueu, qui était interne de M. Le Dentu à cette époque, a assisté à l'opération : la veille au soir, il avait parfaitement senti lui-même la fourchette dans la région de l'estomac. Le lendemain matin, on ouvrit l'estomac et on ne trouva rien. On chercha ailleurs et on trouva la fourchette entre des anses d'intestin dans la cavité péritonéale. L'estomac soigneusement examiné ne portait aucune trace de perforation.

M. Terrier continue à ne pas comprendre. Nous partageons complètement sa manière de voir.

M. Rochard communiquera prochainement une observation dans laquelle non pas une, mais deux cuillers, ont été avalées. Mais cela devient de plus en plus fort, ce n'est pas deux mais six cuillers qu'a avalées une jeune fille, dont M. Tuffier connaît l'histoire. M. Tuffier ne nous dit pas si ce sont des cuillers à soupe ou des cuillers à dessert.

M. Richelot revient sur le **traitement des fistules vésico-vaginales.** Il est vrai, dit-il, que les fistules vésico-vaginales consécutives aux accouchements sont plus rares qu'autrefois. Mais il y a les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale dont on a peu parlé. Si, dans la grande majorité des cas, c'est au procédé de dédoublement qu'il faut recourir, il y a des cas dans lesquels ce procédé n'est pas facilement applicable. C'est à un cas de ce genre que M. Richelot a eu affaire récemment. Il s'agissait d'une femme de quarante ans qui avait subi l'hystérectomie abdominale totale. Il en était résulté une fistule vésico-vaginale très haut située, au fond d'un vagin très étroit, la malade étant vierge. Le chirurgien qui l'avait opérée, essaya de fermer la fistule par le procédé du dédoublement. Il échoua. M. Richelot eut recours alors au procédé de Braquehaye consistant à isoler une collerette de muqueuse vaginale qu'on rabat et qu'on fixe sur la fistule, puis à suturer ensuite la perte de substance résultant de la dissection de cette collerette muqueuse. C'est ce que fit M. Richelot sur cette malade après s'être donné du jour par une incision vulvo-vaginale.

A propos de la présentation par M. Guinard d'un **ver tricocéphale trouvé dans un appendice**, une petite discussion s'élève sur les rapports qui peuvent exister entre les vers intestinaux et l'appendicite, rapports qui, comme on sait, ont fait l'objet d'un travail retentissant de M. Metchnikoff. M. Guinard fait observer que si, chaque fois qu'on enlève un appendice, on cherchait bien, on trouverait beaucoup plus souvent des vers. Faut-il conclure de là, comme tendrait à le faire M. Mectchnikoff, que l'appendicite est une affection vermineuse? Certes non, répondent à l'unisson les chirurgiens. Le traitement médical ne suffit pas. Tel est l'avis de M. Rochard, de M. Kirmisson qui a souvent trouvé dans les appendices des œufs de tricocéphale ou des œufs d'ascarides; tel est surtout l'avis de M. Brun qui a opéré un enfant traité par M. Metchnikoff et qui a trouvé son appendice porteur de lésions macroscopiques évidentes, contre lesquelles le traitement médical serait certainement resté impuissant.

En résumé, il est évident que les vers intestinaux peuvent jouer un certain rôle dans la pathogénie de l'appendicite. Mais cela ne change rien aux indications formelles de l'opération, si souvent formulées à la Société de chirurgie.

M. Potherat présente un **polype naso-pharyngien** qu'il a enlevé chez un enfant de onze ans par le procédé et avec les instruments de M. Escat (de Toulouse).

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la syphilis par les injections d'hermophényl.

M. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a publié récemment, dans le *Marseille médical* (1901, n° 19), vingt-six observations de syphilis, qu'il a traitée par les injections d'hermophényl.

Ce sel de mercure est un oxyde de mercure dissous dans du phénol disulfonate de sodium. Ses propriétés chimiques et physiologiques, sa valeur antiseptique et ses applications à la chirurgie qui ont été bien mises en évidence par MM. Lumière, Chevrottier, Perrin, Bérard (de Lyon), etc., sont déjà connues de nos lecteurs. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 521.)

Etant donné la grande solubilité de l'hermophényl, l'absence d'induration et d'abcès après les injections intramusculaires, M. H. Reynès a eu l'idée d'essayer ce sel en injections dans le traitement de la syphilis.

Il a employé la solution suivante :

Hermophényl	0g05 centigrammes,
Eau distillée	10 grammes.

Cette solution est facile à obtenir; elle présente parfois au

moment de la préparation un léger trouble qui ne tarde pas à disparaître.

De cette solution, titrée à un demi-centigrammes pour un centimètre cube, M. Reynès injecte 4 centimètres cubes : ces 4 centimètres cubes contiennent donc 0g02 centigrammes d'hermophényl représentant *huit milligrammes* de mercure métallique.

La solution est si limpide, si facilement absorbable que M. Reynès en est arrivé à ne plus faire d'injections intramusculaires mais des injections sous-cutanées, ce qui simplifie singulièrement le traitement et permet de faire les injections au bras au lieu de la région fessière.

Chez les 26 malades dont M. Reynès relate l'observation, il est arrivé à un total de 100 piqûres sans avoir observé aucun abcès, aucune induration, aucune pigmentation de la peau. L'injection est très rapidement résorbée et ne laisse aucune trace, elle est absolument indolore.

Chez tous les malades de M. Reynès, dont les uns appartenaient à la période primaire, les autres à la période secondo-tertiaire, les résultats thérapeutiques ont été excellents.

L. G.

REVUE DES THÈSES

De la précocité intellectuelle. Étude sur le génie, par le docteur Émile Duché. (Th. de Paris, 1901.)

La thèse de M. Duché est une des études les plus consciencieuses qui aient paru sur ce sujet.

Les exemples qu'il nous cite sont nombreux et intéressants, car il étudie les petits prodiges dans tous les genres, passant de Blaise Pascal, Gassendi, Linné, Franklin, Vaucanson, Monge, Cuvier, Ampère, à Mozart et au moderne Pepito.

Nous voyons, en somme, que la précocité varie suivant les climats et les races, qu'elle est dominée par l'hérédité, mais aussi par l'éducation.

Suivant que les enfants seront sensitifs ou cérébraux, ils fourniront des artistes, des poètes ou des mathématiciens, car il est à remarquer que c'est parmi ceux-là que l'on trouve le plus d'enfants prodiges.

M. Duché termine sa très attrayante étude en affirmant qu'à un développement intellectuel anormal ne peut succéder une déchéance d'autant plus rapide et marquée que la précocité a été plus nette et plus hâtive.

Le meilleur éloge que l'on puisse faire de cette thèse nous est fourni par le professeur Lombroso (de Turin), qui a écrit à M. Duché la lettre suivante :

« Cher collègue,

Lorsque des jeunes gens entreprennent une monographie, je me défie toujours que l'inspiration l'emporte sur la sincérité de la science. Vous me démentez; votre ouvrage sur la Précocité du Génie est des plus complets et l'un des plus sérieux que j'ai pu lire dans ces derniers temps; il est aussi très sobre. Aussi j'espère pouvoir en profiter abondamment dans une étude sur le génie, qui va paraître et pour laquelle votre étude m'est un coup d'épaule.

Vous devriez maintenant expliquer les quelques cas de *tardité* du Génie, qu'on rencontre, mais qui sont très rares.

Votre approbateur :

CŒSARE LOMBROSO. »

Alcoolisme et enfants, par le docteur Paul Ladrague. (Th. de Paris, 1901.)

La question de l'alcoolisme est à l'ordre du jour, celle de la puériculture est toute d'actualité; il faut donc savoir gré à M. Ladrague de nous avoir montré, d'une façon saisissante, combien l'alcoolisme sévit d'une façon redoutable sur les enfants. A l'heure de la fécondation c'est l'alcoolisme aigu, chronique ou latent des géniteurs, pendant la grossesse et l'allaitement l'alcoolisme de la mère et de la nourrice qui entraînent forcément l'alcoolisme du nourrisson, et donnent ces enfants chétifs, maigres, mal développés, que l'on ne voit que trop souvent dans les grandes villes.

Le traitement de l'alcoolisme de l'enfant doit être surtout prophylactique. Ce sont les parents, c'est surtout la mère qu'il faut prévenir.

Alcool et traumatisme, par le docteur Georges Maussire. (Th. de Paris, 1901.)

Très intéressante thèse dans laquelle l'auteur montre combien l'alcoolique est un déprimé moralement et physiquement. Chez lui, les blessures se cicatrisent lentement par suite d'une diminution notable du nombre des globules blancs. La conséquence fréquente de cette diminution des leucocytes est une infirmité persistante chez le blessé, parfois même une issue fatale.

Partant de ce point de vue, l'auteur propose une mesure prophylactique qui serait accueillie sans aucun enthousiasme par nos grands électeurs, les marchands d'alcool, mais qui serait certainement des plus utiles.

Ce moyen consisterait à ne pas accorder le bénéfice de la loi de 1898 aux blessés alcooliques. Chez ces derniers, c'est l'ivresse le plus souvent qui est la cause de l'accident, c'est l'alcoolisme qui empêche la guérison.

L'ouvrier reconnu alcoolique, par une visite spéciale, ou bien serait assuré moyennant une prime plus forte, ou bien n'aurait pas le droit d'être assuré, et par le fait, ne pourrait toucher aucun secours en cas d'accident, ou bien encore s'assurerait à ses frais.

Voilà une idée qui mérite d'être étudiée.

Aubrac, climat et sanatorium; étude de climatothérapie, par le docteur C. Andrieu. (Th. de Paris, 1901.)

Le sanatorium d'Aubrac que nos lecteurs connaissent déjà (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1160) est un sanatorium de haute altitude (1400 mètres) dû à l'initiative privée d'un médecin français, le docteur Saunal, qui, avant de l'édifier, a pris pendant six ans des observations cliniques et météorologiques sur place, observations en partie consignées dans un rapport présenté par le regretté Ferrand à l'Académie de médecine le 14 avril 1896.

Les observations cliniques ont démontré l'excellence de la station pour les anémiques, les neurasthéniques, les candidats à la tuberculose, les tuberculoses initiales et les tuberculoses ouvertes, à marche chronique et à réaction torpide ou indifférente.

Le sanatorium d'Aubrac remplit, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, toutes les conditions d'hygiène et de confortable qui doivent le mettre au premier rang des établissements modèles dont le nombre est si rare en France. Ajoutons qu'il ne se trouve qu'à douze heures de Paris.

La tuberculose à Reims, par le docteur Albert Bocquet. (Th. de Paris 1901.)

La mortalité phtisique à Reims, après avoir subi des oscillations variées, reste aussi élevée aujourd'hui qu'il y a vingt ans, alors que la mortalité générale a sensiblement décru pendant la même période.

Parmi les particularités relevées par M. Bocquet à cet égard, il en est une qui est fort intéressante, c'est la mortalité élevée des ouvriers des fameuses caves de Reims. La mortalité par phtisie atteint 32 p. 100. Le rôle de l'alcoolisme dans ce cas ne peut paraître douteux.

La tuberculose primitive des muscles, par le docteur Plantard. (Th. de Paris, 1901.)

La tuberculose primitive des muscles est une affection rare. Chez les animaux, dans la race bovine elle est à peu

près inconnue; bien plus, dit M. Plantard, il semble que la chair musculaire provenant de ces animaux ait une action antitoxique vis-à-vis du bacille de Koch (Richet).

La tuberculose primitive des muscles naît et se développe dans le tissu conjonctif du muscle; c'est une tuberculose interstitielle; elle respecte la fibre striée.

L'évolution est la même que partout ailleurs, caséification au centre, tissu fibreux à la périphérie. Il existe une forme fibreuse d'emblée.

Le diagnostic ne pourra être assuré que par l'inoculation au cobaye.

Le traitement chirurgical doit être précoce et large.

La désinfection du linge, par le docteur René Dardeau. (Th. de Paris, 1901.)

Dans la famille, de même qu'à l'hôpital, la perfection que l'on doit chercher à atteindre est de désinfecter le linge dans la pièce même où se trouve le malade. Une exception est faite à cette règle lorsqu'on possède des récipients hermétiquement clos, rendant impossible toute dissémination des poussières jusqu'à désinfection plus complète.

Toute accumulation de linges souillés doit être supprimée.

Les meilleurs désinfectants du linge sont, d'après M. Dardeau : les savons et le carbonate de soude, dans la proportion de 5 p. 100 à la température de 50 degrés pendant au moins une heure; l'acide phénique, le lysol, le crésyl, la crésyline, dans la proportion de 2 p. 100, agissant à froid pendant vingt-quatre heures.

Cette première désinfection devra être complétée par une désinfection plus complète, soit par l'étuve, soit par le lessivage.

Dans le lessivage, l'accumulation considérable du linge dans une même cuvée devra être évitée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Brugère, du port de Brest, est désigné pour aller servir au 1er dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Ollivier.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies et la mention honorable sont décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie de variole ayant sévi à Marseille d'octobre 1899 à mai 1900 :

Médaille d'argent. — M. le docteur Bidon, médecin des hôpitaux.

Médailles de bronze. — MM. Biss et Ponthieu, internes en médecine; — MM. Lieutier et Saurin, externes en médecine; — Mme Abry, en religion sœur Saint-Antoine.

Mention honorable. — Mme Peygère, en religion sœur Sainte-Edwige.

Le VIe Congrès français de médecine doit se réunir à Toulouse, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

1° *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand).

2° *Les convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liège).

Les adhésions et demandes de renseignements peuvent être adressées à l'un des membres du bureau du Congrès, à Toulouse : MM. les docteurs Mossé, 36, rue du Taur; Caubet, 44, rue d'Alsace-Lorraine; Saint-Ange, 13, rue des Chapeliers; Parant, 17, allées de Garonne.

La cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires (docteurs en médecine) et de 10 francs pour les membres associés (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine, s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation ou bien, s'ils le préfèrent, M. le docteur Parant, trésorier, leur en fera présenter ultérieurement par la poste la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 46e semaine,** 952 décès, au lieu de 956 pendant la semaine précédente et au lieu de 842, chiffre de la moyenne pendant les semaines de novembre.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 7 pendant la 45e semaine (la moyenne est 10). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est passé de 41 à 56.

La variole a causé 3 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 4 pendant les deux semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux a légèrement augmenté (32 au lieu de 22).

La rougeole a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2); la scarlatine 4 (la moyenne est 1); la coqueluche 3 (chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente); la diphtérie enfin a causé 11 décès, au lieu de 17, 14 et 19 pendant les semaines précédentes. En outre, 7 malades atteints de cette affection et provenant de la banlieue sont décédés dans les hôpitaux de Paris. Le nombre des cas signalés par les médecins continue à diminuer, 77, au lieu de 91, 92 et 107.

La diarrhée infantile a causé 15 décès de 0 à 1 an, au lieu de 32 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 32, En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 189 décès, au lieu de 192 pendant la semaine précédente et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 11); bronchite chronique, 17 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 63 (au lieu de la moyenne 29); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 94 (au lieu de la moyenne 59), dont 39 sont dus à la congestion pulmonaire et 41 à la bronchopneumonie. En outre 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 222 décès ; la méningite tuberculeuse, 19 décès; la méningite simple, 6; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès; les maladies organiques du cœur, 63, chiffre identique à la moyenne; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 28; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

La triple asecnsion scientifique de l'Aéro-Club. — Hier sont partis des Tuileries trois ballons, l'*Eros*, le *Centaure* et le *Titan*, montés par les docteurs Tissot, Hallion, Raymond, Portier, Jolly et Bonnier, accompagnés de MM. de Castillon, de la Vaux et Maurice Farman. Nos confrères doivent se livrer à des études physiologiques sur eux-mêmes et sur un certain nombre d'animaux qu'ils ont emportés avec eux.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — *Hôpital Saint-Louis.* — M. Hallopeau, agrégé, reprendra ses leçons le dimanche, 24 novembre, à neuf heures et quart, dans la salle des conférences, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 26 novembre.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — Deuxième leçon : Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation. — Troisième leçon : Diagnostic des microbes pyogènes (aéro-

bies). Diagnostic bactériologique de la peste. — Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). — Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. Tuberculose et pseudo-tuberculose. — Sixième leçon : Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie). — Septième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébro-spinales, etc.). Cytodiagnostic. — Huitième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques. — Neuvième leçon : Diagnostic de la diphtérie. — Dixième leçon : Analyse bactériologique de l'eau. — Onzième leçon : Séro-diagnostic. — Douzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales. — Treizième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — Quatorzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire. — Quinzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Erratum. — Dans le compte rendu de la Société de neurologie, p. 1 283, deuxième colonne, ligne 15, au lieu de « phénomènes expliqués par la *manie psycho-physiologique* » lire « phénomènes expliqués par la *même psycho-physiologie* ».

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 136. — MARDI 26 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1901. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE. Diagnostic des grossesses gémellaires, par M. MAYGRIER, accoucheur de la Charité. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la stase gastrique avec hypersécrétion par le tube évacuateur sans lavage, suivi d'injection de poudre de viande; — Les cures de fruit et de petit lait; — Du touraillon d'orge en thérapeutique. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Actes du 2 au 7 décembre 1901. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 25 novembre 1901.

Il est hors de doute que, depuis que la barrière tracée par les circonscriptions est devenue rigoureusement infranchissable, les services hospitaliers sont bouleversés, surtout en chirurgie.

Dans maints hôpitaux, il n'y a plus de malades. Là où, l'année dernière encore, il fallait que le chef de service luttât contre l'habituel encombrement des brancards, les salles sont à moitié vides.

Ce résultat est sans doute réjouissant pour l'administration de l'Assistance publique, car il constitue une source indiscutable d'économie; et, au train où vont les choses, il y aura de l'excédent à l'inventaire de fin d'année — si l'on nous permet cette commerciale expression, alors qu'il s'agit d'un budget de charité et de bonnes œuvres.

Nous ne voulons pas rééditer la description fantaisiste de l'hôpital administrativement idéal, où il n'y aurait plus ni malades ni médecins, mais rien que des fonctionnaires. La plaisanterie a été faite si souvent qu'elle deviendrait banale; qu'on nous laisse toutefois nous étonner que les grosses économies reconnues nécessaires soient faites aux dépens des malades.

Pas un des rouages si compliqués et si coûteux de l'Administration centrale n'a été modifié; c'est toujours le même luxe d'employés; pas une paperasserie n'a été supprimée, et l'on ne voit poindre aucune amélioration dans la gestion si onéreuse des deniers des pauvres.

A la lecture du budget de l'Assistance publique, on reste stupéfait de la proportion énorme des frais de gestion comparés aux dépenses réellement faites par les malades, pour leur nourriture et pour leurs soins. Aucune maison de commerce, aucune industrie ne résisterait à une gestion si lourdement grevée de frais généraux.

Dans notre simplicité, il nous semblait que le but d'une administration, dite d'assistance publique, devrait être d'assurer le plus d'assistance possible avec le moins de frais possible. La formule semble tout autre, avenue Victoria, où l'on paraît vouloir soigner le minimum de malades avec le maximum de dépenses accessoires.

Un de nos confrères de la presse médicale se réjouit cependant d'un tel état de choses. « Vous vous plaignez, dit-il aux chirurgiens, que vos salles soient désertes. Tant mieux, cela prouve que les nouvelles mesures prises ont enfin réussi à éliminer les faux indigents, ceux qui se glissent sans aucun droit à l'hôpital et l'encombrent au détriment des vrais pauvres. »

S'il en était ainsi, nul plus que nous ne s'en réjouirait; mais c'est tout le contraire qui se passe journellement. Voici un exemple que nous narrait hier un chirurgien de nos amis : « Je voyais il y a quelque temps dans mon service, disait-il, un malade ayant besoin d'une opération. Ce malade n'avait pas les allures d'un besogneux. Comme il n'habitait pas la circonscription, je laissai à l'Administration le soin de savoir si elle devait accorder l'hospitalisation. Le lendemain, je trouve mon malade navré de n'avoir pas été reçu. On lui avait objecté, avec raison, qu'il avait des appointements trop élevés (600 francs par mois) et que l'hôpital n'était pas fait pour lui. C'était justice; et je refusai de donner au malade une lettre de demande personnelle qu'il sollicitait. Aussi, je fus très étonné de le trouver le surlendemain couché dans un lit d'une de mes salles. « Vous êtes étonné, docteur, me dit-il; ne savez-vous pas qu'à l'Assistance publique tout s'obtient par des recommandations? »

Cet exemple n'est malheureusement pas isolé. Les barrières dont on entoure nos hôpitaux ne rebutent que les vrais pauvres, les malheureux accoutumés à toutes les rebuffades, à toutes les humiliations, les pauvres hères subissant passivement et sans murmure les injustices du sort. Habitués aux insolences des gens en place, ceux-là s'en vont sans insister, humbles et honteux, traînant leur misère et leurs maux; ils partent, résignés, mourir chez eux.

Le faux pauvre, au contraire, n'est pas si facilement intimidé; plus « roublard », il se rit des barrières administratives. Peu lui importent les circonscriptions; il est bien mis, il sait le langage qu'il faut parler pour obtenir le « Sésame, ouvre-toi ». Au besoin, une belle pièce bien sonnante mise dans la main d'un honnête concierge du quartier lui vaut un certificat incontesté de domicile et d'indigence.

Fermer l'hôpital aux faux indigents, mais l'ouvrir large et sans discussion aux véritables malheureux, tel devrait être le but rêvé de l'Assistance publique. La circonscription hospitalière, telle qu'elle est, arbitrairement tracée,

avec ses limites intangibles, sans élasticité, est une des plus grosses iniquités commises en matière d'assistance.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DIAGNOSTIC DES GROSSESSES GÉMELLAIRES (1)

Par M. MAYGRIER, accoucheur de la Charité.

Le diagnostic de la grossesse gémellaire comporte les questions suivantes : 1° Y a-t-il grossesse? Ici il faut envisager toutes les affections avec lesquelles on peut confondre non seulement la grossesse simple, mais la grossesse double. 2° A quelle variété de grossesse gémellaire a-t-on affaire? Ceci touche à des problèmes très intéressants, mais non encore complètement élucidés au point de vue clinique, et dont je vous dirai un mot à la fin de cette leçon.

Examinons donc d'abord ce premier point : une femme, par les moyens habituels, étant reconnue enceinte, s'agit-il d'une grossesse simple ou gémellaire?

Pour répondre à cette question, il y a lieu de considérer d'abord l'âge de la grossesse. Vous savez combien il est difficile d'affirmer qu'une femme est enceinte avant l'apparition des signes de certitude; *a fortiori* serez-vous embarrassé pour dire qu'il y a grossesse double dans les mêmes conditions. Par contre, il est des cas où vous pourrez affirmer qu'il y a des jumeaux, en raison de l'apparition d'une hydramnios précoce à marche rapide, dès le début de la grossesse, fait sur lequel j'ai attiré l'attention en 1892, dans un travail sur l'*Avortement gémellaire*, en collaboration avec M. le docteur Demelin; c'est là un symptôme absolument caractéristique. Quand vous constaterez cette hydramnios particulière, vous pourrez affirmer qu'il y a non seulement grossesse gémellaire, mais avortement double en perspective. C'est réellement le seul cas où vous pouvez porter le diagnostic de grossesse gémellaire, avec une quasi-certitude dans les premiers mois; mais il s'agit d'une grossesse pathologique. Je n'insiste donc pas sur ce point et je passe à la question du diagnostic de la gémellité après l'apparition des signes de certitude de la grossesse.

Ici, la question est plus facile à résoudre, et vous pourrez arriver à établir le diagnostic à l'aide d'une exploration méthodique renouvelée au besoin à diverses reprises.

Il y a d'abord un symptôme banal, classique, qui attire tout de suite votre attention à la seule inspection : c'est le volume considérable de l'abdomen, qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Si avec cela vous apprenez qu'il y a eu dans la famille des grossesses gémellaires, la probabilité de la grossesse double s'accentue. L'influence de l'hérédité est en effet parfaitement établie; elle peut être d'origine paternelle ou maternelle; il y a des faits nombreux qui prouvent l'une et l'autre; il y a en outre à tenir compte des antécédents personnels de la femme elle-même au point de vue de la gémellité : telle femme, ayant eu antérieurement des jumeaux, a certainement des chances d'avoir une nouvelle grossesse double. Vous interrogerez donc la femme dans ce sens, et muni de ces renseignements, vous lui demanderez, s'il s'agit d'une multipare, quelles sont les particularités qu'elle a remarquées pendant le cours de sa grossesse actuelle, en comparaison avec la précédente, à supposer que celle-ci ait été simple. Elle vous répondra qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait beaucoup plus que lors de la gestation antérieure, qu'elle sent remuer « un peu partout »; vous inspecterez l'abdomen et vous y remarquerez assez souvent la présence d'un sillon caractéristique, à direction verticale, oblique ou transversale, sur lequel avait insisté Levret, indiquant une séparation de la cavité utérine en deux loges secondaires. En même temps vous pourrez constater de l'œdème sus-pubien, signe accessoire d'une certaine valeur, mais qui n'a point une importance exclusive. Vous observerez souvent également un développement exagéré de varices aux membres inférieurs. Ce sont là autant de symptômes de présomption.

Vous pratiquerez alors très méthodiquement le palper, qui peut vous fournir la preuve certaine de la grossesse double.

Que faut-il pour pouvoir affirmer celle-ci? Trouver trois extrémités fœtales. Cependant on peut quelquefois faire le diagnostic avec deux extrémités semblables, nettement constatées, deux têtes, par exemple, quand on les délimite facilement et qu'on peut en préciser la nature par les signes que vous connaissez, surtout par le ballottement. Occupons-nous des cas où la grossesse gémellaire se présente avec un caractère de certitude absolue, c'est-à-dire quand on trouve trois extrémités. On peut les rencontrer en des points fort variables, suivant la situation qu'occupent les jumeaux l'un par rapport à l'autre, et pour bien comprendre les divers cas auxquels il faut s'attendre, il est nécessaire de vous rappeler les diverses dispositions des œufs, classifiées par Budin, et dont la connaissance est des plus utiles au point de vue pratique, malgré son caractère évidemment schématique et les variétés intermédiaires présentées par la clinique.

D'après Budin, les deux fœtus peuvent être disposés de trois façons principales différentes :

1° Soit *juxtaposés*, c'est-à-dire qu'ils sont placés l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane; tantôt ils sont tous deux la tête en bas, et c'est le cas le plus fréquent; tantôt ils se présentent l'un par le sommet, l'autre par le siège; plus rarement il y a deux présentations du siège.

C'est dans ces circonstances que l'on peut rencontrer quatre extrémités.

2° Soit *superposés*, le fœtus supérieur étant placé horizontalement dans le fond de l'utérus, tandis que l'inférieur est vertical (fœtus en T) ou inversement; cette disposition présente ceci de particulier dans l'accouchement que, lorsque le premier fœtus a été expulsé, le second pour sortir à son tour doit perforer la cloison qui séparait les deux œufs et traverser l'œuf de son jumeau. Ceci est parfaitement démontré par l'examen de l'arrière-faix, ainsi que vous pouvez le constater *de visu* sur les deux moulages que je vous présente. Vous pouvez voir sur l'un d'eux que le placenta de l'œuf inférieur était prævia et que le fœtus supérieur a dû traverser la cloison interovulaire et le placenta de son congénère. Quand les jumeaux présentent cette disposition, le diagnostic par le palper est facile; le fœtus inférieur se diagnostique par sa présentation (tête ou siège) et à la partie supérieure élargie on perçoit nettement le second fœtus en le faisant ballotter de droite à gauche entre les deux mains appliquées respectivement sur le siège et le sommet dudit fœtus. C'est l'inverse lorsque le T est renversé.

3° Enfin, ce qui est le cas de tous le plus rare, les deux fœtus peuvent être *antéposés*, c'est-à-dire situés l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'utérus. Le diagnostic pourra alors être très facile ou très difficile. Il sera

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laporte.

très facile si la disposition des jumeaux est la suivante : le jumeau postérieur a le sommet engagé, facile à délimiter par conséquent ; vous trouverez au-devant de la présentation une seconde extrémité, également bien distincte, et au fond de la matrice une ou deux autres extrémités. Mais si, au contraire, c'est le fœtus antérieur qui a la tête engagée, le fœtus situé en arrière est parfois très difficile à circonscrire. Dans les deux cas, le ventre proémine fortement en avant.

Quels que soient les résultats que vous aura fournis le palper, l'auscultation devra toujours compléter l'examen manuel. Elle vous permettra de constater l'existence de deux foyers de battements du cœur, situés l'un à droite, l'autre à gauche, par exemple. Mais vous savez qu'on peut, en auscultant à divers moments dans une grossesse simple, trouver le maximum des bruits cardiaques en des points différents; en outre le rythme de ces bruits est variable. Par conséquent, pour que ce signe ait une réelle valeur au point de vue du diagnostic de la grossesse gémellaire, il ne suffit pas de trouver deux foyers cardiaques *distants* l'un de l'autre, ayant un rythme plus ou moins inégal, mais il faut que cette constatation soit faite simultanément par deux observateurs auscultant en même temps. Cette auscultation à deux est ici indispensable. En la renouvelant plusieurs fois de suite on arrive à déterminer une différence assez nette dans le nombre des battements au niveau de chaque foyer pour pouvoir conclure avec certitude à l'existence de jumeaux.

Vous pouvez donc faire le diagnostic de la gémelliparité pendant la grossesse, soit par le palper, soit par l'auscultation, soit par ces deux moyens réunis.

Le toucher simple ne sera guère utile, mais le toucher combiné au palper vous donnera des renseignements très précis sur l'existence de deux fœtus, car si le toucher vous fait sentir un sommet engagé, par exemple, l'autre main peut mouvoir le second fœtus, tandis que le premier reste immobile. Quand les fœtus sont superposés et quand il y a hydramnios de l'œuf supérieur, le toucher et le palper combinés permettront encore d'établir le diagnostic, car la fluctuation ne pourra être transmise d'une main à l'autre et restera circonscrite au fond de l'utérus (Budin, Trachet).

Parmi les cas où une grossesse simple peut être prise pour une grossesse double, je vous signalerai tout particulièrement celui dans lequel un fœtus volumineux mais unique se présente par le sommet en O.I.G.P. On trouve souvent deux foyers distincts de bruits du cœur, l'un situé en arrière et à gauche, qui correspond au plan latéral droit du fœtus, l'autre situé en arrière et à droite, qui est transmis à l'oreille par la colonne vertébrale de la mère. Si vous êtes seul et que vous trouviez un nombre différent de pulsations en chacun de ces foyers, vous pourriez croire à l'existence de deux fœtus. Il est utile d'être prévenu de cette cause d'erreur. Mais vous ne la commettrez pas si vous voulez bien vous souvenir que les deux seuls signes certains de gémelliparité consistent, je vous le répète, dans la constatation de trois extrémités fœtales par le palper et de deux foyers de bruits cardiaques par deux observateurs auscultant simultanément.

Le diagnostic restera souvent douteux dans les cas de grossesse simple compliquée d'hydramnios, de certaines tumeurs juxta-utérines simulant un deuxième fœtus, de kystes de l'ovaire, fibromes, cornes utérines d'un volume exagéré. Il faudra toujours en revenir aux deux signes précédemment indiqués pour poser un diagnostic ferme.

Telles sont les considérations que je voulais vous exposer relativement au diagnostic de la grossesse gémellaire pendant la grossesse. Peut-on faire ce diagnostic pendant le travail? Beaucoup plus difficilement, parce que les contractions utérines gênent le palper et l'auscultation. On en est réduit alors parfois au diagnostic dit « de Capuron », c'est-à-dire à ne reconnaître la présence d'un second jumeau qu'après la naissance du premier. Cependant on doit s'efforcer de le faire, en auscultant, et en palpant dans l'intervalle des contractions. Il y a un cas particulier où il devient très facile, c'est lorsqu'on trouve par le toucher deux poches des eaux séparées par un sillon. Ce fait a été signalé par Dugès, Depaul, Auvard, et je l'ai vérifié dans plusieurs cas.

J'arrive à une autre variété de diagnostic, le *diagnostic rétrospectif*, qui se fait par l'examen de l'arrière-faix. Cet examen permet d'abord de vérifier la situation qu'occupaient les fœtus dans la cavité utérine, juxtaposés, superposés... Mais il nous met en outre en mesure de reconnaître à quelle forme de grossesse double on a eu affaire, c'est-à-dire quel a été le mode de production de celle-ci, question qui a été très étudiée depuis un certain nombre d'années, principalement par Schatz, Kustner et Bar. On divise aujourd'hui les grossesses gémellaires en deux classes : les *bivitellines* et les *univitellines*. Dans les cas les plus fréquents, il y a fécondation de deux ovules, ceux-ci provenant soit des deux ovaires, soit d'un seul, parfois même issus d'un même ovisac : ce mode de fécondation donne lieu aux grossesses gémellaires bivitellines. Dans les autres cas, la grossesse résulte de la fécondation d'un seul ovule contenant deux vésicules germinatives, ou bien de la pénétration de deux spermatozoïdes dans le même ovule, ou bien encore, fait plus rare qui a été signalé dans ces derniers temps, de la fécondation de l'ovule par un spermatozoïde à double noyau. Dans ces différentes circonstances, la grossesse est dite univitelline. Or la conformation différente des œufs permet parfaitement de reconnaître, par l'examen de l'arrière-faix, à quelle espèce de grossesse gémellaire on a eu affaire. En effet, dans les grossesses bivitellines, on trouve des œufs indépendants l'un de l'autre, possédant chacun un chorion et un amnios qui leur est propre; les placentas peuvent être séparés par un pont de membrane ou s'accoler par leurs bords, mais les deux circulations ne communiquent pas ensemble.

On constate une disposition toute différente dans la grossesse univitelline : les deux œufs sont renfermés dans un chorion commun et séparés par une cloison purement amniotique; les deux placentas forment une seule masse et sont unis par des anastomoses superficielles et profondes, signalées par Schatz. La cloison peut même dans certains cas se résorber, et c'est alors que se produisent des monstres par soudure des deux embryons; en un mot, la grossesse univitelline est une grossesse pathologique.

Les différentes dispositions que je viens de vous exposer sont très nettes sur les arrière-faix que je fais passer sous vos yeux.

En outre, il arrive très souvent, dans la grossesse univitelline, qu'un fœtus est beaucoup plus développé que l'autre, on lui a donné le nom de « transfuseur », par opposition au plus petit qui est le « transfusé ». Ces deux fœtus sont toujours de même sexe. Le fait le plus essentiel au point de vue pratique est la communication des deux circulations placentaires, car il importe au moment de la délivrance de ne pratiquer la section du cordon du premier né qu'entre deux ligatures pour éviter une hémorragie avec un second

jumeau. Notons qu'on peut trouver aussi des fœtus de poids différent dans les grossesses bivitellines, quoique leur circulation soit indépendante, mais ici il y a lieu d'invoquer la superfétation qui est dans certains cas très nettement établie.

En résumé, ce que vous devez retenir de cette leçon, c'est que le diagnostic de la grossesse gémellaire peut s'établir pendant la grossesse, plus rarement et difficilement pendant le travail de l'accouchement, et qu'il doit être basé uniquement, pour pouvoir être affirmatif, sur les signes fournis par le palper et l'auscultation que je vous ai indiqués.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 novembre 1901.

M. Merklen cite le cas d'une jeune fille de dix-sept ans qui garde, depuis six ans, la position couchée à plat, la tête un peu renversée en arrière, pour un **mal de Pott cervical.** Or, chez cette malade, on constate un souffle très rude, intense au foyer de l'artère pulmonaire, et un autre souffle, véritable piaulement, d'une intensité extraordinaire, perçu dans l'aisselle et dans tout le dos.

Il ne s'agit cependant pas de lésions valvulaires, que rien n'indique en dehors des souffles; mais la colonne lombaire, fortement incurvée en avant, forme une véritable tuméfaction osseuse remplissant l'épigastre. Ainsi mis à l'étroit dans un thorax d'ailleurs aplati et peu développé, le cœur doit comprimer rythmiquement les poumons, également gênés, d'où des souffles cardio-pulmonaires qui prennent parfois le caractère musical. Ce fait vient à l'appui de l'observation rapportée par M. Lamy dans la dernière séance et de l'hypothèse pathogénique qu'il a proposée.

M. Hirtz présente une jeune fille de seize ans atteinte de **diplégie faciale périphérique.** On ne trouve chez elle aucun antécédent héréditaire ou personnel spécial, mais elle présente quelques stigmates de névropathie; elle a été opérée pour une hernie inguinale après anesthésie à la cocaïne lombaire. Après son opération, elle eut une sorte de crise nerveuse et de la céphalée persistante. Deux jours après, elle présentait de la tuméfaction douloureuse des parotides et de la face ainsi qu'un léger trismus. Quelques jours après, on trouva une paralysie faciale double, mais plus prononcée du côté droit, présentant tous les caractères d'une diplégie périphérique. L'examen électrique montra la réaction de dégénérescence du côté droit et une diminution très notable de la contractilité faradique du côté gauche. Par le massage et l'électricité l'état s'améliora assez rapidement et, actuellement, la guérison à peu près complète du côté gauche et l'amélioration notable du côté droit permettent d'établir un pronostic favorable. La cause de cette diplégie faciale périphérique est assez difficile à préciser; néanmoins, après avoir éliminé les causes locales de compression et la syphilis, il semble qu'on ne puisse attacher une grande importance à la cocaïnisation lombaire et qu'on doive rattacher cette diplégie faciale périphérique à une attaque fruste d'oreillons manifestée seulement par une légère congestion parotidienne.

M. Danlos présente un malade qui, au milieu de manifestations syphilitiques multiples, présente deux phénomènes extrêmement rares : 1° des **gommes du sterno-mastoïdien;** 2° des **maculatures atrophiques,** lésion aussi exceptionnelle que caractéristique, car elle est indélébile.

M. Toulouse lit une note sur l'**administration du bromure après chaque accident épileptique.** Il convient, d'après lui, de donner 1 gramme de bromure après chaque accès convulsif et 0g50 centigrammes après chaque vertige, ce qui permet de fixer la dose journalière de bromure à un taux modéré et de lutter contre l'épilepsie au moment où celle-ci se manifeste.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la stase gastrique avec hypersécrétion par le tube évacuateur, sans lavage, suivi d'injection de poudre de viande.

MM. Mathieu et Laboulais préconisent le traitement suivant dans les cas de syndrome de Reichmann (1). On introduit dans l'estomac, chaque matin, une sonde avec laquelle on évacue aussi complètement que possible le contenu de cet organe. Dans les rares cas où la bouillie stomacale est très épaisse, il y a lieu de faire un petit lavage (un litre au plus en trois ou quatre fois). Y a-t-il fermentations exagérées, on utilise pour ces lavages une solution de salicylate de soude à 3 p. 1000. Au bout de trois à quatre jours, on se contentera d'évacuer le liquide de stase par expression, par aspiration au besoin, mais sans faire de lavage. Dès le début du traitement, on fera suivre immédiatement l'évacuation du liquide de stase d'un gavage à la poudre de viande pure non additionnée de malt ou de substances analogues. On commence par 60 grammes de poudre de viande soigneusement délayé dans 300 centimètres cubes de lait. On augmentera chaque jour, progressivement, la quantité de poudre de viande et de lait, pour arriver à 100 grammes de poudre et 600 centimètres cubes de lait. Il va sans dire que, pendant la durée de tout ce traitement, les malades devront être soumis à un régime sévère. En cas de douleurs intenses avec stase abondante, on prescrira le régime lacté absolu. Dans les cas où les phénomènes douloureux sont moins marqués, on pourra y adjoindre des potages au lait et des œufs.

On prescrira en même temps, s'il y a lieu, les alcalins à haute dose (bicarbonate de soude : 20 grammes, et magnésie : 5 grammes), par demi ou par cuillerée à café au début des douleurs. Suivant les résultats obtenus, on pourra modifier le régime tout en continuant le traitement qu'il sera nécessaire de prolonger quelquefois pendant plusieurs mois avant de permettre au malade de revenir à un régime plus ou moins voisin du régime ordinaire. On se guidera, pour la durée du traitement, non plus sur l'absence de phénomènes douloureux, puisque ceux-ci disparaissent en général dès le début, mais sur les modifications du liquide de stase comme qualité et quantité, et sur l'état général du malade. Dans la grande majorité des cas, après la disparition des douleurs, qui s'observe toujours d'une façon précoce, on constate que le liquide de stase, abondant au début, diminue et souvent disparaît en même temps que l'état général s'améliore et que le poids du malade augmente dans des proportions quelquefois surprenantes.

Quels sont les résultats de cette méthode thérapeutique? Dans 38 cas sur 47 soignés par MM, Mathieu et Laboulais, on a constaté :

a. La diminution et presque toujours la disparition rapide des phénomènes douloureux;

b. La diminution rapide de la stase dans tous les cas; sa disparition complète dans environ la moitié des cas.

c. Presque toujours l'augmentation, quelquefois très considérable, du poids du corps;

d. La disparition des contractions péristaltiques visibles

(1) Soc. de thérapeut., 23 oct. 1901.

de l'estomac dans les trois cas où elles avaient été constatées.

Neuf cas de sténose du pylore, d'origine néoplasique, ont été traités par le même procédé; mais là les résultats thérapeutiques ont été moins brillants. En somme, c'est surtout dans les cas de stase gastrique avec hypersécrétion que l'évacuation du contenu de la cavité stomacale, suivi de l'injection de poudre de viande donne le plus de succès. L. B.

Les cures de fruit et de petit lait.

L'acide urique joue un si grand rôle en pathologie humaine qu'il est indispensable de bien connaître les agents qui peuvent s'opposer à sa formation et faciliter son élimination. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'analyser une récente conférence clinique de M. Huchard sur les cures de fruit et de petit lait (1).

Certains fruits contiennent des substances capables de favoriser l'élimination de l'acide urique par les urines, en transformant cet acide en acide hippurique soluble. D'après Weiss, une urine, après ingestion de 750 grammes de *cerises*, ne renfermerait presque plus d'acide urique, mais le double d'acide hippurique. L'agent principal de cette transformation serait l'acide quinique. Les *groseilles*, au contraire, sont mauvaises pour les uricémiques parce qu'elles renferment beaucoup de tartrates qui empêchent cette action favorable. Les *fraises* jouissent à peu près des mêmes propriétés que les cerises: elles seraient donc très précieuses pour les uricémiques si elles étaient bien supportées par tous les malades.

La cure de *raisin* est beaucoup plus répandue : le raisin possède en effet une triple action : il purge par la crème de tartre, il est diurétique par son tannin, la glucose et l'azotate de potasse, il est nutritif aussi, dans une certaine mesure. Pour employer utilement le raisin, il faut commencer par 500 grammes pris le matin, puis arriver progressivement à 2 kilogrammes pour la journée.

La cure de *petit lait*, vantée jadis par Tissot, est à rapprocher de la cure de raisin et se fait dans les mêmes conditions, mais beaucoup de malades ne la supportent pas. Il faut en tout cas que le lait soit très pur et récemment préparé. Ce petit lait, qui jouit de propriétés diurétiques marquées, peut être donné à doses de 4 ou 5 verres dans le courant de la journée. Cette médication, qui favorise et stimule la nutrition, peut rendre quelques services lorsqu'on a épuisé tous les autres moyens thérapeutiques pour activer la diurèse. L. B.

Du touraillon d'orge en thérapeutique.

Le touraillon d'orge jouit de propriétés bactéricides, mises en évidence par M. G. Roux (de Lyon) et que M. Fabre (de Toulouse) a attribuées à la présence, dans la décoction de touraillons, d'oxydases et de substances analogues aux enzymes. M. Boinet a eu l'idée d'expérimenter à nouveau la valeur thérapeutique de cette substance (2).

La décoction de touraillons est administrée en boissons, lavements ou lavages intestinaux. Chez l'adulte, la dose de touraillons est de 50 grammes par litre d'eau. On porte à l'ébullition pendant cinq minutes pour la boisson et quinze minutes pour les lavements. La tisane, sucrée ou aromatisée, se prend chaude ou tiède. Elle est fermentescible et ne peut se conserver que quelques heures en la maintenant chaude : il est préférable de ne la préparer qu'au fur et à mesure. Parfois les vieillards et les enfants vomissent sans effort les premières cuillerées. En administrant de nouveau le remède, immédiatement après, il est toujours gardé ; on doit donc administrer, au début, la tisane de touraillons à petites doses ; plus tard, on peut la donner en grande quantité, car elle est inoffensive même pour les enfants.

Des études de M. Boinet, il résulte que, chez l'adulte, la décoction de touraillons mérite d'être utilisée comme un adjuvant fort recommandable dans le traitement, soit des diarrhées et des dysenteries des pays chauds et de nos climats, soit de la fièvre typhoïde, du choléra, de la tuberculose chez l'enfant, elle remplace avantageusement la diète hydrique dans un certain nombre de cas de gastro-entérite infantile. En somme la décoction de touraillons d'orge ne présente pas, au point de vue thérapeutique, une action microbicide suffisante pour remplacer les médications usuelles. Elle sera donnée avec avantage en boisson, en lavements et mieux en lavages intestinaux, dans les diarrhées en général, dans les diarrhées et dysenteries des pays chauds, dans les diarrhées cholériformes ou prémonitoires du choléra, dans les entérites des enfants, dans les diarrhées liées à la tuberculose, à la fièvre typhoïde, etc. Le touraillon d'orge peut être considéré comme un bon adjuvant de la médication classique et se recommande par son innocuité absolue, sa valeur nutritive, la facilité de son administration et la modicité de son prix. Cette décoction de touraillons sera utilement substituée à l'eau bouillie dans les cas où la diète hydrique est indiquée. L'addition de levure de bière n'offre pas d'avantages marqués et n'augmente pas sensiblement la valeur thérapeutique de la décoction de touraillons d'orge.

L. B.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1901.

(2) *Marseille méd.*, 15 nov. 1901.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 DÉCEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Fournier, Rémy et Gaucher.

2e, *Salle Thouret* : MM. Richet, Retterrer et Richaud; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Gosset; — (2e série) : MM. Terrier, Jalaguier et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Brissaud, Bezançon et Legry; — M. Walther, suppléant.

MARDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (ancien régime, 3e partie), *Salle Richet* : MM. Hutinel, Charrin et Dupré.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM Chantemesse, Quénu et Chassevant.

2e (chirurgien-dentiste) *Salle Thouret* : MM. Cornil, Thiéry et Vaquez ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Jeanselme; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin.

MERCREDI 4 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Salle Pasteur*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), épreuve pratique : MM. Brissaud, Hanriot et Legry.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Kirmisson, Netter et Desgrez.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Guiart, suppléant.

JEUDI 5 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, de Lapersonne et Hartmann.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Rémy, Gley et Teissier.

3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Méry, Charrin et Launois.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Vaquez et Chassevant; — M. Marion, suppléant.

VENDREDI 6 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Hayem, Gaucher et Walther.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Netter et Tessier ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset ; — (2e série) : MM. Delens, Legueu et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Widal et Bezançon ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 7 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Rénon.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Launois et Desgrez.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Pouchet, Quénu et Gouget; — M. Schwartz, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Raymond, Méry et Widal; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

596. M. Zanelli. Contribution à l'étude de la symphyséotomie dans le bassin rétréci au détroit inférieur. — 597. M. Brissart. Sur les opérations économiques du pied. — 598. M. Beynot. L'analgésie cocaïnique par injections sous-arachnoïdiennes en particulier chez le vieillard. — 599. M. Bidel. Des adénomes sébacés. — 600. M. Cotar. Des appendicites larvées. — 601. M. Habar. Étude clinique sur la médication cacodylique chez les enfants. — 602. M. de Ribier. Ydes; son histoire, ses eaux minérales ; essai sur leur action dans le traitement de l'obésité. — 603. M. Jacquot. Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé (son traitement par l'amputation). — 604. M. Rascalou. De la compression et de la ligature de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile (accidents et résultats thérapeutiques). — 605. M. Gorecki. Étude sur les accidents du travail concernant l'appareil de la vision au point de vue hygiénique et médico-légal. — 606. M. Delassasseigne. Contribution à l'étude des paralysies faciales traumatiques. Causes et effets. — 607. M. Paté. Diagnostic de l'anévrysme de l'aorte. — 608. M. Courmontagne. De l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers utérins. — 609. M. Richard. L'hygiène au Havre et maladies contagieuses endémiques et épidémiques (1880-1901). Mesures de prophylaxie. — 610. M. Mage. Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine. — 611. M. Bresson. Des effets du chloralose dans quelques affections mentales. — 612. M. Agresse. Sommeil et insomnie. Médicament hypnotique. — 613. M. Grillot. Le sanatorium français.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Jubilé scientifique de M. Berthelot. — Hier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, une grande solennité scientifique. Les savants du monde entier s'étaient réunis aux savants français pour fêter le cinquantième aniversaire scientifique de notre grand chimiste français.

C'est, en effet, en 1851 que M. Marcellin Berthelot a fait sa première communication à l'Académie des sciences, étant alors préparateur de Balard, au Collège de France.

Depuis, l'œuvre de Berthelot a été immense, et c'est avec raison que l'on a pu dire que, si Lavoisier a découvert la moitié de la chimie, l'autre moitié est due à Berthelot.

La séance d'hier ne fut qu'une longue glorification du Maître, triomphe auquel s'associèrent le président de la République, le gouvernement et le monde scientifique.

Après une série de discours prononcés par MM. le ministre de l'Instruction publique, Darboux, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Fouqué, Moissan, Gaston Paris, Guyon au nom de l'Académie de médecine, Chauveau, Troost et Bouchard qui ont rappelé les beaux travaux du créateur de la thermochimie et de la synthèse organique, de l'auteur de tant de découvertes qui ont révolutionné l'industrie et l'agriculture, la parole a été donnée aux délégués étrangers.

MM. Fischer (de Berlin), Ramsay et Gladstone (de Londres), Lieben (de Vienne), Guganeschi (de Turin), etc., apportent des adresses de nombreuses sociétés savantes.

Enfin après que lecture a été faite d'une dépêche de félicitations du roi des Belges, M. Berthelot a prononcé un discours de remerciement, et M. Loubet lui a remis, en lui donnant l'accolade, une médaille gravée par Chaplain.

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — *Inauguration de l'hôpital de chirurgie Tastet-Girard.* — La semaine dernière a été inauguré, à Bordeaux, le superbe hôpital généreusement donné à la ville par la famille Tastet. Cet hôpital unit tous les derniers perfectionnements modernes au plus grand luxe, laissant loin derrière lui les plus beaux hôpitaux modernes.

Il est exclusivement réservé aux malades pauvres ayant à subir des opérations graves.

Le service chirurgical est sous la direction du professeur Demons, qui aura seul qualité pour accorder ou refuser les admissions. (Heureux chirurgiens bordelais !)

Nîmes. — MM. Antonin et Got sont nommés internes.

Rouen. — M. le docteur Dévé a été nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux.

Marine. — M. le médecin de première classe Bonain est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire du conseil de santé au port de Brest, en remplacement de M. le docteur Pungier.

— M. le médecin de première classe Aubry, du port de Brest, est désigné pour aller servir comme médecin-major au 4e dépôt des équipages de la flotte à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Giraud.

— M. le médecin en chef de première classe Bertrand, sous-directeur du service de santé à Brest, est appelé à remplir les mêmes fonctions au port de Rochefort, en remplacement de M. le docteur Dupont, admis à la retraite.

M. le médecin en chef de première classe Danguy des Déserts remplace M. le docteur Bertrand dans les fonctions de sous-directeur du service de santé au port de Brest.

La Pouponnière. — Encouragée par de hautes personnalités, la « Pouponnière » qui avait traversé, il y a quelques mois, une crise financière, peut désormais poursuivre son œuvre : son but est d'élever les nourrissons que les parents ne peuvent élever chez eux.

Les nourrissons, élevés au sein pendant les premiers mois, sont acceptés dès la naissance et gardés jusqu'à deux ans.

M. le docteur R. Raimondi, faisant un examen journalier des enfants, est attaché à l'établissement et contrôle les pesées hebdomadaires.

Les enfants sont admis aux prix de revient : soit : 75 francs, d'un jour à six mois ; 65 francs de six mois à un an ; 55 francs d'un an à deux ans.

Les frais de médecin et les médicaments sont compris dans ces prix.

Avis. Adresser les demandes d'admission, par écrit, au comité de la Pouponnière dont le siège social est à Paris, à la mairie du VIIe arrondissement, 116, rue de Grenelle.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baldet (de Paris), Havel (de Sainte-Barbe-du-Tletat), Foy de Puimory (de Tours), Laurens, sénateur de la Drôme ; Moty (de Bordeaux) ; et de M. Maigrot, externe des hôpitaux de Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages à itinéraires facultatifs en Algérie et en Tunisie.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares P.-L.-M., des carnets de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer des voyages pouvant comporter des parcours sur les lignes des réseaux : Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, Etat (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale des transports maritimes à vapeur. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués exclusivement sur les paquebots d'une même Compagnie.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ. Ils peuvent comprendre, non seulement un circuit dont chaque portion n'est parcourue qu'une fois, mais encore des sections à parcourir dans les deux sens, sans qu'une même section puisse y figurer plus de deux fois (une fois dans chaque sens ou deux fois dans le même sens).

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours. — Validité : 90 jours, avec faculté de prolongation de trois fois 30 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100 chaque fois. — Faire la demande des carnets 5 jours au moins à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 137. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 28 NOVEMBRE 1901. — Nº 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — ARTHRITE INFECTIEUSE AIGUE DU GENOU GAUCHE CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DE CETTE ARTICULATION PAR COUP DE COUTEAU; RÉSECTION PARTIELLE DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES; GUÉRISON RAPIDE, par M. MAILLAND, interne des hôpitaux de Lyon. — LES RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, d'après M. René PROUST. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Les résonnances tympaniques dans la pneumonie aiguë; — Une manière de limiter la propagation de la scarlatine; — *Chirurgie :* Nouvelle manière d'appliquer le bouton de Murphy; — *Physiologie pathologique :* Influence de l'ingestion du vin sur l'évolution de la tuberculose; — *Bactériologie :* Fréquence des bacilles d'Eberth dans le sang; — *Thérapeutique* : Du vanadium en thérapeutique; son association à la strychnine; — La levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des eczémas humides. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ARTHRITE INFECTIEUSE AIGUE DU GENOU GAUCHE

CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DE CETTE ARTICULATION PAR COUP DE COUTEAU; RÉSECTION PARTIELLE DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES; GUÉRISON RAPIDE.

Par M. MAILLAND, interne des hôpitaux de Lyon.

Les plaies accidentelles des articulations comportent toujours un pronostic très réservé. Leur gravité n'a certainement pas été transformée par l'emploi des méthodes antiseptiques lorsque l'articulation atteinte est le siège, depuis un temps plus ou moins long, d'accidents infectieux.

Depuis longtemps, M. Poncet et ses élèves insistent sur la nécessité, en pareil cas, si l'on veut sauver le blessé, prévenir une amputation qui est parfois incapable d'enrayer des complications mortelles, de recourir à une résection des extrémités articulaires.

Cette résection, qu'il qualifie à juste titre du nom de : *résection de drainage*, de : *résection de désinfection articulaire*, n'a pas d'autre but, en effet, que de permettre une évacuation facile des liquides infectieux, qui ne peut être réalisée, ainsi que l'expérience clinique l'a maintes fois montré, que par l'excision d'une portion plus ou moins étendue des extrémités osseuses, si intimement unies qu'elles peuvent être considérées comme formant un tout continu. Avec les coins et les arrière-coins articulaires, la stagnation des sérosités septiques, du pus, est inévitable.

Voici, au point de vue de la nécessité et des avantages du drainage articulaire par la résection, une nouvelle observation tout à fait probante :

Le 11 novembre 1900, entrait à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, service de M. le professeur Poncet, un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de cuisinier, et atteint d'une arthrite purulente traumatique du genou gauche, survenue dans les circonstances suivantes : cinq jours auparavant, ce garçon, coupant de la viande avec un couteau de cuisine pointu et effilé, laissa tomber celui-ci perpendiculairement sur son genou, où il vint se fixer sur la partie supéro-interne, entre la rotule et le condyle interne. Une hémorragie assez abondante se produisit immédiatement et fut arrêtée par un pharmacien au moyen de quatre points de suture métallique; un pansement humide boriqué recouvrit le tout. La nuit suivante, le genou devint subitement très douloureux; cette douleur augmenta encore les jours suivants, rendant tout mouvement impossible; le genou se gonfla, la fièvre survint accompagnée de frissons; aussi, le troisième jour après l'accident, un médecin appelé se décida-t-il à faire sauter les points de suture et à envoyer le malade à l'hôpital.

A son entrée l'état général est mauvais; la température atteint 39°5 le matin, 40°3 le soir; le pouls est à 120. Le faciès est pâle, terreux, la langue sèche; le malade est agité, il a des frissons, pas de délire. La soif est vive, l'appétit est nul; abattement, prostration.

Le genou gauche est extrêmement douloureux; la moindre exploration arrache des cris au malade; l'article est considérablement gonflé, les saillies et les méplats normaux ont disparu; la peau est rouge, tendue. Au palper on ne sent ni fluctuation ni choc rotulien, mais un empâtement généralisé, surtout marqué au niveau du cul-de-sac tricipital.

A la partie interne du genou entre la rotule et le condyle interne on constate la présence d'une plaie transversale, à section nette, de 2 centimètres de longueur à peu près, et dont les bords sont le siège d'une rougeur érysipélateuse. Par cette plaie s'échappe non du pus franc mais un liquide louche, sanieux, séro-sanguinolent.

L'état général et les phénomènes locaux témoignent d'une lésion articulaire des plus graves.

On porte le diagnostic d'arthrite infectieuse aiguë consécutive à une plaie pénétrante du genou par instrument tranchant.

Suivant le conseil de M. Poncet, pour qui l'arthrotomie est, dans l'espèce, insuffisante, M. Delore, chef de clinique, pratique immédiatement une résection partielle, économique (résection de drainage articulaire) des extrémités osseuses du genou. Ablation de la rotule, ablation de 2 centimètres des condyles fémoraux et de 1 centimètre du plateau tibial.

L'articulation est largement irriguée avec la solution phéni-

quée forte; on pratique deux contre-ouvertures postérieures et l'on place quatre drains, deux transversaux, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, et deux antéro-postérieurs. Pansement occlusif à la gaze iodoformée. Le membre est immobilisé dans un plâtre.

Le lendemain la fièvre est tombée à 38 degrés, les douleurs sont moins vives, l'agitation s'est calmée, les frissons ont disparu. Le troisième jour après l'intervention, légère ascension thermique, le malade accuse un peu de douleur spontanée. On pratique alors le premier pansement, la plaie opératoire est en bon état; nouveau lavage à la solution phéniquée forte. Immobilisation.

Depuis ce jour l'état général reste aussi satisfaisant que possible; la température ne s'élève pas au-dessus de 37°5, l'appétit reparaît, le malade se sent plus fort. Localement les douleurs diminuent et finissent par disparaître complètement. La consolidation s'effectue rapidement. Deux mois et demi après le début de l'accident, elle était complète, et le malade quittait l'hôpital en excellent état.

Il existait naturellement une ankylose du genou. Cette ankylose, en parfaite rectitude, laissait un membre des plus utiles, dont le raccourcissement de 3 centimètres environ (2 centimètres des condyles du fémur et 1 centimètre du plateau articulaire tibial avaient été enlevés) ne pouvait être dans la suite une cause de claudication.

Déjà, dans une publication ultérieure, M. Delore (1) a établi les indications et le bien fondé de la résection osseuse dans les arthrites infectieuses par plaie articulaire pénétrante. L'observation que nous publions vient à l'appui des conclusions qu'il a formulées et qu'avaient également mises en évidence les recherches de deux élèves de M. Poncet, MM. Lagoutte et Mailhetard (2).

Suivant notre maître, dans une arthrite infectieuse par plaie pénétrante, on ne peut hésiter qu'entre l'arthrotomie et la résection; l'immobilisation, la révulsion locale, les ponctions, etc., ne méritent plus d'être signalées que pour être systématiquement rejetées.

L'arthrotomie, avec de larges ouvertures et contre-ouvertures des culs-de-sac articulaires, a pu donner des succès (Jalaguier) et elle a encore ses partisans qui s'appuient précisément sur des observations d'inégale valeur, en raison des diverses variétés d'arthrites, dans lesquelles elle a permis la conservation. Il n'en est pas moins vrai que, dans les cas graves, elle est et elle doit rester insuffisante.

Par l'incision des parties molles, seules, on ne peut, encore une fois, assécher les collections infectieuses intra et péri-articulaires; des rétentions persistent, et la clinique l'enseigne, trop souvent la septicémie continue sa marche progressive.

Que faire alors? réséquer, amputer? Mais la résection, faite dans de telles conditions, n'offre plus la même sécurité, les mêmes avantages que pratiquée à une époque relativement rapprochée. Quant à l'amputation, c'est un pis-aller qui ne triomphe pas toujours de la septicémie qu'elle veut enrayer.

L'état général du sujet, la gravité de l'état local, fournissent des indications précieuses, et en pareille occurrence, si l'on veut prévenir des complications mortelles, éviter l'amputation, conserver un membre utile, il faut recourir à une résection précoce. Telle est, du moins, l'opinion de M. Poncet qui, dans sa pratique hospitalière déjà longue, a vu la résection seule transformer les arthrites infectieuses d'origine traumatique et surtout celles du genou, en lésions d'un pronostic relativement bénin.

(1) X. Delore. *Gaz. des hôpit.*, 1899.

(2) Lagoutte, *Gaz. hebd.*, 1893, et Mailhetard. *De la résection du genou comme traitement des arthrites infectieuses par plaies pénétrantes de cette articulation*, Th. de Lyon, 1899-1900.

LES RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

D'après M. René Proust (1).

La fièvre typhoïde confère généralement l'immunité. Ce fait, d'observation courante, est depuis longtemps établi; cependant on a pu observer des exemples dans lesquels cette immunité acquise n'était pas très durable, de sorte que, dans certains cas, il peut arriver qu'un sujet, ayant eu antérieurement la dothiénentérie, reprenne une seconde fois cette maladie, en un mot fasse une récidive.

Les premières observations de récidives ne datent que de 1850 : c'est à cette époque que Piedvache communique à l'Académie de médecine l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui venait d'avoir une dothiénentérie et qui, dix ans auparavant, avait déjà été atteinte de la même affection. En 1859, Barlett publie trois et W. Budd quatre cas de récidive de la fièvre typhoïde. Chomel et Monneret affirment l'extrême rareté de cet accident, dont Trousseau signale deux cas personnels. Les années suivantes paraissent les observations de Michel, de Constantin Paul, de Bucquoy. Murchison écrit, dans son traité classique, que « les cas très authentiques de personnes contractant une seconde fois la fièvre typhoïde sont plus communs qu'on ne le croit généralement ». Depuis cette époque, les observations se multiplient : Alonso Clarke, J. Simon, Battle, Deshayes, Fernet et Brouardel, etc., citent de nouveaux cas de récidives. Rouissowski-Devaucour, Sallebert, Narboni prennent les récidives de la fièvre typhoïde comme sujet de leur thèse inaugurale; Eichhorst (1888) consacre au même accident un très important travail et donne une statistique personnelle de 28 récidives sur 666 cas de dothiénentérie.

L'*étiologie* de ces récidives présente quelques détails intéressants. Tout d'abord, les récidives se produisent ordinairement pendant les épidémies et relèvent de la contagion directe. C'est ainsi que l'eau de boisson a pu être incriminée dans l'épidémie de Pierrefonds. Dans d'autres faits, l'air atmosphérique a été incriminé. Parfois encore, c'est à la contagion directe par d'autres typhiques qu'a été causée la récidive. En tous cas, le surmenage, les débilitations de toute nature sont susceptibles de favoriser une réinfection. Dans un cas de Potain, la seconde infection paraissait due à l'ingestion d'eau suspecte, mais des causes secondaires ont pu contribuer à cette nouvelle infection.

Le sexe paraît jouer un certain rôle, tout à fait secondaire d'ailleurs. Pour Narboni, le sexe masculin serait beaucoup plus prédisposé à la récidive : en réalité, la différence est faible, et, à l'heure actuelle, nous ne sommes encore nullement fixés sur l'influence du sexe sur le développement de la récidive.

D'après Eichhorst, l'âge aurait une influence plus nette, et ce serait surtout de dix à quatorze, et de trente à trente-cinq ans que les récidives s'observeraient surtout. Les récidives peuvent, exceptionnellement, se produire plusieurs fois : Lorenz parle d'un cas de récidive double, et Müller (de

(1) Th. de Paris, 1901.

Zurich), cité par Eichhorst, aurait observé un sujet atteint quatre fois de fièvre typhoïde dans l'espace de plusieurs années. L'intervalle qui sépare les deux atteintes est très variable : il peut être de dix, vingt, trente ans ; un des cas de l'épidémie de Pierrefonds présentait une période intercalaire de trente-neuf ans.

Quant à la fréquence des récidives, elle est difficile à apprécier. Les chiffres donnés par les auteurs varient de 1 p. 100 (Lindwurm) à 23 p. 100 (Mayer) et montrent bien que nous n'avons encore que des données incomplètes sur ce point. Une statistique est presque impossible à établir actuellement sur des bases solides, en raison de la confusion qui a si longtemps régné entre les rechutes, les réitérations et les récidives.

La *pathogénie* des récidives est à peu près aussi mal connue que leur étiologie. Pourquoi une premiàre atteinte confère-t-elle souvent l'immunité? Pourque ne la confère-t-elle pas toujours? Ce sont là des questions encore mal étudiées et auxquelles il est impossible, dans l'état actuel de la science, de donner une réponse définitive.

Les *signes* de la récidive sont ceux de l'infection primitive. Cependant il peut y avoir quelques modifications dans les symptômes et l'évolution de la maladie. Ces modifications, que l'on peut regarder comme heureuses dans la majorité des cas, semblent dues à ce que la première atteinte de fièvre typhoïde avait déjà conféré au sujet une immunité malheureusement insuffisante.

Eichhorst et beaucoup d'auteurs insistent sur l'analogie qui existe entre la première et la seconde atteinte ; pourtant il ne faudrait pas trop préjuger en ce sens. Tel malade, qui a présenté une première dothiénentérie grave, verra évoluer quelques années après une fièvre essentiellement bénigne. Il est même possible que cette seconde atteinte soit atypique et doive se rattacher aux formes abortives, au typhus ambulatorius ou levissimus.

Dans l'épidémie de Pierrefonds, où la race microbienne semblait être d'une virulence considérable, les cas de récidive ont été relativement légers ; dans quelques-uns même, le tableau de la fièvre typhoïde était singulièrement défiguré.

La récidive pourra être facile à diagnostiquer dans certains cas. Dans d'autres, au contraire, il sera nécessaire de faire appel à toutes les ressources de la clinique et du laboratoire, et le séro-diagnostic rendra ici, comme ailleurs, les plus précieux services.

Le *pronostic* des récidives, quoique variable, est généralemant bon. La durée de la maladie n'est guère diminuée, mais les signes en sont atténués, l'hyperthermie n'est pas la règle, et, fréquemment, les symptômes nerveux sont tout à fait effacés. Aussi la convalescence est-elle rapide.

Quant au *traitement*, il est le même que celui d'une première atteinte et comporte les mêmes indications : il ne mérite donc pas un chapitre spécial.

SÉANCE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

(26 novembre 1901)

Ce n'est qu'en fin de séance et alors que les fauteuils étaient presque tous vides que la parole a été donnée à M. Raymond pour la continuation de la discussion sur les localisations cérébrales.

L'épilepsie jacksonienne que M. Raymond trouve plus juste d'appeler l'épilepsie de Bravais-Jackson, a-t-elle, au point de vue de la localisation de la lésion cérébrale, la valeur qu'on lui a attribuée? Certes non, répond M. Raymond, pas plus d'ailleurs que la paralysie post-épileptoïde.

M. Raymond rapporte plusieurs cas dans lesquels il a pu poser un diagnostic de localisation cérébrale, et expose les signes sur lesquels il s'est appuyé pour établir ce diagnostic. L'épilepsie Bravais jacksonienne, la paralysie passagère post-épileptoïde ne sont pas des signes suffisants de localisation ; la paralysie permanente avec certains caractères cliniques permet seule d'établir le diagnostic de localisation à la zone rolandique ; certains troubles mentaux indiquent une participation des lobes frontaux. Quel que soit le siège de la tumeur dans l'encéphale, elle peut déterminer de l'épilepsie partielle et de la paralysie passagère.

Une grande partie de la séance a été occupée par la lecture du rapport de M. Landouzy sur les **épidémies** qui ont régné en France et dans les colonies dans le cours de l'année 1900. Tout d'abord, comme ses prédécesseurs, M. Landouzy se plaint de l'insuffisance des informations relatives aux épidémies ; le ministre de l'Agriculture et du Commerce est infiniment mieux renseigné au point de vue des épizooties que ne l'est M. le ministre de l'Intérieur sur les épidémies. Pourquoi en est-il ainsi ? Parce que la loi sur la déclaration des maladies transmissibles n'est pas exécutée. Il est bien difficile, dans ces conditions, d'établir une statistique sérieuse. M. Landouzy émet donc le vœu que la déclaration des maladies contagieuses soit faite plus régulièrement afin que les mesures de prophylaxie et de désinfection soient prises en temps opportun. Il appelle également l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de munir les villes d'appareils à désinfection, de surveiller le régime des eaux, de tenir plus de compte qu'on ne l'a fait jusqu'ici de la tuberculose, de l'alcoolisme, des affections syphilitiques, de mieux instruire le public des mesures prophylactiques qui peuvent être prises contre ces affections, de bien faire connaître les préceptes de l'hygiène individuelle et de l'hygiène générale, de l'hygiène de l'armée, des rapports de celle-ci avec la population civile etc. Le rapporteur indique aussi une série de mesures et de réformes qu'il serait urgent de prendre pour éviter la propagation de certaines maladies contagieuses, en particulier de la tuberculose ; il insiste sur la surveillance qu'il faudrait exercer sur les chemineaux, les bateleurs, les vendangeurs, etc. Il termine en faisant observer au ministre combien est insuffisante la somme allouée à l'Académie pour les récompenses à décerner aux médecins des épidémies, si bien que l'Académie éprouve une certaine honte à si mal récompenser des travaux si utiles.

Parmi les présentations nous signalerons deux nouveaux cas de rappel à la vie par les **tractions rythmées de la langue** présentés par M. Laborde. Le premier de ces cas lui a été adressé par M. Malignon au nom d'un confrère de campagne.

Il s'agit de l'enfant d'une primipare de vingt ans, à bassin rétréci, en travail depuis trois jours, et qui ne fut délivrée que par une application longue et laborieuse de forceps.

L'enfant, cyanosé au moment de sa naissance, ne fait pas un mouvement, ne pousse pas un cri.

Des tractions lentes, énergiques, sont aussitôt exercées sur la langue, tenue, d'abord, entre les doigts, ensuite entre les mors d'une pince à forcipressure.

Après un quart d'heure, on perçoit un premier soupir, très faible, mais qui ne fait qu'encourager les efforts. A ce moment, l'auscultation du cœur fait entendre des battements d'une extrême lenteur, à peine sensibles à l'oreille.

Les tractions continuent pendant vingt ou vingt-cinq minutes, et alors se produit une troisième inspiration, suivie, quelques secondes après, d'une quatrième, puis d'une cinquième plus rapprochée, puis d'autres plus régulières, plus profondes.

Après une heure de tractions rythmées, l'enfant renaissait à la vie et, comme sortant d'un profond sommeil, il se met à crier et à faire des mouvements.

Le second cas a été adressé à M. Laborde par un jeune externe des hôpitaux, M. Nicolas, qui assistait une sage-femme dans un accouchement très lent.

Ici nous laissons la parole à M. Nicolas :

« Après vingt-minutes d'expression, l'accouchement eut lieu : enfant cyanosé, inerte, pas de respiration, pas de battements du cœur, méconium verdâtre.

J'aidai à le frictionner à l'alcool : flagellation, bain sinapisé, douches alternativement chaudes et froides ; désobstruction des voies respiratoires et insufflation avec l'insufflateur Ribemont ; rien n'y fit. Et c'est alors qu'on me l'abandonna.

J'affirme qu'à ce moment il était déjà froid, ou du moins très refroidi.

Patiemment, je pratiquai, d'une main, avec une pince à forcipressure, prise au hasard, et serrée sans forcipression, des tractions lentes et rythmées de la langue, tandis que, de l'autre, je pratiquai, avec la même cadence, des mouvements d'élévation et d'abaissement du bras gauche, dans l'espoir d'obtenir un massage relatif du cœur par ce mouvement.

J'eus la satisfaction, au bout de vingt minutes, de surprendre une inspiration, ce qui m'encouragea; peu à peu les yeux remuèrent, le corps se réchauffa, je sentis le bras que je maniais, de flasque, devenir résistant, et au bout d'un temps assez long la résurrection était complète.

J'en ai été moi-même le premier surpris, car je croyais bien n'avoir entre les mains qu'un cadavre.

Aujourd'hui, l'enfant tête gloutonnement, n'a pas de glossite, et ne demande qu'à vivre.

La vie, c'est à vous qu'il la doit, et je me fais un devoir de vous le dire. »

M. Gariel présente une série de malades traités par l'air sec surchauffé (sciatique double, rhumatisme articulaire chronique, arthrite sèche, goutte chronique), et chez lesquels les bains locaux d'air sec chaud ont amené la guérison, après que les autres mesures thérapeutiques s'étaient montrées impuissantes.

Cette nouvelle ressource thérapeutique mérite donc d'être appliquée bien plus souvent que jusqu'à présent. Les malades ont tort de craindre ce traitement à cause des hautes températures employées. Jamais on n'observe de brûlures chez les personnes soumises à ces bains locaux d'air sec surchauffé à 120-150 degrés.

M. Josias a été élu membre titulaire dans la section d'hygiène par 66 suffrages sur 88 votants. C'est un beau succès, et nous adressons à notre distingué confrère toutes nos félicitations.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les résonnances tympaniques dans la pneumonie aiguë. [M. H. de Brun (de Beyrouth).] — La pneumonie aiguë se caractérise anatomiquement par la production d'un exsudat fibrineux qui infiltre, sur une zone plus ou moins étendue, les alvéoles du poumon et transforme ainsi en un bloc solide et résistant une partie du parenchyme pulmonaire. Il en résulte qu'au point de vue de la percussion le phénomène capital de la maladie est l'apparition d'une zone de matité remplaçant la sonorité normale et traduisant ainsi indiscutablement l'existence d'une solidification du poumon.

Mais cette loi subit certaines exceptions sur lesquelles insiste M. de Brun. Il se peut, en effet, que dans quelques circonstances une sonorité anormale, de timbre et d'intensité variables, précède, accompagne ou remplace la matité.

C'est ainsi que M. de Brun, en se basant sur l'interprétation pathogénique de cette sonorité exagérée dans les différents cas où elle se montre, arrive à décrire trois variétés de résonnance tympanique ayant chacune une raison d'être et une valeur séméiologique différentes.

La première variété (*tympanisme prémonitoire*) s'observe au début de la maladie ; c'est un phénomène temporaire, indiquant que la pneumonie est séparée de la surface par une couche de tissu sain.

La deuxième variété (*tympanisme satellite*) est extrêmement fréquente ; elle réside de préférence au sommet et plus particulièrement dans la fosse sous-claviculaire et le creux axillaire, et peut occuper à la fois ces deux régions. On l'observe, en général, au voisinage du foyer de l'hépatisation, plus rarement à une certaine distance de ce foyer, qui siège le plus ordinairement à la partie latérale ou à la partie postérieure du poumon, et qui, le plus souvent, mais non toujours, est assez étendu. Sa pathogénie est probablement plus complexe que ne semble l'indiquer l'appellation de sonorité compensatrice ou complémentaire qu'on a cru devoir lui donner.

Dans les deux premières variétés, c'est le poumon lui-même qui fournit les vibrations sonores; dans la troisième (*tympanisme plessimétrique*), il ne fait que les transmettre et va les puiser dans les organes voisins.

Lorsque le poumon est totalement hépatisé, on peut constater deux foyers de tympanisme plessimétrique. Le foyer supérieur occupe la région sous-claviculaire et plus rarement la partie supérieure de la région paravertébrale; son tympanisme a le timbre du bruit de pot fêlé et émane de la trachée et des premières divisions bronchiques (bruit trachéal); il s'exagère quand la malade ouvre la bouche et devient d'autant plus intense qu'on se rapproche davantage du sternum. Le foyer inférieur siège à la base du thorax et peut se localiser indifféremment en avant, en arrière ou sur les côtés; sa sonorité est franche et parfois éclatante; il prend probablement son origine dans les viscères creux de l'abdomen ou dans le poumon du côté opposé. L'existence simultanée de ces deux foyers de tympanisme plessimétrique est d'un pronostic très grave.

Le foyer supérieur peut exister seul; il faut pour cela que les parties postérieures du poumon soient hépatisées dans toute leur épaisseur et sur une grande hauteur. C'est la raison pour laquelle le foyer tympanique est alors bordé inférieurement par une large zone de matité et coïncide toujours également avec une matité très étendue de la région postérieure et supérieure de la poitrine. (*Revue de méd.*, 10 nov. 1901.) A. E.

Une manière de limiter la propagation de la scarlatine. — M. F. Rucavado préconise dans ce but des frictions qu'il répète deux fois par jour sur tout le corps du malade avec

une solution de sublimé au millième qui peut être employée indifféremment froide ou chaude.

D'après lui, ces frictions que l'on doit employer depuis le début de la maladie jusqu'à la convalescence, empêcheraient la desquamation de se produire et partant la propagation.

Elles seraient en outre fort bien supportées et mettraient même le malade à l'abri des complications ordinaires de la scarlatine. (*Gaceta medica de Costa Rica*, 15 sept. 1901.)

F. R.

CHIRURGIE

Nouvelle manière d'appliquer le bouton de Murphy. — M. S. Laureys (d'Anvers) pour remédier aux inconvénients du bouton de Murphy, que beaucoup de chirurgiens ont abandonné, propose d'appliquer le bouton de la façon suivante.

« Avant l'opération chaque demi-bouton est armé de fils, notamment de quatre chefs libres, qui se trouvent en dedans du rebord externe du bouton. On obtient ces quatre chefs en passant les bouts de deux fils, d'abord de dedans en dehors à travers les quatre orifices accessoires du demi-bouton, puis les nouant à l'extérieur de manière à les fixer, les repassant ensuite à l'intérieur du bouton par les mêmes orifices.

Pour l'application, les chefs sont garnis d'aiguilles quelconques, par exemple des aiguilles à coudre ordinaires, ou bien on peut les passer à travers l'intestin au moyen d'une aiguille à manche. On passe les quatre chefs respectivement de dedans en dehors à travers l'intestin au niveau des quatre pôles de la lumière intestinale à quelques millimètres du bord libre de l'intestin. On commence par passer deux chefs voisins. Une fois ces deux chefs passés, on tire sur eux jusqu'à ce que le bouton soit au contact de l'intestin puis on noue les deux chefs. On procède de même pour les deux autres chefs et pour l'autre demi-bouton.

On peut aussi garnir chaque demi-bouton de deux chefs seulement par le moyen indiqué plus haut et faire une suture en bourse.

Dans tous les cas on a comme résultat un demi-bouton parfaitement fixé à l'intestin, et n'ayant plus de tendance à se déplacer tant que les tissus auxquels il est attaché n'ont pas été libérés par la gangrène. » (*Annales et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, août-sept. 1901.)

F. R.

L'opération sanglante des luxations congénitales de la hanche. — M. A. Hoffa résume ainsi son expérience de la reposition sanglante de la luxation congénitale de la hanche : dans tous les cas de luxation congénitale de la hanche, l'opération non sanglante doit d'abord être tentée. L'opération sanglante, du type Loffa-Lorenz, comporte toujours la reconstitution de la cavité cotyloïde.

L'âge le plus favorable pour cette opération est de trois à huit ans. Le traitement consécutif par le massage et la gymnastique est de toute importance. L'ankylose ne se produit que s'il y a suppuration ou opération à un âge trop avancé. L'extrême limite d'âge où l'opération est possible est celle de dix ans pour une luxation unilatérale, de sept ans pour une luxation double. Le résultat définitif est constaté au bout d'un an.

Les sujets qui ont dépassé l'âge de huit à dix ans peuvent bénéficier d'une ostéotomie subtrochantérienne [méthode de Kirmisson ou d'Hoffa]. La constitution d'une pseudarthrose (Hoffa) pourrait donner de bons résultats fonctionnels dans la luxation double de personnes âgées. (*Literatur beilage der deutsch. medicin Wochenschrift*, 1901, p. 203.)

P. V.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Influence de l'ingestion du vin sur l'évolution de la tuberculose. (M. L. Roos.) — Une récente enquête a montré que les médecins sont, d'une façon générale, favorables à l'usage modéré du vin naturel (1). M. L. Roos, qui avait déjà rapporté des expériences dont les résultats étaient nettement en faveur de l'alimentation comprenant du vin (2), vient aujourd'hui d'étudier l'action du vin sur l'organisme tuberculeux.

L'opinion généralement admise aujourd'hui est que l'alcool du vin, comme tous les alcools, ingéré par un organisme tuberculeux, précipite l'évolution de la maladie et provoque par suite un dénouement plus rapide. Pour vérifier cet opinion, M. Roos a inoculé la tuberculose à six couples de jeunes cobayes. Trois ont été soumis à une alimentation comportant 35 centimètres cubes de vin rouge à 9 degrés par kilogramme de matière vivante, trois autres ont servi de témoins recevant la même alimentation, vin excepté.

La survie, après l'inoculation, a été en moyenne de 94 jours pour les viniques, de 95 pour les témoins. La survie des femelles est beaucoup moins longue que celle des mâles : elle a été de 75 jours seulement pour les viniques, et de 82 pour les témoins, tandis que celle des mâles a été de 113 jours pour les viniques et de 108 pour les témoins.

Il serait d'ailleurs bon, pense M. Roos, d'écarter les femelles des expériences de ce genre, ou tout au moins de les isoler, car la gestation et la parturition constituent d'importantes causes d'erreur, en ce sens qu'elles peuvent aggraver la tuberculose et tuer des animaux qui, sans cela, eussent résisté plus longtemps.

Cela s'est certainement produit dans l'expérience en question, car si l'autopsie a bien montré sur les trois cadavres des femelles mortes les premières, les lésions caractéristiques de la tuberculose, toutes ces lésions n'avaient pas le caractère d'intensité de celles trouvées sur les animaux morts plus tardivement.

Cette restriction faite, M. Roos croit pouvoir conclure « qu'*il est inexact que l'alcool, même à haute dose, s'il est ingéré sous la forme de vin*, précipite l'évolution de la tuberculose chez le cobaye, et peut-être aussi chez l'homme, le parasite étant le même ». (*C. R. Acad. des sc.*, 11 nov. 1901.)

L. G.

BACTÉRIOLOGIE

Fréquence des bacilles d'Eberth dans le sang. — M. R. Cole a montré dans une série de cas que les bacilles de la fièvre typhoïde se rencontrent fréquemment dans le sang. Kühnan, en 1897, n'a pu constater leur présence que 11 fois sur 41 cas, d'autres observateurs ont été moins heureux. Scholz et Krause disent que les cultures du sang de typhoïdiques ont peu de valeur puisqu'on y rencontre rarement des bacilles. L'auteur a été plus favorisé. Le résultat des cultures a été positif 11 fois sur 50. Les plus grandes précautions antiseptiques avaient été prises et le diagnostic de bacille d'Eberth fut établi par la mobilité des éléments microbiens, leurs réactions colorantes, le développement sur gélose, sur le lait, le bouillon et enfin par le phénomène de l'agglutination ou séro-diagnostic. Dans la plupart des cas on obtenait un résultat concluant en moins de trente-six heures. Quand les bacilles se développent sur le bouillon au bout de vingt-quatre heures, on peut les transporter aussitôt sur les différents milieux. (*John Hop. Hosp. Bull.*, sept. 1901.)

A. H.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1206.
(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 330.

THÉRAPEUTIQUE

Du vanadium en thérapeutique; son association à la strychnine. — MM. Lyonnet, Martz et Martin ont employé avec succès sur des tuberculeux, des chlorotiques anorexiques, des dyspeptiques atoniques, des neurasthéniques, des cancéreux, un mélange de métavanadate de soude et de sulfate de strychnine.

Ils se sont servis le plus souvent de solutions aqueuses renfermant par cuillerée à soupe un milligramme de vanadate de soude et un milligramme et demi ou deux milligrammes de sulfate ou de nitrate de strychnine. Ils donnaient une, puis deux cuillerées à soupe, avant chacun des principaux repas, trois jours isolés par semaine.

La solution peut être prise avec un peu d'anisette et de sucre. (*Lyon médical*, 10 nov. 1901.) L. G.

La levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des eczémas humides. — M. Dessaux (de Tôtes) emploie systématiquement en présence d'un érysipèle le traitement suivant : purgation énergique et trois cuillerées à café de levure de bière par jour. Chaque cuillerée délayée dans un verre de cidre ou de bière. L'auteur emploie indifféremment la levure fraîche ou sèche. Cette méthode lui a donné des résultats vraiment fort encourageants. Au bout de deux ou trois jours l'érysipèle s'arrête, la plaque se dessèche et la guérison est définitive au bout de huit à dix jours.

Le traitement par la levure de bière a encore donné d'excellents résultats à M. Dessaux dans les eczémas humides. Il emploie les mêmes doses que plus haut. Pour les jeunes enfants, il ne fait donner que deux cuillerées à café seulement, dans un peu de soupe à peine tiède, matin et soir. (*Normandie méd.*, 15 nov. 1901.) L. G.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

614. M. Ravary. Les expertises médico-légales, leur histoire, leurs réformes. — 615. M. Pitoiset. Du dépeçage des cadavres en matière criminelle. — 616. M. Mathé. La sérothérapie préventive de la diphtérie. Son état actuel. Ses indications. — 617. M. Thoumire. Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire. Diagnostic et traitement de l'empyème latent par l'orifice naturel. — 618. M. Lhuillier. Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux. — 619. M. Debets de Lacrousille. Étude générale sur l'indican dans les urines; valeur clinique de l'indicanurie. — 620. M. Antoniotti. Le paludisme. Prophylaxie individuelle. — 621. M. Champ. De la variole congénitale. — 622. M. Houlié. Traitement de l'élément « douleur » de la portion sous-diaphragmatique de quelques affections, particulièrement d'origine nerveuse, par l'injection intra-rachidienne de chlorhydrate de cocaïne. — 623. M. Lenormand. Traitement du goitre par les injections iodées. — 624. M. Étienne. Contribution à l'étude des températures morbides locales. — 625. M. Makoff. De l'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail. — 626. M. Ratier. Contribution à l'étude du pronostic, des complications, du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Mutations.* — M. de Beurmann passe à Saint-Louis; M. Ballet, à l'Hôtel-Dieu; M. Thibierge, à Broca; M. Widal, à Cochin; M. Darier, à la Pitié; M. Vaquez, à Saint-Antoine; M. Morel-Lavallée, à la Pitié; M. Dalché, à la Pitié; M. Klippel, à Tenon; M. Florand, à Tenon; M. Jacquet, à La Rochefoucauld; M. Lesage, à la Maison de santé; M. Courtois-Suffit, à la Maison de santé; M. Lion, à Debrousse.

Concours de l'internat en médecine. — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 16 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

Marine. — MM. les docteurs Le Couteur, Denier et Varenne sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe, et sont appelés à servir : le premier à Cherbourg, le troisième à Toulon, en attendant l'ouverture de l'École d'application.

M. Denier est maintenu à Bordeaux.

Académie des sciences. — M. le docteur Yves Delage a été élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de zoologie.

Nécrologie. — **Nous avons le regret d'annoncer la mort de** M. le docteur Foley, décédé à Andrézy.

Société française de tempérance. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 8 décembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Georges Leygues, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Ordre du jour : Compte rendu annuel par M. le docteur Émile Philbert; — Allocution de M. le docteur Gouraud; — M. le docteur Jules Bergeron, par M. le docteur Motet; — Rapport sur les travaux envoyés à la Société, par M. Léveillé; — Rapport général sur les récompenses, par M. le docteur Émile Philbert; — Proclamation des lauréats.

Conférences cliniques. — *Hôpital Saint-Louis.* — Le docteur du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 7 décembre et les continuera les samedis suivants. A une heure et demie, consultation externe; à deux heures et demie, conférence clinique dans la salle des conférences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant l'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus avec des aperçus physiologiques et pathologiques et une histoire de l'anatomie, par M. J.-A. Fort, 6e éd. entièrement refondue. Trois forts vol. in-8° br., avec 2 228 fig et 10 pl. coloriées. — Prix, les trois vol. : 36 francs. — Paris, Vigot, frères.

Maladies du cuir chevelu. Les maladies du cuir chevelu, séborrhée, acnés, calvitie, par le docteur R. Sabouraud, chef du laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de dermatologie. In-8°, avec 91 fig. dans le texte, dont 40 aquarelles en couleurs. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau, par P. Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-18 colombier, cart. toile, tête rouge de 425 p., avec 79 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Comment on défend ses mains (la lutte pour les avoir toujours belles), par le docteur A. Baratier, membre de la Société d'anthropologie, des Sociétés de médecine publique et d'hygiène, etc. Broch. in-8° de 84 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition mutuelle, 29, rue de Seine.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8° de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures

dessinées par les auteurs. 1 fascicule. *Le thorax.* — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Paradoxes sur la médecine, par le docteur Besançon. Broch. in-8°. — Paris, Vigot frères.

Pour lutter contre les maladies des poumons, par le docteur P. Aubert. In-16 de 94 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène alimentaire de l'enfance. — Le lait maternisé a pris de plus en plus une très grande importance dans l'alimentation des nouveau-nés et des enfants jusqu'au sevrage.

Ce précieux aliment présentait cependant un léger inconvénient dû à la stérilisation à haute pression. C'était la caramélisation du sucre lactique, qui lui faisait contracter une couleur jaune peu séduisante. Grâce à de longues et persévérantes recherches, M. Nicolas est parvenu à conserver au lait maternisé et stérilisé sa couleur blanche. C'est là un progrès dont il convient de le féliciter.

KÉPHIR SALMON — 28, rue de Trévise, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 138. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1901. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Traitement orthopédique du mal de Pott [traitement de la gibbosité pottique](*fin*), par M. GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris. — DOIT-ON TRAITER LA FIÈVRE ET COMMENT? — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRATIQUE MÉDICALE. Traitement pathogénique de l'épilepsie, par M. P. JAMOT. — REVUE DES THÈSES. Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale (M. BRÉAVOINE); — Mal de Pott : Du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la paraplégie (M. L. ROZOY); — Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius (M. Gaëtan APPRAILLÉ); — L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus (M. Jacques DELAGE); — Contribution à l'étude des kystes du vagin; leur pathogénie (M. Gabriel FEURTET); — Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique; laparotomies répétées (M. Émile PERNOT). — FORMULAIRE. Savon liquide; — L'ichthyol contre les engelures. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement orthopédique du mal de Pott (1).

(*Traitement de la gibbosité pottique.*)

Par M. Paul GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris.

III

Méthode de repos horizontal. — La manière de réaliser le repos horizontal n'offre ici rien de particulier. Nous renvoyons à ce qui a été dit plus haut. Nous allons étudier quelques points qui n'ont pas pu trouver place dans cette étude et que nous empruntons à M. Ménard.

Indications. — Le repos est indiqué chaque fois que le malade présente des douleurs en ceinture ou irradiées dans les jambes. Elle sont calmées très efficacement par cette méthode.

L'apparition d'un abcès, chez un malade qui marche avec un corset, commande encore le repos horizontal. Par le repos seul l'abcès peut rétrocéder et guérir complètement; s'il ne suffit pas, on traite l'abcès par la ponction suivie d'injection modificatrice. Le repos favorise l'action modificatrice de la ponction. Il doit être prolongé jusqu'à disparition totale de l'abcès; on doit le pratiquer chaque fois que l'abcès récidive.

A plus forte raison si l'abcès s'ouvre et si le mal de Pott devient fistuleux, le repos s'impose d'une manière absolue.

On voit parfois un pottique, à qui la marche est permise avec le secours d'un corset, pâlir et maigrir rapidement. L'exploration attentive des fosses iliaques ne permet de découvrir aucun abcès interne; en l'absence de ce signe, il faut coucher l'enfant; car l'atteinte de l'état général révèle le début, dans la profondeur, d'un abcès qui sera plus tard perceptible, ou bien l'extension de la tuberculose à des parties du rachis restées saines jusque-là.

La mise au repos des malades, dès qu'apparaît la faiblesse des jambes, arrête ou fait reculer les troubles nerveux; la paralysie confirmée peut guérir par ce seul traitement.

Durée du repos. — Le repos doit être prolongé tant qu'on a des doutes sur l'achèvement de la guérison des lésions rachidiennes. « Presque jamais la durée du repos n'est inférieure à deux ans. Elle est souvent prolongée deux ans et demi ou trois ans » (Ménard). Le repos doit être institué plus longtemps encore et d'une façon plus rigoureuse dans ces formes graves de mal de Pott que caractérise une cyphose à grand rayon : les lésions sont réparties sur un nombre considérable de vertèbres et la réparation ne se fait qu'avec une extrême lenteur.

IV

Méthode ambulatoire avec corsets. — Nous avons vu que le traitement du mal de Pott par le décubitus horizontal doit être associé avec les prescriptions du traitement hygiénique. Ces conditions ne sont réalisables que dans la clientèle riche; la clientèle hospitalière ne s'y prête que dans une certaine mesure. Les enfants pauvres, soignés chez leurs parents, dans des chambres souvent mal éclairées et mal aérées, perdent tout le bénéfice que leur donnerait le repos réalisé dans d'autres conditions. Il est préférable pour eux de sortir, de respirer un air pur, de conserver leur appétit; ces avantages ne sont acquis qu'au dépens du traitement local. L'immobilisation par un corset, immobilisation toute relative, est le seul avantage que le chirurgien puisse leur procurer.

Indications et contre-indications de la méthode. — La marche à l'aide de corsets sera autorisée pour combattre certains inconvénients du repos horizontal et ils sont nombreux. Le repos prolongé peut être une cause d'inappétence, il peut contrarier la digestion, amener la constipation. Il provoque parfois un embonpoint considérable. Il peut causer des troubles cérébraux, éblouissements, tintements d'oreilles, vertiges. Avec le corset on laisse les petits malades se retourner sur le lit, se rouler par terre, marcher à quatre pattes; ils peuvent marcher quelques heures dans la journée. L'association des deux méthodes peut de la sorte rendre des services et faire disparaître les inconvénients du repos horizontal. La plus large part, dans le traitement, revient encore

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 135.

au repos. La marche n'est qu'un élément accessoire. Certains malades ont une gibbosité saillante, en pain de sucre, surtout dans les cas de mal de Pott dorsal moyen, dorsal supérieur, cervico-dorsal. Ils ne peuvent se tenir couchés sur le dos sans éprouver de douleurs vives dues à la compression des téguments par la crête épineuse. Aussi se tiennent-ils couchés sur le côté, position dans laquelle les avantages du décubitus dorsal, suppression de la pesanteur, extension des fragments, sont abolis. Pour ces malades encore il y a avantage à remplacer le repos au lit par la marche avec un corset.

Les contre-indications de la marche, avons-nous dit, sont formelles, lorsque apparaissent un abcès migrateur, des douleurs, des troubles de la marche. Il en est de même lorsque se développent, au cours d'un mal de Pott, soit une coxalgie, soit une tuberculose du genou ou du cou de pied : ces associations sont loin d'être rares ; nous en avons vu de nombreux exemples à l'hôpital de Berck.

Certains enfants munis d'un corset ne peuvent se tenir debout, soit à cause de leur âge, soit plus souvent à cause de lésions graves et étendues du rachis. D'autres souillent constamment leurs corsets que l'on est obligé de refaire très souvent et finalement de supprimer.

On voit enfin des enfants mal conformés sur lesquels l'appareil n'a pas de prise et qu'il ne saurait immobiliser : ce sont les enfants courts et gros. Au contraire, les sujets longs et grêles, dont le corps offre des saillies et des dépressions assez accusées, sont très bien maintenus par le corset.

Appareils plâtrés. Confection des corsets. — On peut se servir de bandes de tarlatane préalablement plâtrées que l'on trempe dans l'eau chaude et que l'on applique sur le sujet en les déroulant. Ce procédé est long, car les bandes sont formées d'une seule épaisseur de tarlatane et il faut en dérouler un nombre considérable pour donner à l'appareil une force suffisante.

Un autre procédé, plus expéditif, consiste à préparer séparément les bandes de tarlatane et la bouillie plâtrée. Les bandes sont formées de six à huit épaisseurs de tarlatane ; elles ont une largeur de 10 à 15 centimètres et une longueur de 5 à 6 mètres. La bouillie plâtrée est gâchée comme pour tous les appareils plâtrés ordinaires et on y plonge la bande plâtrée, en la roulant entre les doigts, de manière à l'imbiber uniformément.

Faut-il appliquer les bandes plâtrées directement sur la peau ou bien interposer au corps et à l'appareil un tissu isolant quelconque? Ce détail a peu d'importance. Sayre couvrait ses malades d'un maillot et cette pratique est encore très suivie. Nous avons vu M. Ménard appliquer sur le tronc une couche légère d'ouate ordinaire, plus épaisse au niveau de la gibbosité et des saillies osseuses, sternum, épines iliaques, maintenue par quelques tours de tarlatane trempée dans l'eau. Certains chirurgiens suppriment complètement ce temps préliminaire et appliquent directement les bandes plâtrées sur la peau.

Ces détails ont peu d'importance ; si l'appareil est bien fait, il ne blessera pas le malade que l'on n'aura pas ouaté ; s'il est mal fait, l'ouate se tasse et ne protège plus efficacement.

Il faut toujours mettre sous les bandes plâtrées, au niveau de l'abdomen, un gros paquet d'ouate que l'on enlève après dessiccation de l'appareil. Il permet le libre jeu des viscères abdominaux pendant la digestion. C'est le « dinner pad, paquet du dîner » de Sayre.

Si la digestion est gênée malgré cette précaution, on peut supprimer un plastron plus ou moins large au niveau de l'abdomen, sans rien enlever à la solidité ni à l'efficacité de l'appareil.

S'il existe des douleurs à la pointe de la gibbosité, surtout lorsqu'elle est saillante, et à plus forte raison s'il s'est produit une escare ou un hygroma enflammé, on creuse également une fenêtre dans le plâtre, à ce niveau.

Les bandes plâtrées doivent être serrées modérément pour que l'appareil épouse les formes du corps, prenne appui sur les saillies et les dépressions. La pratique enseigne à éviter deux dangers : serrer trop, serrer trop peu. Si la constriction est trop forte, dès que l'appareil se dessèche, il devient insupportable ; l'enfant bleuit, il s'agite et on doit, à la hâte, fendre et enlever le corset. Si la constriction a été trop faible ou si la couche d'ouate est trop épaisse, le corset est trop large. Non seulement il maintient mal l'enfant et ne répond pas au but pour lequel il a été fait, mais encore, il le blesse ; le plâtre glisse en haut, en bas, transversalement, irrite les saillies osseuses, provoque à leur niveau des ulcérations et même des escares.

A ce sujet, il faut bien savoir que la surveillance doit être constante ; les enfants n'attirent pas l'attention sur les escares que l'on ne découvre souvent qu'à l'odeur qu'elles émettent ou encore au moment de la confection d'un nouvel appareil. Il suffit d'ailleurs de creuser une fenêtre dans le corset, au niveau de l'escare, de la panser aseptiquement, pour la voir se cicatriser rapidement, sans que la marche du mal de Pott soit en rien aggravée, même lorsqu'une ou plusieurs apophyses épineuses sont mises à nu.

Corsets pour mal de Pott lombaire ou dorsal inférieur. — Nous avons appris par la pratique de notre maître, M. Ménard, que les corsets doivent être différemment construits selon que le siège de la tuberculose vertébrale est haut ou bas placé.

Pour les gibbosités bas situées la suspension par la tête est inutile ; de plus elle est insuffisante. Le moyen qui paraît le plus efficace consiste à mettre les enfants dans le décubitus ventral, soutenus seulement par le milieu des cuisses et le haut du thorax, au niveau de la poignée du sternum. Dans cette position le dos se creuse fortement, les deux segments vertébraux s'étendent par la formation d'une lordose compensatrice. Il est inutile d'ajouter qu'on n'agit en rien sur la gibbosité pour défléchir les deux segments qui la forment.

Cette attitude est très bien supportée des malades. On applique l'enveloppe ouatée et le paquet abdominal. Puis les bandes sont enroulées uniformément depuis la fourchette du sternum jusqu'au milieu des fesses. On peut les renforcer dans le dos par des lames de zinc. Il est utile quelquefois de passer une bande plâtrée par-dessus chaque épaule.

Une bande de toile, modérément serrée, applique étroitement l'enveloppe plâtrée sur le corps. Quand l'appareil est sec, l'enfant est mis debout : avec des ciseaux on régularise immédiatement le corset sous les aisselles et au-devant des cuisses dont il doit permettre une flexion suffisante pour ne pas gêner la station assise. Il y a avantage à faire cette régularisation avant que l'appareil ait pris toute sa dureté.

Ainsi fait le corset porte fortement en arrière les épaules du malade ; il permet d'explorer avec facilité les fosses iliaques pour y chercher les abcès.

Corset pour mal de Pott dorsal supérieur ou cervical. — Il est ndiqué de prendre point d'appui le plus loin possible sur

les deux segments vertébraux, de manière à avoir un bras de levier très long, par conséquent une force très grande. Ménard et Calot conseillent d'appliquer un corset-minerve étendu de la base du crâne aux épines iliaques.

Cet appareil est appliqué sur le sujet suspendu. Sayre suspendait le patient par les aisselles et par la tête. La suspension par les aisselles est rapidement douloureuse ; de plus les appareils construits de la sorte sont toujours défectueux, en tout cas beaucoup moins réguliers et corrects qu'avec la suspension par la tête seule, que conseillent d'employer Calot et Ménard. La suspension par les pieds n'offre pas d'avantages tels qu'elle doive remplacer la précédente.

Deux bandes de tarlatane passent l'une sous la pointe du menton, l'autre sous l'occiput, se rejoignent et se nouent au-devant des pavillons de l'oreille, sur chaque région temporale. La tête est mise ainsi dans une extension modérée ; il faut éviter que la tête soit fléchie, car l'extension du segment supérieur serait insuffisante ; si la tête est trop étendue le larynx est étiré et la respiration est difficile.

On soulève l'enfant, à l'aide de la poulie, jusqu'à ce que les pieds reposent sur le sol seulement par leur pointe. Il est inutile de les détacher complètement du sol. Les enfants supportent très bien cette suspension ; les adultes, au contraire, la tolèrent mal.

L'enveloppe ouatée est alors appliquée autour du tronc, du cou et de la tête, en laissant la face libre.

Une bande de tarlatane l'assujettit. Les bandes plâtrées sont enroulées régulièrement autour du tronc, depuis le milieu des fesses jusqu'aux aisselles ; elles passent par-dessus les épaules, entourent le cou, le menton, la nuque et la tête, Les bandes de suspension sont englobées dans le plâtre. Il faut serrer assez fortement les bandes qui entourent le cou.

Quand l'appareil est sec, l'enfant est détaché, couché sur un lit horizontal et l'appareil aussitôt régularisé. Avec des ciseaux on libère les aisselles et les cuisses ; au niveau de la tête on coupe l'enveloppe plâtrée selon une ligne à peu près horizontale qui suit le bord inférieur du maxillaire, passe sous le pavillon de l'oreille et aboutit à la protubérance occipitale externe.

L'appareil est alors formé d'un corset ordinaire portant en haut une minerve en cupule dans laquelle reposent le maxillaire et l'occipital. Il faut que l'appareil soit très rétréci au niveau du cou pour que la tête ne puisse s'abaisser et s'engoncer dans la minerve.

Ce corset convient au mal cervical ou cervico-dorsal ; dans le mal dorsal supérieur on peut supprimer la cupule qui emboîte le crâne et limiter la minerve au « col officier » qui s'arrête à l'union du crâne et du cou.

On garnit d'ouate les bords de l'appareil pour éviter l'ulcération des téguments. Si l'indication s'en présente, on est autorisé à percer une fenêtre, soit au niveau de la gibbosité, soit au niveau de l'abdomen, soit au niveau d'un abcès cervical à surveiller ou à ponctionner.

Pour maintenir le corset propre, il suffit de le couvrir de quelques tours de tarlatane apprêtée et mouillée ; on la change tous les huit jours.

L'appareil plâtré est enlevé et changé par un nouvel appareil lorsqu'il se déforme, se ramollit, se casse par quelque endroit ; un bon corset bien fait dure deux à trois mois.

Autres appareils. — Nous n'avons parlé jusqu'ici que d'appareils plâtrés parce qu'ils sont les plus communément employés et les plus commodes.

Le corset silicaté se dessèche plus lentement, ce qui rend difficile l'immobilisation en bonne attitude. Il a l'avantage d'être léger.

Les appareils dextrinés ne sont plus guère usités. Les corsets en celluloïd sont d'une fabrication assez complexe ; de même les corsets en feutre.

Quant aux appareils en cuir moulé avec pièces d'acier, construits par les orthopédistes, ils offrent des inconvénients multiples : leur prix est élevé ; ils sont amovibles, ce sont les parents qui les enlèvent, les réappliquent, généralement mal ; la bosse est donc cachée le plus souvent, mais le rachis n'est pas soutenu par ces appareils ; d'autant plus que les vis de rappel se faussent, les pièces métalliques se fléchissent et qu'en somme ces corsets sont rapidement hors d'usage.

D'une façon générale, le *corset plâtré inamovible* est celui qui a la préférence des chirurgiens d'enfants. Il est peu coûteux et solide, d'une application facile ou du moins rapidement enseignée par la pratique, il maintient très bien le rachis.

Les corsets amovibles, de quelque substance qu'ils soient faits, faiblissent très vite et deviennent insuffisants au bout de peu de temps.

Action des corsets. — L'action favorable des corsets a été expliquée de trois façons : ils immobiliseraient les deux segments vertébraux ; ils pratiqueraient l'extension continue du rachis suivant son axe et empêcheraient la pression du segment supérieur sur l'inférieur ; enfin, ils maintiendraient le rachis en lordose compensatrice et s'opposeraient à l'inflexion.

Le premier mécanisme invoqué n'est exact que dans une certaine mesure ; sans doute un corset bien fait empêche les mouvements intempestifs et les grands traumatismes, mais il ne s'oppose pas aux petits déplacements ; il ne pourrait en être autrement que si le corset embrassait étroitement le corps. Il n'en est rien ; le thorax se meut dans la respiration, l'abdomen se dilate dans la digestion ; la circulation en retour n'est possible que s'il y a une compression modérée du thorax et du cou.

Peut-on admettre que le corset pratique l'extension continue du rachis, qu'il transmet le poids de la tête et des épaules au bassin en soulageant la colonne vertébrale ; qu'il fait, suivant l'expression de M. Ménard, du malade « un crustacé dont tout le squelette est extérieur » ?

Les auteurs sont unanimes à rejeter cette opinion ; si le corset transmettait réellement le poids des épaules et de la tête au bassin, la pression des aisselles sur le corset ou sur les béquillons serait rapidement intolérable, suivie à brève échéance d'ulcérations et d'escares ; la pression de la tête sur le corset minerve produirait les même lésions au niveau du menton et de l'occiput.

D'ailleurs, même avec les appareils les mieux faits on peut soulever les épaules du patient, relever le menton et l'occiput ; il est évident qu'une extension continue sérieuse n'est pas réalisée dans ces conditions. Le rachis continue donc à transmettre au bassin le poids des parties sus-jacentes du corps.

L'intéressant est de voir dans quelles conditions se fait cette transmission. Si le corset est appliqué en lordose exagérée, comme les auteurs le conseillent, le poids se transmet, au niveau du foyer tuberculeux, non par l'intermédiaire des corps vertébraux, mais par l'intermédiaire des arcs postérieurs, lesquels sont indemnes de tuberculose. Le foyer tu-

berculeux est décomprimé et, de la sorte, la cause de l'ulcération compressive est supprimée.

Pour nous résumer, le corset correctement appliqué joue un rôle utile par un mécanisme complexe : il immobilise partiellement les segments vertébraux et limite les froissements réciproques; il crée des lordoses compensatrices audessus et au-dessous du mal, dans les portions saines ou rachis; par cela même il s'oppose à l'inflexion du segment supérieur sur l'inférieur; enfin, reportant le poids du segment supérieur sur le rachis postérieur, il décomprime le foyer tuberculeux. Il ne pratique pas l'extension des deux segments du rachis et n'enlève pas au rachis son rôle de transmetteur des poids.

Les chirurgiens qui pratiquaient le redressement vrai de la gibbosité, à l'exemple de MM. Calot et Chipault, ont renoncé presque tous aux manœuvres violentes qu'ils mettaient en œuvre. Les publications qu'ils font périodiquement montrent qu'ils ont cessé de dérouler la gibbosité, de défléchir la portion nécrosée du rachis, qu'ils n'escomptent plus la consolidation de la colonne osseuse réduite à la série des lames vertébrales. Les tractions vigoureuses, les pressions du chirurgien « jusqu'à l'extrême limite de ses forces », l'emploi du ciseau à froid sont désormais des pratiques bannies.

On n'emploie que des procédés d'une grande douceur, suspension simple, avec ou sans chloroforme, avec ou sans traction par des poids attachés aux jambes. Dans ces conditions il n'y a plus désengrènement des segments vertébraux dans la gibbosité, il n'y a donc plus de redressement de la gibbosité. Celle-ci est laissée intacte. Le redressement porte au-dessus et au-dessous d'elle, sur les portions saines du rachis; il y développe et y exagère les courbures de compensation qui tendent à se faire spontanément d'ailleurs; la difformité créée par la gibbosité devient de la sorte moins choquante, ce qui fait croire à des esprits non prévenus que la gibbosité a été réellement redressée.

On est donc revenu à la méthode que Sayre préconisait; on a perfectionné l'extension et surtout les chirurgiens ont appris à bien faire les corsets, à leur donner l'ampleur, la forme et la force nécessaires. A ce point de vue les discussions touchant le redressement ont été fécondes en résultats.

Inconvénients des corsets. — Nous en avons signalé un, la possibilité d'escares. Il faut citer encore l'eczéma et des éruptions diverses qui se développent surtout chez les enfants. Enfin, l'usage prolongé de corsets plâtrés peut donner lieu à des atrophies musculaires très étendues et très profondes. Tous ces inconvénients disparaissent par la suppression des corsets et leur remplacement momentané par le décubitus dorsal.

V

Conclusions. — Quelle que soit la période du mal vertébral, le traitement de choix est l'immobilisation du malade dans le décubitus horizontal avec exposition prolongée au grand air. La durée de ce traitement est très longue.

La méthode ambulatoire avec corsets n'est qu'une méthode de nécessité, au moins pendant la période d'évolution du mal de Pott; elle convient à la convalescence, à la période de réparation des lésions, combinée, à des degrés divers, avec la méthode de repos.

L'apparition de complications, abcès, paraplégies, atteinte de l'état général, commande le repos au lit.

Les corsets plâtrés inamovibles sont les plus utiles; ils seront appliqués sur le rachis en lordose; leur longueur varie avec le siège du mal de Pott.

Le redressement vrai, avec déflexion de la gibbosité, est peu recommandable, presque complètement abandonné. Le redressement doit porter sur les parties saines du rachis pour les étendre en lordose et décomprimer le foyer tuberculeux.

DOIT-ON TRAITER LA FIÈVRE ET COMMENT ?

Cette question est encore des plus discutées. Au dernier Congrès international de médecine, M. Lépine concluait qu'il faut traiter la fièvre, M. Stokvis n'admet le traitement antipyrétique que dans les pyrexies graves, M. Robin le proscrit au contraire dans tous les cas d'hyperthermie grave, réalisée par des infections profondes. Revenant sur cet important sujet, M. Jendrassik (de Buda-Pesth) [*Revue de méd.*, 10 nov. 1901] se demande s'il est nécessaire de traiter la fièvre.

Les auteurs qui n'osent pas combatre l'hyperthermie s'appuient sur des raisons diverses. Ils invoquent, tout d'abord, l'influence favorable de la fièvre, théorie reconnue fausse depuis que les travaux de Jürgensen, Liebermeister et Brand établirent que l'hyperthermie constitue, par les altérations graves qu'elle détermine dans les tissus, le véritable danger de la maladie : ils font remarquer, de plus, que les statistiques condamnent formellement l'emploi des antipyrétiques, puisque cette médication aurait donné plus de morts que l'abstention simple. On peut répondre à cet argument que les statistiques n'ont jamais dit que ce qu'on voulait leur faire dire, qu'il ne serait pas difficile d'en trouver de favorables (statistiques de Brand, de l'École de Lyon), et qu'enfin, si l'antipyrèse ne paraît pas diminuer sensiblement la mortalité, elle ne nuit pas, au moins, à l'issue de la maladie; ils affirment enfin que « la fièvre, étant sur la terre du bon Dieu, doit être bonne à quelque chose ». Pel et Liebermeister disent, par exemple, que la constance de l'apparition de la fièvre dans les maladies infectieuses montre que cette fièvre est une réaction opportune et indispensable de l'organisme. Cette raison paraît quelque peu puérile. Est-ce que la constance du tubercule résultant de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch prouve sa bénignité? Est-ce que quelqu'un a jamais été guéri par l'accès fébrile de l'infection paludéenne?

Ces spéculations illogiques ou peu fondées ne doivent pas faire oublier les bienfaits que l'on retire, en clinique, de l'antipyrèse. « Laissons de côté la théorie, a dit justement M. Lépine, et déterminons cliniquement le meilleur traitement à appliquer aux malades atteints de fièvre. »

L'étude approfondie de cette question conduit M. Jendrassik aux résultats suivants : 1° *la mortalité n'a pas essentiellement changé par l'emploi de l'antipyrèse*; cependant chaque observateur attentif se rappelle des cas de maladies infectieuses dans lesquelles l'état extrêmement grave du malade fut tellement amélioré par l'antipyrèse qu'on peut sérieusement dire qu'on a sauvé la vie du malade par ce procédé; 2° *l'antipyrèse n'a peut-être pas d'influence sur la durée de la maladie*; 3° *l'action des médicaments finit avec leur effet*, « et c'est une superstition que d'attribuer à ces moyens une autre influence plus durable sur la maladie ou sur l'organisme ». Malgré ces restrictions, la médication antithermique doit être employée, ne fût-ce qu'au point de vue symptomatique, pour diminuer le malaise des fébricitants.

Quels sont les procédés à recommander dans ce but? Et d'abord que faut-il préférer, du bain froid ou de l'antipyrèse médicamenteuse? L'hydrothérapie de la fièvre est liée intimement à l'indication fournie principalement par Liebermeister, selon laquelle il suffit de provoquer des rémissions dans l'hyperpyrexie sans chercher à abaisser d'une façon continuelle la température élevée du malade. Mais le bain cause à l'organisme un surcroît de travail, une combustion exagérée, et ne diminue presque pas la température des organes internes. « Vraiment, le bain tempéré a un effet sédatif, rafraîchissant, tonique, hygiénique, précieux, et si on l'administre pour ces raisons, on sera content, mais quant à son action thérapeutique, l'on a, à juste titre, perdu toute confiance. Je ne crois pas que quelqu'un, qui a l'habitude de surveiller de près son malade, n'ait pas gardé l'impression que les bains, surtout s'ils sont souvent renouvelés, tout en n'altérant pas véritablement la fièvre, fatiguent le malade qui commence à frissonner au bout de quelques minutes; et bientôt on est obligé de le remettre dans son lit, même — curieuse antipyrèse ! — on doit chauffer son lit, le couvrir avec soin et lui mettre une bouillotte aux pieds. » En réalité l'hydrothérapie froide comporte un grand nombre de contre-indications. Au contraire, les antipyrétiques chimiques, si déconsidérés qu'ils soient, n'en ont pas; les effets antipyrétiques du bain froid ne peuvent rivaliser avec l'antipyrèse médicamenteuse. Les dangers de collapsus, de faiblesse du cœur que l'on a attribués à l'emploi inconsidéré des antithermiques chimiques ont été démesurément agrandis et l'on cherche en vain des preuves cliniques : la littérature est muette sur ce point, bien que, depuis vingt ans, on répète cette assertion, et M. Jendrassik n'a pu trouver, dans toute la littérature médicale, une seule victime assurée de l'antipyrèse médicamenteuse. Il existe des cas de malaise passager, surtout au commencement de l'abaissement de la fièvre, puis des cas avec température un peu au-dessous de la normale, mais ces états de faiblesse avaient toujours une heureuse issue dans un court laps de temps. Ils étaient provoqués par une sensibilité spéciale envers ces médicaments ou par la coïncidence avec la crise ou avec une intermission spontanée de la fièvre. Quelques excitants ont toujours suffi pour rétablir le malade et, en tout cas, il est hors de doute que l'antipyrèse, pratiquée sérieusement, est exempte de dangers.

Quelles sont les substances auxquelles il faut donner la préférence en cas de fièvre? Dans les traités, la *quinine* est encore la plus accréditée, mais vraiment, sauf pour le traitement de la malaria, elle donne des résultats très inférieurs aux produits nouveaux à cause de ses inconvénients nombreux et de son efficacité moindre. Dans les fièvres d'intensité moyenne, l'*aspirine* produit une sédation très agréable et facilite la transpiration. Dans les fièvres plus graves, M. Jendrassik donne, surtout chez les enfants, la *phénacétine*, mais l'effet de cette substance n'est que passager. L'*antipyrine* donne aussi de bons résultats. Avec ces substances on peut lutter avec succès contre la fièvre dans la majorité des cas.

A quelle dose employer ces médicaments? Il faut y aller hardiment et administrer en une fois 1 gramme à 1g50 de phénacétine par la bouche ou 3 à 5 grammes d'antipyrine par la voie rectale. Il ne faut pas diviser ces doses, qui suffisent pour une action d'environ six heures. C'est au bout de ce temps qu'il faut renouveler la dose en se basant moins sur le temps écoulé que sur la réapparition de la fièvre : on redonne l'antipyrétique dès qu'elle commence à monter. Pour les enfants, on donne une dose inférieure à celle que nous avons indiquée plus haut, mais les nourrissons ont eux-mêmes besoin de doses assez élevées (0g40 à 0g70). Il faut tâcher de choisir les heures et les doses de façon que l'action maxima de la dose de l'après-midi se produise de deux à quatre heures. M. Jendrassik conseille avec raison de ne pas donner pour la première fois une pleine dose à un malade qu'on ne connaît pas auparavant.

L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(27 NOVEMBRE 1901)

Nous revenons sur **les cuillers et les fourchettes trouvées dans l'estomac** : M. Rochard analyse une observation de M. Meyer (de Toulon), dans laquelle il s'agit d'une jeune femme qui avait avalé deux manches de cuillers. L'une de ces cuillers, après avoir passé dans l'intestin, a déterminé une fistule intestino-pariétale et a pu être retirée directement par cette fistule.

M. Le Dentu revient sur son observation, dont on a parlé dans la dernière séance; il maintient l'interprétation et les explications qu'il a données lorsqu'il a publié cette observation, relativement au passage de cette cuiller de l'estomac dans la cavité péritonéale sans traces de son passage sur les parois de l'estomac.

A propos de la communication faite par M. Loison sur un cas de **plaie pénétrante du canal rachidien**, M. Walther apporte une observation analogue. Il s'agit d'une jeune fille qui reçut, presque à bout portant, une balle de revolver au dessus de la clavicule gauche et qui pénétra dans le poumon; cette jeune fille fut amenée à l'Hôtel-Dieu, en état de schock, avec abaissement de température et tous les signes d'un épanchement dans le thorax, et d'un pneumothorax; en même temps, elle présentait une paralysie absolue, avec une douleur aiguë à la partie postérieure du cou et dans les parties supérieures des bras. Tel était l'état de la blessée lorsqu'elle arriva à l'Hôtel-Dieu peu de temps après l'accident; ce fut M. Frédet qui l'examina à ce moment. Le lendemain, M. Walther la trouva dans le même état, constata un hémato-pneumothorax avec épanchement dans la plèvre gauche, paraplégie absolue, abolition de tous les réflexes.

Cette jeune fille fut soumise à l'examen de M. Brissaud, qui attribua les accidents qu'elle présentait à un épanchement intrarachidien. Quatorze ou quinze jours après, l'épanchement intrathoracique avait disparu, mais les troubles médullaires persistaient; elle avait eu, en outre, des troubles trophiques précoces, des escares au sacrum, au talon; de l'œdème des membres inférieurs, une extrême difficulté des évacuations. La radiographie et la radioscopie montrèrent que le projectile se trouvait au niveau de la seconde vertèbre dorsale. Vingt-cinq jours après le traumatisme, M. Walther alla à la recherche du projectile; il fit une longue incision, mit à nu les lames vertébrales, pénétra dans le canal rachidien; avant d'ouvrir la dure-mère, il explora la région avec le doigt et sentit le projectile placé horizontalement; il ouvrit la dure-mère qui était intacte, ne trouva aucune trace d'épanchement, enleva le projectile et constata alors que la moelle était complètement coupée; les deux bouts étaient distants l'un de l'autre d'un centimètre; la section était très nette; M. Walther se contenta de refermer la dure-mère et la malheureuse jeune fille succomba trois mois et demi après avoir été frappée.

M. Legueu a observé un cas analogue chez un blessé qui était dans le service de M. Lucas-Championnière; ce blessé présentait tous les signes d'une lésion médullaire : paraplégie, etc.; cependant, les réflexes n'étaient pas complètement abolis. M. Championnière ne crut pas devoir opérer ce malade; M. Legueu, appelé à le suppléer, se décida à l'opérer; il s'agissait d'une section incomplète de la moelle portant surtout sur les cordons postérieurs. L'opération n'amena aucune amélioration, et ce malade succomba.

M. Lucas-Championnière se rappelle qu'au début les réflexes, chez ce blessé, étaient complètement abolis; devant la gravité des symptômes, la persistance de la paralysie, M. Lucas-Championnière ne se soucia pas de l'opérer, comptant bien peu sur un succès. L'événement a montré qu'il avait eu raison. Il s'agissait, dans ce cas, d'un coup de pointe de couteau dans la moelle. La chute avait été immédiate.

M. Delagenière fait une communication sur le **pneumothorax pratiqué comme temps préliminaire de toute opération sur le poumon.** Il a déjà attiré, sur ce point, l'attention des chirurgiens au dernier Congrès. C'est un nouveau fait qu'il vient apporter aujourd'hui à la Société de chirurgie; ce fait prouve qu'on peut sans danger provoquer un pneumothorax momentané. Une femme de cinquante ans était atteinte d'un volumineux chondro-sarcome du dos; première ablation avec résection des neuvième et dixième côtes; récidive, seconde opération dans laquelle on constata que la tumeur a envahi la plèvre, ouverture de cette séreuse; la tumeur est adhérente au poumon; large ouverture de la cavité thoracique; la brèche est comblée avec le poumon lui-même qui y est amené; suture, fermeture, guérison. M. Delagenière fait suivre cette observation de réflexions et de conclusions semblables à celles qu'il a déjà posées au Congrès de chirurgie.

Après la chirurgie du poumon, celle du cœur; très intéressante, l'observation de M. Fontan (de Toulon); c'est un nouveau cas de **suture du cœur** suivi de guérison comme le premier que M. le docteur Fontan a porté également devant la Société de chirurgie. Voici le fait : un soldat reçoit un coup de couteau; il est aussitôt porté à l'hôpital; il n'y a pas de perte de connaissance, le facies est pâle, avec des sueurs froides abondantes; le pouls est à 120 et 130, imperceptible; il y a une plaie d'un centimètre et demi en dehors du mamelon gauche et tous les signes d'une hémorragie interne; angoisse respiratoire, etc. M. Fontan diagnostique une plaie pénétrante de la poitrine avec blessure probable du cœur. Il intervient deux heures après l'accident; après chloroformisation, il pratique un large volet thoracique à base externe, constate l'affolement du cœur, ses battements tumultueux, trouve un épanchement sanguin et une plaie du ventricule gauche; il fait une suture au catgut n° 3; une des aiguilles passe dans le ventricule; hémorragie aussitôt arrêtée par de nouvelles sutures. La cavité péricardique est débarrassée du sang qu'elle contient, fermeture du péricarde; le volet thoracique est rabattu sur la plaie. Aussitôt le pouls revient, les bruits du cœur sont nettement perçus; le pouls est à 106; il y a 48 respirations. On a fait des injections de sérum et de caféine. Tout allait bien, lorsque le sixième jour le malade est pris d'angoisse respiratoire; le visage est défait, il y a une défaillance, une syncope. Le malade accuse un point de côté à droite; il y a de la matité, il s'agit d'une pneumonie modérée avec un infarctus. Enfin, il se fait un épanchement pleural à gauche; la température est à 38, il y a manifestement des phénomènes d'infection de la plèvre gauche, traitée par une thoracotomie. En dernier lieu, survient une phlébite du membre inférieur droit.

Tous les accidents disparaissent, le malade guérit en conservant seulement un peu de tachycardie, puis d'anémie.

M. Fontan fait suivre cette observation de quelques réflexions; il insiste sur les signes qui donnent lieu à une grande présomption en faveur d'une plaie du cœur. L'intervention décidée, il faut compter avec les difficultés opératoires : M. Fontan donne la préférence au volet thoracique à base externe; ce volet doit comprendre les quatrième, cinquième et sixième côtes, mettant à jour la moitié inférieure du cœur. La suture est rendue difficile par les mouvements du cœur; on a discuté la question de savoir s'il fallait choisir la diastole ou la systole pour passer l'aiguille, c'est là une discussion oiseuse on : passe l'aiguille comme et quand on peut.

C'est un beau succès qu'a obtenu M. Fontan et son intéressante communication a soulevé les applaudissements de l'assemblée, chose rare dans les annales de la Société de chirurgie.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement pathogénique de l'épilepsie.

Par le docteur P. Jamot.

« En dehors des soins à donner pendant les attaques, accompagnées ou non de troubles psychiques, dit M. Roubinovitch, dans son excellent article du *Manuel de thérapeutique* (1), l'épilepsie est une maladie dont le traitement doit avoir pour objectif d'éviter le retour des accidents comitiaux, sous n'importe quelle forme, absences, vertiges, crises convulsives, etc. »

L'étude des causes particulières de l'épilepsie qu'on est appelé à traiter doit permettre de diriger la thérapeutique de chaque cas d'une façon rationnelle.

Un enfant, un adolescent même, peut présenter, par exemple, des accès épileptiformes grâce à la présence d'*entozoaires*, de tænias ou d'ascarides. Voici un cas seulement justiciable d'un vermifuge.

Les crises convulsives sont-elles dues à la *syphilis héréditaire*? Celle-ci dépistée, c'est le traitement mixte qu'il conviendra d'appliquer : frictions avec 5 à 10 grammes par jour d'onguent mercuriel; lavements avec 3, 4 ou 5 grammes d'iodure de potassium.

Il faut également penser aux crises survenant sous le coup d'une *intoxication* (plomb ou absinthe), ou sous l'influence d'une *auto-intoxication.*

Les *causes chirurgicales* sont fréquentes (tumeur quelconque comprimant un centre nerveux). La question est loin d'être claire, et les exemples apportés récemment à l'Académie nous montrent qu'on ne saurait trop être prudent avant de proposer une intervention chirurgicale.

Contre l'*épilepsie essentielle*, dont nous ignorons toujours la cause intime, nous avons une arme puissante avec le bromure de potassium, ce médicament si justement appelé, par Gubler, « le sulfate de quinine des névroses convulsives » ou mieux encore « le pain quotidien des épileptiques », suivant l'expression de Charcot.

C'est donc le bromure de potassium pur et exempt d'iodure et surtout de chlorure qui semble encore aujour-

(1) Rueff, 1901.

d'hui, après tous les essais, rester le médicament de choix.

Employé pour la première fois en Angleterre par Laycock en 1851, il a été expérimenté en France par Brown-Séquard, Legrand du Saulle, A. Voisin, Germain Sée. Tous ont montré qu'il avait la propriété de modérer l'excitabilité réflexe de bulbe et de la moelle, c'est là sa raison d'être dans la thérapeutique du mal comitial.

Les manières d'administrer le bromure sont nombreuses, mais au fond, elles ne diffèrent que dans la forme, car elles ont toutes pour but de saturer l'organisme.

La méthode de Charcot, qui donnait des doses croissantes pendant quatre semaines, puis décroissantes pendant les quatre semaines suivantes (2, 3, 4, 5 grammes, puis 5, 4, 3, 2 grammes, etc.), la méthode de M. Féré, absolument analogue, celle de Gilles de la Tourette qui arrive ainsi à la « dose suffisante », donnent également de bons résultats.

La méthode métatrophique de M. Toulouse est basée, on le sait, sur la suppression du sel pendant la bromuration.

Dans notre pratique, nous nous en tenons à la manière d'Auguste Voisin, dont les recherches en cette matière sont devenues classiques.

Il conseille d'administrer le bromure de potassium à une dose suffisante pour supprimer le réflexe épiglottique. Chez les enfants de deux à trois ans, ce résultat est obtenu avec des doses de 0,50 centigrammes à 1gr50. Après cinq ans, il faut 2 à 5 grammes, après 10 ans, 3, 6, 8 ou 10 grammes, rarement au delà. Ces doses doivent être atteintes progressivement et maintenues longtemps sauf des accidents de bromisme.

Pendant vingt ans de pratique, nous n'avons jamais été arrêté par de semblables accidents, il est vrai que nous ne nous sommes jamais servi que de préparations sérieuses, telles que celles de Henri Mure. Avec son sirop mathématiquement dosé, nous n'avons obtenu, nous nous faisons un devoir de le dire, que d'excellents résultats.

Nous administrons le sirop au bromure de potassium de Mure, par cuillerées à soupe, quelques instants avant les repas, ou pendant le repas même. Chaque cuillerée à soupe contient exactement deux grammes de bromure de potassium.

Grâce au sirop d'écorces d'oranges qui sert de véhicule au bromure dans cette préparation, le médicament n'a aucun goût désagréable et est admirablement absorbé par les enfants.

En procédant ainsi nous n'avons jamais vu d'accidents ni de bromisme, ni d'intolérance gastrique. Mais d'une façon générale il est prudent de purger tous les mois les malades en traitement.

REVUE DES THÈSES

Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale, par le docteur Bréavoine. (Paris, 1901.)

Dans cette intéressante thèse, M. Bréavoine montre que la paralysie faciale, provoquée par la section ou la destruction du nerf facial dans sa portion intra-rocheuse, peut être guérie par une opération rationnelle, scientifique, parfaitement réglée : l'anastomose spino-faciale.

La suture du facial avec le spinal, pratiquée chez les chiens, tant en Italie qu'en Allemagne, a montré que la régénération nerveuse était un fait hors de doute : la restauration physiologique et histologique est indiscutable.

Il est donc indiqué de tenter l'opération chez l'homme, toutes les fois que le nerf facial aura été sectionné ou détruit accidentellement, au cours des opérations nécessitées par les suppurations de l'oreille moyenne et dans les traumatismes du rocher, principalement par coup de feu. On ne devra songer à cette opération que dans les cas où la paralysie sera considérée comme irrémédiable.

On pourra tenter également cette opération, à l'exemple de Kennedy, dans les cas de contracture du facial, qu'on anastomose avec le spinal après l'avoir sectionné, en entraînant ainsi sa paralysie.

La réunion du bout périphérique du facial au tronc du spinal avivé latéralement, ne paraît pas aussi facile que l'anastomose directe du facial avec la branche trapézienne du spinal ; cependant l'auteur ne la déconseille pas, pourvu toutefois qu'aucune traction ne soit exercée sur le nerf facial.

L'anastomose spino-faciale est délicate, mais inoffensive. La blessure de la veine jugulaire interne peut être évitée avec un peu d'attention, et la paralysie du trapèze est le plus souvent limitée à quelques faisceaux claviculaires de ce muscle. En tous cas, les mouvements du bras du malade n'en sont point gênés, il n'y a pas d'hésitation entre cette légère parésie, négligeable en soi, et la restauration possible de la tonicité des muscles de la face. L'opération doit donc être tentée, dans les limites indiquées plus haut, puisqu'elle peut guérir la paralysie faciale, et que le seul reproche qu'on lui puisse faire est d'être parfois inefficace.

Mal de Pott : Du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la paraplégie, par le docteur L. Rozoy. (Paris, 1901.)

Cette importante thèse se divise en trois parties : redressement de la gibbosité; traitement opératoire de la paraplégie ; conclusions.

Redressement. — Le redressement brusque de la gibbosité pottique a été abandonné par tous les chirurgiens.

Le redressement lent et progressif par étapes successives, à l'aide de machines à extension diverses, avec ou sans chloroforme, conserve de nombreux partisans. Ce dernier semble indiqué dans les cas de paraplégie récente, de gibbosité non ankylosée.

Dans les cas de gibbosité ankylosée, le redressement corrige les déviations paragibbeuses.

Il n'existe pas encore, dans la littérature médicale, d'observation de résultat définitif vraiment probant.

Traitement opératoire de la paraplégie pottique. — Comme dans les cas ordinaires de maux de Pott, la mortalité opératoire est plus grande chez les adultes que chez les enfants.

Plus le siège est élevé, plus la mortalité est grande.

Il n'est pas prouvé qu'il y ait une époque meilleure qu'une autre pour opérer et il est impossible d'établir à quelle époque une opération doit être entreprise.

Aucun chirurgien n'interviendra quand il y a d'autres lésions tuberculeuses ou des escares sérieuses.

La fièvre hectique n'est pas une contre-indication pour tous les auteurs.

De toutes les opérations, la costo-transvectomie paraît être celle qui a donné les meilleurs résultats ; mais il ne faut pas oublier qu'à la suite, la fistule peut rester de longues années sans se fermer.

Le traitement opératoire ne donne pas de meilleurs résultats dans la paraplégie que le traitement médical. Tandis que par le traitement médical ou la simple abstention, 40 p. 100 guérissent après plus ou moins de temps, et qu'un grand nombre sont améliorés, le traitement opératoire donne comme résultat très peu de guérisons, des améliorations la plupart passagères, qui n'empêchent pas du reste les malades de mourir dans une proportion de 60 à 70 p. 100, qui doit être encore plus grande que ne le donnent

les statistiques, tous les cas défavorables étant moins souvent publiés que les autres.

Conclusions. — Le redressement et les opérations resteront donc des traitements d'exception applicables dans un très petit nombre de cas, mais ne seront jamais une méthode générale de traitement.

Le repos et l'immobilisation sont encore et toujours le seul traitement efficace et de la gibbosité et de la paraplégie.

Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius, par le docteur Gaëtan Appraillé. (Paris 1901.)

Cette intéressante thèse qui a été l'objet de nombreuses recherches de la part de son auteur étudie des malformations extrêmement rares.

Au point de vue fonctionnel, elles sont caractérisées surtout par l'absence des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras.

Elles semblent être le résultat d'une compression amniotique assez étendue survenant avant la formation du squelette.

Ces malformations peuvent consister : en l'absence de l'extrémité supérieure du radius, due à un arrêt de développement; ou en une déviation de cette extrémité; avec ou sans soudure au cubitus.

Certaines de ces malformations sont susceptibles d'un traitement chirurgical ayant pour but de permettre à l'avant-bras les mouvements de pronation et de supination.

L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus, par le docteur Jacques Delage. (Paris, 1901.)

En présence de l'insuffisance des résultats éloignés de l'oophoro-salpingectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des lésions inflammatoires des annexes, dit M. Delage, il convient de pratiquer une opération plus radicale.

L'hystérectomie abdominale permet d'enlever les lésions en totalité, de nettoyer le petit bassin de toutes les parties malades et de ne refermer l'abdomen qu'après avoir recouvert le plancher pelvien de péritoine sur toute sa surface.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale est plus facile, plus simple, plus courte que l'hystérectomie totale qui donne cependant de bons résultats et qui est indiquée dans les cas très suppurés où l'on veut établir un drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

Tous les procédés d'hystérectomie abdominale où l'ablation de l'utérus précède celle des annexes sont préférables car ils permettent l'ablation facile des masses annexielles de bas en haut, après avoir donné plus de jour pour les aborder.

L'hystérectomie vaginale est à rejeter pour tous les cas d'annexites même suppurées, même en période aiguë, et ne doit exister que pour ouvrir une voie d'écoulement aux collections suppurées du petit bassin dans les cas d'extrême urgence où l'état de la malade ne permet pas une intervention abdominale, dans ces cas si rares d'abcès pelviens de Landau.

Les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale dans les cas d'annexite sont supérieurs à ceux de toutes les autres opérations, qui ne sont pas moins meurtrières.

Contribution à l'étude des kystes du vagin; leur pathogénie, par le docteur Gabriel Feurtet. (Paris, 1901.)

M. Feurtet montre, dans le cours de cette étude des kystes du vagin, que, dès qu'on commença à se préoccuper de la pathogénie de ces kystes, plusieurs hypothèses ont été proposées, dont l'une a été longtemps admise comme la seule exacte, à savoir leur origine glandulaire. Il expose pour quelles raisons il a fallu reconnaître l'impossibilité d'une telle façon de penser. Une autre théorie vint la remplacer, laquelle eut à son tour des défenseurs nombreux, et à son tour devint classique, expression qui n'a, en science, rien d'absolu ni de définitif. Cette hypothèse donne aux kystes en question une origine hygromateuse.

Les diverses observations qu'il a pu recueillir, celles publiées à la fin de son travail l'ont amené à penser que cette origine hygromateuse n'avait rien de vraisemblable; l'examen histologique fait dans de nombreux cas, ceux que l'auteur a pu faire lui-même, lui ont démontré de façon absolue qu'il ne se forme pas de bourses séreuses donnant naissance à des kystes du vagin. De plus, les statistiques sur lesquelles semblent surtout s'être appuyés les partisans de cette hypothèse, ne montrent nullement que ces kystes se rencontrent particulièrement chez les femmes ayant accouché ou chez les prostituées; M. Feurtet a vu des exemples de kystes du vagin chez des vierges et des enfants.

Il pense donc pouvoir conclure formellement à une origine embryonnaire, qu'elle ait pour point de départ un reste des canaux de Muller s'il s'agit de la paroi postérieure du vagin ou un vestige des canaux de Gartner s'il s'agit de la paroi antérieure et des parois latérales. Si la poche kystique n'est pas formée des canaux ou d'un reste des canaux de Müller ou de Gartner, elle s'est développée dans l'intérieur de ces canaux par pincement de deux plis de la muqueuse ayant formé cavité close ou par invagination de cellules épithéliales; l'origine embryonnaire n'en existe pas moins.

Le traitement de choix consiste à faire l'extirpation complète de la tumeur.

Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique. Laparotomies répétées, par le docteur Émile Pernot. (Paris, 1901.)

L'étude des différents moyens qui ont été proposés contre la péritonite tuberculeuse chronique permet à M. Pernot de tirer les conclusions suivantes sur le traitement à appliquer dans les différentes formes de cette affection.

Toutes les formes chroniques de la tuberculose péritonéale sont justiciables du traitement médical; le but de celui-ci est de relever les forces défensives du malade et stimuler les processus curateurs, dont l'organisme dispose contre l'infection bacillaire. Il existe une forme qui est particulièrement favorable à ce mode de traitement, c'est la forme ascitique; elle donne, notamment chez les enfants, des succès inespérés. Dans la forme fibreuse, qui, comme on l'a dit, représente l'effort victorieux de la nature contre les lésions péritonéales, ce traitement donne aussi des résultats excellents.

D'une façon générale l'application de ce traitement ne doit pas être trop prolongée; dès qu'on s'aperçoit que les lésions n'ont aucune tendance à rétrograder et que l'état général commence à se ressentir de la lésion locale, on est en droit de recourir à des moyens plus actifs.

Par ces moyens, la ponction, suivie ou non d'injections modificatrices, constitue le procédé le plus simple et le plus inoffensif. C'est encore la forme ascitique généralisée, qui offre l'indication la plus précieuse à ce mode de traitement. Lorsqu'on n'a pas de raisons de craindre la blessure de l'intestin, la ponction « constitue la première tentative chirurgicale avant d'en venir à la laparotomie » (Legueu).

Mais l'évacuation pure et simple du liquide ascitique est souvent insuffisante pour arrêter la marche de la maladie. Pour rendre la ponction plus efficace, on a proposé de la faire suivre soit par des lavages antiseptiques soit par des injections de substances modificatrices, soit enfin par l'insufflation d'air, d'oxygène ou d'azote. Cette dernière méthode par son innocuité, par les résultats obtenus, semble rallier les suffrages de la majorité des médecins.

La laparotomie est le moyen le plus puissant qu'on puisse

opposer à l'infection péritonéale. Son indication est formelle après l'échec des autres moyens. Elle doit être entreprise d'emblée toutes les fois que, soit à cause de la virulence de l'infection, soit à cause du peu de résistance du terrain, l'organisme se trouve rapidement en état d'infériorité pour lutter contre l'infection. De même, si on soupçonne dans la cavité péritonéale la présence de collections enkystées, si l'absence de liquide et la rétraction du ventre font redouter les accidents graves imputables à la ponction, il est permis de recourir à la laparotomie sans essayer d'autres moyens. Cette opération a donné de brillants succès dans les formes ascitiques généralisées; elle a donné aussi des résultats très satisfaisants dans la forme fibreuse. Elle doit être toujours pratiquée dans les formes caséeuses (Maurange), où les chances de succès, pour être moins grandes, n'en sont pas moins réelles.

Toutes les fois qu'une première laparotomie s'est montrée insuffisante pour arrêter la marche progressive de la maladie, on ne doit pas hésiter à rouvrir le ventre du malade, et au besoin y revenir autant de fois que le cas l'exigera.

La condition nécessaire pour le succès de ces interventions répétées est qu'elles soient faites d'une façon hâtive. Il ne faut pas, par une expectation prolongée, faire perdre au malade les avantages déja acquis pr une première opération. On ne doit pas non plus attendre que l'opéré soit épuisé par les progrès de l'infection; il est indispensable que celui-ci ait conservé des éléments de résistance suffisants pour seconder l'effort de la nature.

Étant donné l'innocuité des laparotomies à répétition, le chirurgien est en droit d'intervenir de nouveau, aussitôt qu'il s'aperçoit que l'état du malade reste stationnaire et ne marche pas franchement vers la guérison. On perdrait un temps précieux si on attendait la reproduction du liquide et tous les autres symptômes d'une véritable récidive. Ce sont les symptômes généraux seuls indices de la virulence de l'infection, en dehors d'autres complications, qui doivent dicter la conduite du chirurgien.

Les formes ascitiques, les formes fibreuses dans les cas récidivants peuvent bénéficier grandement de ce mode de procéder, mais c'est surtout dans les formes caséeuses qu'on est en mesure d'apprécier l'efficacité de cette méthode. Elle a donné souvent des résultats inespérés.

Le mode d'action de la laparotomie n'est pas encore définitivement établi. Il est évident que le tubercule ne peut rétrograder que par sa transformation fibreuse; or, quelles sont les conditions qui favorisent cette transformation et par quel mécanisme agit la laparotomie? La réponse n'a pas encore été donnée d'une façon définitive.

L'évacuation de l'épanchement ascitique, en évitant l'absorption des leucomaïnes et plus particulièrement des tuberculines dissoutes dans celui-ci, joue un rôle certain dans le processus de guérison; elle met obstacle à l'une des causes de débilitation de l'organisme.

L'action de l'air est non moins certaine. Mais c'est surtout l'ensemble des agents physiques et chimiques (chaleur, traumatisme opératoire, lumière, assèchement, antiseptiques, etc.) qui, intervenant par l'intermédiaire de la laparotomie, provoquent une réaction de la part de la séreuse péritonéale et favorisent la régression des lésions tuberculeuses.

FORMULAIRE

Savon liquide.

M. le professeur Terrier emploie dans son service pour les soins à donner aux malades et les lavages, un savon liquide extrêmement utile dans la pratique. En voici la formule donnée par M. Bayard, interne en pharmacie, dans l'intéressante thèse de Delage :

Savon blanc.........	1 kilogramme.
Savon noir..........	1 —
Huile...............	1 —
Eau.................	50 litres.
Naphtol.............	25 grammes.
Essence de citron....	Q. s. pour parfumer.

Faire dissoudre le savon dans l'eau et l'huile pendant quarante-huit heures au moins, puis ajouter directement le naphtol et filtrer.

L'ichthyol contre les engelures.

Ichthyol.....................	5 grammes.
Chloroforme..................	2 —
Paraffine....................	3 —

En cas de plaies, supprimer le chloroforme et remplacer la paraffine par la pommade à l'oxyde de zinc (Unna).

Ichthyol...................	5 à 8 grammes.
Vaseline (lanoline).........	50 —

Laver à l'eau tiède ; puis appliquer la pommade (Dujardin-Beaumetz, Henri Fournier).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire de poche pour les maladies des enfants (1), par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Il y a dix-huit mois, l'auteur publiait à la même librairie deux gros volumes de thérapeutique intitulés : 1° *Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants*; 2° *Les médicaments chez les enfants*. Ces ouvrages étant trop volumineux pour accompagner le praticien au lit des malades, il a semblé au docteur Comby qu'en condensant dans un petit manuel toutes les notions, contenues dans les deux livres précédents, il rendrait un vrai service au corps médical.

On peut affirmer que ce formulaire répond à un réel besoin et qu'il remplit mieux que tous ceux qui ont paru jusqu'ici les desiderata de la pratique courante.

Pour faciliter les recherches, l'ordre alphabétique a été adopté tant pour l'énumération des maladies, qui occupe la première partie, que pour l'exposé des médicaments, qui constitue la seconde partie.

Malgré sa concision, ce travail est aussi complet que possible ; c'est ainsi qu'en parcourant au hasard les médications indiquées, on rencontre sous la rubrique *aérothérapie*, *climatothérapie*, des renseignements très précieux sur les stations de cure d'air, sur les cures d'altitude avec la nomenclature des stations climatiques fréquentées en France ou en Suisse, avec leur altitude exacte, enfin sur les stations hivernales françaises et italiennes. Plus loin, sous le titre *Eaux minérales* on trouve magistralement établies les principales catégories des affections pour l'envoi dans les villes d'eaux, c'est ainsi que, sans longues recherches et pour ainsi dire d'un seul coup d'œil, le médecin saura comment orienter : 1° lymphatisme, scrofule, scrofulo-tuberculose; 2° anémie et chlorose ; 3° rachitisme ; 4° arthritisme (obésité, diabète); 5° paludisme ; 6° rhumatisme subaigu et chronique; 7° appareil respiratoire ; 8° tube digestif; 9° voies génito-urinaires; 10° système nerveux ; 11° organes des sens ; 12° dermatoses. A l'article *hydrothérapie*, nous apprendrons les indications et le mode d'emploi : 1° de l'*eau froide* sous forme d'affusions froides, de bains froids, de drap mouillé, de compresses, d'enveloppements humides du thorax, de lavements d'eau froide; 2° de l'*eau chaude* en bains chauds simples ou médicamenteux, enfin, nous pourrons nous documenter sur les indications et les contre-indica-

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Rueff.

tions des bains de mer et des différentes zones balnéaires.

A la page 551 commence une table de posologie où le médecin trouvera immédiatement la dose des médicaments à prescrire et comme les doses sont fixées par année d'âge il ne faudra pas un gros effort de calcul pour obtenir des données exactes.

Enfin une table des matières dont la nécessité ne semble pas s'imposer, étant donné le plan général de l'ouvrage, vient par surcroît fournir des renseignements et faciliter les recherches.

En résumé, le docteur Comby a fait œuvre utile et indispensable en établissant une sélection dans le fatras thérapeutique de la médecine générale et en donnant un véritable vade-mecum au médecin des enfants. Son livre rendra service aux élèves parvenus à la seconde période de leurs études et il sera dans la poche de tous les praticiens que leurs nombreuses occupations professionnelles mettent dans la matérielle impossibilité de se livrer à de longues et difficiles recherches en compulsant, dans le silence du cabinet, les grands traités spéciaux ou les publications périodiques. Dr ALBÉRIC ROUSSEL.

Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau (1), par M. P. MAUCLAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. (Bibioth. de chirurgie contemp. : MM. les docteurs Ricard et Rochard, directeurs.)

Après une étude sur la chirurgie générale des muscles, des tendons, des synoviales et des bourses séreuses, l'auteur insiste sur l'importance qu'ont les lésions de ces divers appareils qui mettent en mouvement « les leviers osseux de la locomotion et de la station ».

Il traite très complètement les lésions traumatiques des muscles et des tendons, montre d'une façon très détaillée les infections des muscles et surtout des synoviales. Un chapitre est consacré à la description de la tuberculose des synoviales tendineuses.

Dans la deuxième partie, M. Mauclaire étudie ce qu'on pourrait appeler la dermatologie chirurgicale : les lésions traumatiques, infectieuses, parasitaires et trophiques de la peau qui nécessitent les soins du chirurgien. Citons les chapitres consacrés à l'actinomycose et à la botryomycose.

M. Mauclaire avait un écueil à éviter, trop de théorie et pas assez de pratique, aussi bien que le défaut contraire : il a réussi à nous donner un livre bien fait et qui sera consulté avec le plus grand avantage par les praticiens. E.

Chirurgie de l'appareil génital de l'homme (2), par M. J. ARROU. (Biblioth. de chirurgie contemp., publiée sous la direction de MM. les docteurs Ricard et Rochard.)

Ce livre ne saurait être trop recommandé, il joint à la perfection de la forme et de l'exposition l'étude approfondie de toutes les questions qui touchent à l'appareil génital de l'homme : anomalies de position du testicule, ses arrêts de migration, les traumatismes de cette glande. Il nous donne un travail très complet sur l'hydrocèle et discute les nombreux traitements qui peuvent être employés. Il passe ensuite en revue les hématocèles, toutes les variétés d'orchites aiguës, en réservant un chapitre d'ensemble pour leur étiologie, leur pathogénie et leur bactériologie.

M. Arrou a eu l'excellente idée de nous donner une description très complète et très détaillée de la tuberculose, de la syphilis et du cancer chez l'enfant, étude où il montre toutes les modifications que présente le tableau clinique de ces maladies quand, au lieu de survenir chez un adulte, elles atteignent un enfant.

Appelons aussi l'attention de nos lecteurs sur un chapitre très développé, consacré à l'étude si importante du diagnostic des tumeurs du testicule. Dans les derniers chapitres, sont successivement passés en revue le varicocèle, la phlébite du cordon, les kystes de la glande génitale. E.

(1) In-18 col., 425, cart. toile tête rouge, 79 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-18 col., 350 p., cart. tête rouge, avec fig. dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 27 novembre 1901, ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies, pour servir à Saint-Pierre-et-Miquelon, en remplacement de MM. Rencurel, Allard et Lambert : M. Abadie-Bayro, médecin aide-major de première classe, et M. Dhoste, médecin aide-major de première classe, stagiaire à Rochefort, précédemment désigné pour servir en Afrique occidentale française.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 47e semaine, 1019 décès, au lieu de 952 pendant la semaine précédente et au lieu de 842, chiffre de la moyenne pendant les semaines de novembre.

Les maladies de l'appareil respiratoire conservent une fréquence assez grande, mais qut n'augmente pas.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 9 pendant la 46e semaine (la moyenne est 10). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 44, nombre très faible en lui-même et d'ailleurs semblable à celui des semaines précédentes).

La variole a causé 9 décès, chiffre supérieur à la moyenne, au lieu de 3, 4, 4 et 3 pendant les semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux a aussi augmenté (41 au lieu de 32 et 22 pendant les semaines antérieures.

La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2); la scarlatine 4, comme pendant la 46e semaine; le nombre des cas nouveaux continue à augmenter (71, au lieu de 64, 54 et 32); la coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3); la diphtérie, relativement assez fréquente cette année, a causé 20 décès (la moyenne est de 4); le nombre des cas nouveaux est en augmentation : 123, au lieu de 77, 91, 92 et 107.

La diarrhée infantile a causé 33 décès de 0 à 1 an, (au lieu de 15 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 32.

En outre, 34 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 191 décès, au lieu de 189 pendant la 46e semaine et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 11); bronchite chronique, 28 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 46 (au lieu de la moyenne 29); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 103 (au lieu de la moyenne 59), dont 48 sont dus à la congestion pulmonaire et 53 à la broncho-pneumonie. En outre 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 204 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 décès; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 64 décès; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer a fait périr 55 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 18; enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Thérapeutique appliquée. — M. Albert Robin commencera ses leçons de thérapeutique appliquée le mercredi 4 décembre, à neuf heures trois quarts au grand amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié.

Sujet du cours. — Séméiologie et traitement des maladies de la nutrition. Interprétation des signes fournis par les échanges organiques, les coefficients urinaires et les rapports d'échange.

Clinique obstétricale. — M. le docteur Maygrier commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité

(amphithéâtre Potain) le jeudi 12 décembre 1901, à dix heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Union coloniale française. — Mardi prochain 3 décembre, à huit heures et demie, M. le docteur Crespin, professeur à l'École de médecine d'Alger, fera, dans la salle de la Société de géographie, une conférence ayant pour sujet : *Une mission au golfe Persique, défense de l'Europe contre la peste.*

M. Chailley-Bert présidera la séance.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alix (de Darney, Vosges), médecin principal de première classe en retraite, décédé à Toulouse, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et celle de M. le docteur Théophile Scheidecker, doyen des médecins d'Alsace-Lorraine, décédé à l'âge de quatre-vingt-six ans, à Rothau, où il exerça la médecine ainsi que dans toute la haute vallée de la Bruche, jusqu'à ces dernières années, époque à laquelle il fut remplacé par un de ses petits-fils, le docteur Charles Bernhardt (de Strasbourg).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de l'histoire naturelle et médicale des moustiques, par M. le docteur Henri Polaillon. In-18 de 128 p., avec 32 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. La pérennité de l'agrégation des Facultés de médecine. — DES TACHYCARDIES DE LA MÉNOPAUSE, d'après M. R. BAILLEAU. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. L'hygiène du nourrisson au sein, par M. LEVI-SIRUGUE, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés. — SIMPLES RÉFLEXIONS A PROPOS DES *Avariés*, DE BRIEUX. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 2 décembre 1901.

LA PÉRENNITÉ DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Les agrégés des Facultés de médecine sont, à juste titre, préoccupés de la situation qui leur est faite lorsque, après neuf ans de service, ils sont brusquement congédiés et deviennent agrégés *libres*. Cette liberté leur pèse, et le docteur A. Broca a saisi l'occasion du banquet donné aux nouveaux agrégés pour prononcer, devant l'ancien et le nouveau doyen de la Faculté, MM. Brouardel et Debove, devant les anciens agrégés aujourd'hui professeurs, une allocution dont nous donnons les principaux passages :

« La manière dont est organisé notre enseignement est une anomalie dans l'enseignement supérieur. Droit, lettres, sciences sont enseignés par des hommes qui, maîtres de conférences, professeurs adjoints, chargés de cours, titulaires enfin, ne quittent leur chaire que pour recevoir de l'avancement. Chez nous, au contraire, au bout de neuf années, l'agrégé est congédié; et nous pensons que là est le principal motif pour lequel l'enseignement est loin d'être, dans nos Facultés, aussi systématique et efficace que dans les autres branches de l'enseignement supérieur, pour lequel les examens prêtent trop souvent, chez nous, le flanc à la critique.

A ces hommes qui, pendant trente ans, vont professer, on peut demander des cours à programme soigneusement élaboré. De nous, qui sommes appelés trois ou quatre fois en neuf ans à faire un cours sur un programme changeant, souvent connu quelques mois seulement à l'avance, il est impossible d'exiger quelque chose de semblable. Car l'exposé didactique d'un programme complet nécessite un long travail de digestion. Ce n'est pas dès la première année qu'un professeur réussit à mettre au point une série de leçons formant réellement un tout. On se plaint de plus en plus que, dans notre Faculté, les cours soient délaissés par les étudiants; nous sommes persuadés que c'est parce qu'ils ne répondent pas bien aux besoins scolaires et que le changement serait grand le jour où l'enseignement serait pour nous une fonction définitive et non plus temporaire, presque accidentelle.

La pérennité de l'agrégation aurait encore l'avantage considérable que, le corps enseignant étant plus nombreux de façon permanente, et non plus augmenté par moments à l'aide de rappels intermittents à l'exercice, on pourrait revenir, pour les examens, au système ancien et excellent des séries à peu de candidats, système auquel, avec nos ressources actuelles en personnel, on a dû renoncer, parce que notre population scolaire s'est accrue dans des proportions formidables, en même temps que le nombre des examens augmentait par des dédoublements.

La science, enfin, tirerait grand bénéfice de cette mesure, car le système actuel empêche beaucoup d'entre nous de s'y consacrer comme ils le devraient et le désireraient. Il est douloureux, par exemple, de constater qu'à la Faculté de Paris il n'y a pas d'anatomiste de carrière : tous les agrégés d'anatomie, sauf un histologiste, sont en même temps, et surtout chirurgiens ou médecins des hôpitaux. La faute n'en est pas aux hommes, mais à l'Université, qui refuse à ces hommes à la fois une position scientifique stable et les moyens matériels d'existence. Ce n'est pas avec la perspective de 4000 francs d'appointements pendant neuf ans que l'Université peut avoir la prétention de s'attacher des hommes de science.

Cette nécessité d'une carrière fixe, à échelons successifs, l'Etat l'a comprise pour toutes les branches de l'enseigement supérieur, sauf pour la médecine. Pourquoi cette exception? Et pourquoi avons-nous mis si longtemps à nous en plaindre?

Parce que, de toute évidence, le diplôme de docteur en médecine, le titre d'agrégé nous permettent de gagner notre vie par la clientèle en dehors de l'Université, au lieu que cela est impossible pour les Facultés des lettres et des sciences. Et de là résulte aussi que, parmi nous, tous ceux à qui la clientèle est possible n'ont pas eu à souffrir. Pour ceux-là, l'enseignement seul a souffert; leurs intérêts matériels n'ont pas périclité.

Or, ceux-là étaient la presque totalité à l'époque lointaine où fut élaboré le premier statut de l'agrégation et même à celle, plus proche de nous, où Briquet, médecin de la Charité connu par ses travaux sur l'hystérie, était agrégé... de physique; à celle, plus proche encore, où l'histologie n'existait pas; à celle, enfin, toute moderne, où un seul agrégé

était à la fois anatomiste, physiologiste, histologiste. Par la force même des choses, étant donné les exigences actuelles de la science, tout cela a dû changer : le nombre des agrégés qui *devraient* n'avoir ni service d'hôpital, ni clientèle est beaucoup plus grand qu'autrefois. Il n'est donc pas étonnant que leurs désirs se manifestent à l'extérieur d'une façon plus intense.

Je dois ajouter tout de suite qu'on ne saurait, à cet égard, établir une distinction entre les agrégés de pathologie et les autres. Car de plus en plus en pathologie, et surtout en pathologie interne, la part du laboratoire devient grande. D'hier sont nées la médecine expérimentale, la bactériologie, la pathologie générale scientifique, l'histologie pathologique; il est plus que pénible, pour un agrégé qui, pendant neuf ans, s'est consacré aux études de ce genre, de se trouver, en pleine maturité, éloigné d'une Faculté dans laquelle et pour laquelle il a jusque-là travaillé, de n'avoir même pas droit à un laboratoire, d'être obligé de demander une hospitalité que ses maîtres ne lui refusent jamais, mais qui n'est pas un droit. Il est non moins pénible pour un agrégé de pathologie, en exercice ou hors d'exercice, de ne pouvoir participer à l'enseignement dans les hôpitaux que s'il est inscrit sur une liste spéciale : non seulement on ne lui envoie pas d'office des stagiaires, mais on lui refuse ceux qui désireraient s'attacher à lui.

Avec le système actuel, les agrégés sans clientèle sont donc sans aucune sécurité matérielle; indépendamment de toute question pécuniaire, nous n'avons pas dans notre enseignement la continuité nécessaire à la réussite; pour les examens, notre nombre insuffisant oblige à une surcharge fâcheuse des séries de candidats; au point de vue scientifique, nous pouvons d'un moment à l'autre être privés de toutes ressources; au point de vue moral, enfin, nous n'avons pas, dans le corps enseignant, une situation comparable, de loin, à celle des agrégés de droit, des maîtres de conférences de lettres et de sciences.

Les agrégés considèrent, en résumé, que, dans tout l'enseignement supérieur tel qu'il a été réorganisé, pour le plus grand honneur de la France, ils sont soumis à un régime d'exception mauvais pour eux, mauvais pour l'enseignement : ils demandent, tout simplement, à rentrer dans le droit commun.

On leur répond souvent que leur requête, en principe justifiée, doit être envisagée comme un corollaire d'une réforme autrement délicate, d'une refonte complète des statuts de l'agrégation, d'une modification profonde, en particulier, dans le concours d'admission. Nous demandons, au contraire, la disjonction, et voici pourquoi.

La manière de recruter les agrégés, de juger les concours, ne nous regarde pas et ne nous regardera jamais; la situation morale et matérielle qui nous est faite nous regarde. Que l'agrégation devienne une carrière : cela nous paraît tout à fait indépendant du mode d'entrée dans la carrière.

Chacun de nous, professeurs et agrégés, peut avoir une opinion différente sur le meilleur procédé de recrutement : nous avons affirmé électoralement, j'ai reçu mission d'affirmer ce soir que, quel que soit ce procédé, les agrégés de Paris demandent tous la pérennité de l'agrégation. Avec les professeurs de Paris partisans de nos idées sur ce point, nous avons peut-être la majorité dans l'Assemblée; la dernière élection au Conseil supérieur de l'Instruction publique a prouvé que, dans toutes les Facultés réunies, les amis de la pérennité réunissent la grande majorité des suffrages. Cela prouve que la question est mûre pour un examen approfondi. »

DES TACHYCARDIES DE LA MÉNOPAUSE

D'après M. R. Bailleau (1).

Les accidents cardiaques de la ménopause sont encore mal connus; si les palpitations, l'accélération des battements cardiaques étaient signalées par les anciens auteurs, du moins ceux-ci ne les rattachaient-ils pas à leur véritable cause, les attribuant soit à des lésions organiques préexistantes, soit à des affections nerveuses, l'hystérie principalement : c'est l'opinion soutenue par Barié et plus tard par Huchard. Stolz signale bien les troubles apportés par la ménopause à l'innervation cardiaque; mais c'est Clément (de Lyon) qui, le premier, étudie avec précision les troubles cardiaques qui se présentent avec les mêmes caractères chez des sujets n'ayant qu'une particularité commune, la ménopause. Les faits peuvent se diviser en deux groupes : dans le premier groupe, on range les sujets présentant les symptômes fonctionnels d'une maladie grave du cœur, sans que rien ne la révèle à l'auscultation; au second groupe appartiennent les malades porteurs d'une lésion valvulaire antérieure, mais restée latente jusque-là. S'agit-il dans le premier cas de désordres purement fonctionnels? M. Huchard ne le pense pas : pour lui, lorsque la ménopause s'établit d'une façon anormale, les femmes présentent de l'hypertension artérielle, cause incessante d'irritation de la membrane interne des vaisseaux, amenant à la longue son altération et constituant l'artério-sclérose : mais, comme le remarque Bailleau, avant que les lésions artérielles ne soient constituées, il s'agit de troubles purement fonctionnels, dont l'existence ne saurait dès lors être mise en doute. Huchard décrit six formes des affections cardiaques de la ménopause : 1° la forme *tachycardique* peut être fonctionnelle (hypertension artérielle) ou organique (lésion du cœur ou des vaisseaux); 2° la forme *artérielle* est organique (artério-sclérose); 3° l'hypertension artérielle peut *aggraver une cardiopathie préexistante* et jusque-là bien compensée; 4° la *forme névrosique* est caractérisée par des troubles purement nerveux (hystérie ou neurasthénie) : « c'est le nerf vague qui divague; » 5° des troubles réflexes peuvent être sous la dépendance des lésions de l'utérus (*forme utérine*); 6° l'obésité généralisée souvent observée au moment de la ménopause s'étend au cœur (*forme adiposique*). Bailleau s'attache surtout aux troubles *purement fonctionnels*; mais ceux-ci se divisent en deux groupes : les uns sont de nature réflexe, la ménopause aggravant des lésions de l'utérus qui retentissent directement sur le cœur; les autres, et ce sont les seules qu'il étudie dépendent directement de la ménopause, en dehors de toute lésion d'un autre organe : ils sont sous la dépendance de la *suppression de la fonction ovarienne*.

Vers le début de la ménopause, apparaissent des accès de palpitations. Les palpitations deviennent de plus en plus fréquentes, se manifestant même la nuit et s'accompagnant d'une légère sensation d'angoisse. Les bouffées de chaleur, les éblouissements, les vertiges, les lypothymies, sont des symptômes associés fréquents, ainsi que l'essoufflement : les accès de dyspnée sont fréquents, surtout lorsque la malade est debout ou fait un effort; cette dyspnée cardiaque

(1) Th. de Paris, 1901.

ne se révèle par aucun trouble respiratoire, sinon une légère accélération du rythme. Les troubles vaso-moteurs prennent quelquefois une importance particulière (pâleur des téguments, sensation d'angoisse, sensation de froid au niveau des extrémités). On peut noter aussi une sensation de pesanteur à l'épigastre, et de l'œdème léger des membres inférieurs, considéré comme fréquent par Clément et comme très rare par Kirch.

Dans tous ces cas, l'auscultation ne révèle rien, sinon une accélération notable des battements cardiaques dont le rythme reste normal; il n'y a pas d'hypertrophie du cœur; quant au pouls, il est faible et inégal pour Clément (hypotension), fort et régulier pour Kirch (hypertension).

Les accès ont une intensité et une durée variables (quelques minutes à un quart d'heure) ; ils sont irréguliers dans leur mode d'apparition et deviennent d'autant plus fréquents que la maladie se prolonge. D'ailleurs, avec le temps ou sous l'influence du traitement, l'amélioration se manifeste, la durée totale de l'affection variant de quelques semaines à plusieurs mois.

Le pronostic est toujours bénin, sauf les cas signalés par Huchard, où l'hypertension, cause des accidents, n'est que la première manifestation de l'artério-sclérose.

Peut-être doit-on rattacher aux tachycardies de la ménopause les formes frustes du goitre exophtalmique (Zalzal). Dalché pense que la ménopause peut à elle seule créer le syndrome de Graves-Basedow, opinion d'autant plus acceptable que l'on connaît mieux les relations entre les troubles ovariens et les affections du corps thyroïde (Galliard, Odeyé, Jayle, Moreau).

Le diagnostic de la véritable nature des tachycardies de la ménopause peut être délicat : il importe d'éliminer, par un examen attentif, les tachycardies par lésion organique du cœur, par réflexe viscéral, par névrose; et l'on arrive par exclusion à la seule cause possible, la ménopause.

Cela posé, quelle est le mécanisme de la tachycardie dans ces cas, quelle en est la pathogénie?

Si l'on admet qu'un seul facteur étiologique existe ici, la ménopause, on peut conclure facilement que les troubles observés dépandent des modifications de la ponction ovarienne.

Or, l'ovaire doit être considéré :

1° Comme une glande à secrétion externe dont l'ovule est le résultat, la ponte de l'ovule se traduisant par des hémorragies, les règles; la suppression de l'écoulement du sang peut déterminer dans l'organisme une véritable surcharge; la *pléthore sanguine* est peut-être dans certains cas la seule cause des accidents.

2° L'ovaire est chargé d'éliminer, par les menstrues qui sont en rapport direct avec l'ovulation, des produits toxiques (Andral et Gavarret, Robin et Boinet, Keller, Spillmann et Étienne).

3° L'ovaire est une glande à sécrétion interne, sécrétant un produit encore peu connu et utile à l'organisme (Brown-Séquard, Fedoroff, Caratulo et Farulli, Jayle, A. Gautier).

On conçoit que la suppression de la fonction ovarienne détermine des troubles plus ou moins graves (rétention de produits toxiques, et disparition d'une sécrétion utile à l'organisme). La tachycardie peut relever de l'excitation du grand sympathique agissant soit sur les artères (spasme des artères entraînant l'hypertension : Huchard), soit directement sur le cœur (Clément). Pour Bailleau, il s'agit non d'une action réflexe, mais d'une intoxication dont la cause serait dans l'*insuffisance ovarienne*, et cette action toxique semble se porter de préférence sur le grand sympathique : l'insuffisance ovarienne est donc la cause de l'excitation du système nerveux que Clément avait bien étudiée, mais sans en rechercher le mécanisme. Cette opinion est en rapport avec les bons effets de l'opothérapie ovarienne dans les tachycardies de la ménopause.

Si, en effet, dans le traitement de ces troubles on doit tenir un certain compte de l'élément fluxionnaire et combattre la pléthore par des purgatifs légers, des émissions sanguines, des bains de siège, des bains de pied sinapisés, etc.; si, lorsque l'hypertension est manifeste, l'opium et le bromure donnent de bons résultats comme l'a bien montré Huchard; et si, dans l'intervalle des crises, l'hydrothérapie combat efficacement l'hyperexcitabilité nerveuse, il n'en est pas moins vrai qu'à l'origine des accidents on trouve l'insuffisance ovarienne, et que, par suite, l'opothérapie ovarienne trouve ici sa place naturelle (Jayle, Muret, Dalché). On peut prescrire l'ovaire cru en ingestion, le liquide ovarique en injections sous-cutanées, ou l'ovarine en cachets ou en tablettes : on préférera cette dernière préparation (0gr20 centigrammes à 0gr40 centigrammes chaque jour, à prendre en deux fois). L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
30 NOVEMBRE 1901

M. Gaucher fait une communication sur une **nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure.** Depuis longtemps il emploie les injections de benzoate de mercure, comme préparation de choix, dans le traitement des syphilis graves. Il s'est servi d'abord de la formule de Stoukowenkoff, qui associait le benzoate de mercure à une petite quantité de chlorure de sodium et de chlorhydrate de cocaïne; il l'a ensuite remplacée par une autre préparation, due à M. Bretonneau, dans laquelle la dissolution du benzoate de mercure était effectuée par le benzoate d'ammoniaque, associé au benzoate de cocaïne. Cette préparation est assez difficile à exécuter, car elle exige l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque en excès. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il a eu l'idée de dissoudre le benzoate de mercure dans le sérum artificiel chloruré isotonique, pensant que cette préparation serait beaucoup mieux supportée que les précédentes par le tissu cellulaire.

Il a fait préparer par M. le docteur Lafay, pharmacien, et par son interne en pharmacie, M. Gandillon, sous le contrôle de M. Lextrait, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine, des solutions de benzoate de mercure dans un sérum artificiel contenant 7gr50 de chlorure de sodium par litre. Cette préparation, qui est stable, doit être ainsi formulée :

Benzoate de mercure..................	1 gramme.
Chlorure de sodium chimiquement pur..	0gr75 centigr.
Eau stérilisée.........................	100 grammes.

La dissolution du benzoate de mercure s'opère ainsi *très facilement*, à condition qu'il soit fraîchement préparé. Il faut prescrire au pharmacien de ne pas employer le benzoate de mercure du commerce, qui est impur et très difficile à dissoudre, mais de préparer lui-même son benzoate de mercure de la façon suivante : traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1,20; diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 p. 40. Cette préparation est longue, car le ben-

zoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps, à l'eau froide; elle exige huit à dix jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver deux mois et même davantage.

La solution de benzoate de mercure au centième dans le sérum isotonique doit être injectée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles) à la dose de 2 centimètres cubes par jour. Elle est très bien supportée, bien qu'elle ne contienne pas de cocaïne, et n'occasionne qu'une douleur minime; souvent même elle est complètement indolore. Sous tous les rapports, cette nouvelle formule très simple semble bien supérieure aux précédentes et actuellement c'est celle que M. Gaucher conseille toujours.

MM. E. Gaucher et Lacapère lisent une note sur un cas de **syphilis cérébrale (syphilis ignorée) diagnostiquée d'après une leucoplasie linguale et guérie par les injections de benzoate de mercure.**

Le 14 novembre 1901, entre dans leur service de l'hôpital Saint-Antoine un homme de soixante ans, atteint d'une hémiplégie droite totale, accompagnée d'hémichorée et de contracture. En l'absence de tout prodrome, il a été frappé brusquement d'un ictus; au réveil la paralysie est totale, occupant la face et tout le côté droit, elle s'accompagne d'hémichorée, d'hémianesthésie et de contracture. Le lendemain l'état s'aggravant légèrement, le malade entre à l'hôpital.

En présence de ces symptômes, on songe à une lésion organique localisée à la partie postérieure de la capsule interne; on fait appliquer quatre sangsues à la région mastoïdienne gauche et l'on fait une injection de benzoate de mercure le jour même. Le lendemain l'état est à peu près stationnaire. Les mouvements choréiques sont plutôt un peu moins marqués.

MM. Gaucher et Lacapère examinent à nouveau le malade et ils constatent sur la langue *deux taches de leucoplasie fibreuse* qui leur avaient échappé le premier jour.

Malgré l'absence de tout autre symptôme de syphilis ils instituent tout de suite un traitement mercuriel intensif, consistant dans l'administration quotidienne d'une injection de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Deux jours plus tard, l'amélioration est flagrante; la médication iodurée est adjointe aux injections mercurielles et le 21 novembre, quatre jours après la première injection, le malade est métamorphosé. L'amélioration s'accentue encore les jours suivants et, le 28 novembre, il ne persiste plus du côté malade que quelques mouvements choréiques, de l'exagération du réflexe patellaire et un peu d'hypo-esthésie. Le diagnostic de syphilis cérébrale s'impose ici. Ce diagnostic a été uniquement basé sur la constatation d'une leucoplasie linguale. On sait combien sont étroits les rapports de cette affection avec la syphilis acquise conceptionnelle ou héréditaire. Les auteurs n'hésitent pas à la considérer comme étant toujours d'origine syphilitique, bien que le traitement mercuriel soit souvent sans effet.

M. Merklen a fait porter à six malades de son service, atteints de **dilatation hypertrophique du cœur**, la ceinture cardiaque de Deschamps. Cette ceinture atténue ou supprime les troubles fonctionnels cardiaques mieux et plus commodément que la compression par la main. Elle est d'une application agréable et facile. La forme trapézoïde de la pelote, la concavité et l'épaisseur plus grande de son bord externe permettent une exacte adaptation et une compression suffisante de la région précordiale de dehors en dedans. Cette ceinture est indiquée dans les cas de palpitation avec ou sans dyspnée d'origine névrosique ou organique.

M. Duflocq critique les bases sur lesquelles M. Chantemesse a établi la **statistique de mortalité par la fièvre typhoïde à l'hôpital Tenon** pour les cas traités autrement que par sa méthode. M. Chantemesse était arrivé au chiffre de 31,8 p. 100 pour cette catégorie de malades. M. Duflocq prétend que, pour l'année 1900, la mortalité globale de Tenon, pour fièvre typhoïde, a été seulement de 18,5 p. 100 (30 décès sur 162 cas) et dans sa statistique personnelle de 12,12 p. 100 (4 décès sur 33 cas).

M. Achard présente un malade atteint d'**hystérie secrète**.

M. Massé présente deux malades atteints d'**astasie-abasie**.

M. Barbier lit deux notes, l'une concernant la **bradycardie dans la diphtérie**; puis il présente, en collaboration avec M. Zachiri, un travail sur un cas de **paralysie diphtérique en présence du bacille diphtérique dans le bulbe**. Ce mémoire peut être considéré comme la suite des anciens travaux de MM. Barbier et Tollemer sur la présence du bacille de Lœffler dans les organes.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hygiène du nourrisson au sein.

Par M. Levi-Sirugue,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés.

S'il est vrai qu'il vaut mieux prévenir le mal que le combattre, cet adage s'applique spécialement au nourrisson. La prophylaxie et l'hygiène qui ont fait accomplir de grands progrès en médecine en ont surtout réalisé dans la manière d'élever le nourrisson. Pour les classes pauvres il a été installé dans divers endroits des consultations de nourrissons où les mères viennent montrer au médecin leurs enfants sans attendre pour cela qu'il soient malades. Il serait à souhaiter qu'il en fût toujours de même en ville et que, comme la coutume tend à s'en introduire dans quelques familles, le médecin fût appelé à diriger l'alimentation du nourrisson normal dans les premiers mois de sa vie. On éviterait ainsi des mécomptes irréparables.

L'enfant peut être nourri *par sa mère*, *par une nourrice mercenaire* ou soumis à l'*allaitement artificiel*. La préférence doit être donnée à l'allaitement au sein et à l'*allaitement maternel*. En dehors des considérations mondaines, qui depuis l'éloquent plaidoyer de J.-J. Rousseau devraient être reléguées à l'arrière-plan, il y a de rares cas où la mère est dans l'impossibilité de donner le sein; c'est quand la forme du mamelon est absolument défectueuse, quand il est plat ou ombiliqué, ou quand la femme est atteinte d'une affection transmissible au nouveau-né et pour laquelle il n'est pas immunisé; par cette restriction nous excluons la syphilis; mais nous visons surtout la tuberculose. L'insuffisance de la montée de lait ne constitue que rarement une contre-indication, car il vaut mieux que l'enfant soit à l'allaitement mixte, c'est-à-dire à l'allaitement maternel complété par l'allaitement artificiel, qu'à ce dernier exclusivement.

Si l'on est obligé de faire choix d'une *nourrice*, c'est alors que le médecin doit faire appel à toute sa sagacité. On doit la choisir entre vingt et trente ans, multipare autant que possible et ayant déjà nourri, parce qu'elle sera plus habituée à soigner un enfant, et surtout parce qu'il y aura moins à craindre la suppression de sa sécrétion lactée. L'accouchement doit remonter au moins à deux mois, et le lait autant que possible ne devra pas avoir plus de six mois pour convenir à un nouveau-né. On évitera de la prendre de cheveux

roux, à cause de la fréquence de la fétidité de la sueur chez ces femmes et surtout de leur prédisposition à la tuberculose (Landouzy). Il faut qu'elle ait un aspect propre et qu'elle donne l'impression de la bonne santé.

Dans son examen, le médecin doit veiller à l'état de la bouche et des dents, et éviter les femmes qui ont des caries dentaires. On a vu des nourrissons succomber à des infections généralisées streptococciques ou staphylococciques ayant cette origine. Il ne doit pas y avoir d'adénite cervicale. L'examen sera scrupuleux au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, dont on recherchera avec soin tous les indices (syphilide pigmentaire du cou). A ce dernier point de vue il sera utile de voir l'enfant de la nourrice. On complétera cet examen par les urines. Restera à examiner les seins qui ne doivent pas être plats ni ombiliqués, à s'enquérir de la quantité du lait, de sa consistance.

La nourrice choisie, le médecin aura à *surveiller l'enfant* et le meilleur moyen est par la *pesée* rigoureuse après les tétées.

Cette pesée est faite avec une balance ordinaire dont un plateau est remplacé par un panier d'osier dans le fond duquel on met des langes; dans l'autre on fait la tare. L'enfant est mis nu dans le panier enveloppé dans les langes. Les premiers jours on devra peser l'enfant souvent après les tétées, plus tard une seule fois par jour.

Le nourrisson doit prendre à partir du troisième jour 40 à 50 grammes de lait à chaque tétée (ce qui fait pour huit tétées dans les vingt-quatre heures de 300 à 350 grammes); le quatrième jour, cette quantité peut être portée à 50 ou 60, et à partir du cinquième jour jusqu'à la fin du premier mois elle sera de 60 à 80. Si le poids de l'enfant n'indiquait pas cette augmentation, la différence serait fournie par le biberon donné après le sein. Dans l'étude de la courbe journalière du poids il faut savoir qu'il y a jusqu'à la chute du cordon, c'est-à dire dans les trois ou quatre premiers jours, une perte normale de poids, que vers le dixième jour l'enfant regagne le poids qu'il avait à la naissance et augmente de 20 à 30 grammes par jour les cinq premiers mois, puis de 10 à 15 jusqu'à un an, où le poids est de 9 kilos.

Il est d'intérêt capital que l'*intervalle entre les tétées* soit sévèrement réglementé, et le médecin doit condamner absolument la tendance fâcheuse des mères et des nourrices à donner le sein dès que l'enfant crie. Dans les trois premiers mois on donnera le sein toutes les deux heures et demie; il y aura 8 tétées par jour, la première à cinq heures du matin la dernière à onze heures du soir. Nous croyons avec M. Marfan que les tétées sont inutiles dans le reste de la nuit, ce qui a l'avantage de laisser reposer la nourrice. Passé les trois premiers mois le sein ne sera plus donné que toutes les trois heures, ce qui portera à 7 le nombre total des tétées. Cet intervalle de deux heures et demie entre les repas est nécessaire car on a remarqué qu'il faut d'une heure et demie à deux heures à l'estomac du nourrisson pour se vider, et l'acide chlorhydrique sécrété dans un estomac vide, aurait un rôle antiseptique utile. On donnera d'abord les deux seins à chaque tétée et bientôt un seul en ayant soin d'alterner. L'enfant ne devra jamais dormir à côté de sa nourrice, mais dans son berceau. On évitera le maillot, auquel on préférera un vêtement qui laisse la liberté aux bras et aux jambes.

Le médecin continuera à *surveiller la nourrice* dont la nourriture doit être abondante, composée de viande, de matières grasses, d'un peu de farineux, de quelques légumes verts. On évitera les épices, la charcuterie, les bières fortes et l'alcool sous quelque forme que ce soit; on a vu survenir des convulsions chez l'enfant ayant leur origine dans l'alcoolisme de la nourrice. Le café, le thé ne seront permis qu'avec grande restriction.

Les seins de la nourrice doivent être surveillés attentivement. Quand les *gerçures du sein* ne sont pas survenues après quelques jours d'allaitement, il est probable qu'elles ne surviendront pas; elles sont plus à craindre chez les primipares, surtout si les bouts de sein sont mal formés, s'il y a une tendance à l'eczéma. Mais la vraie cause est une infection ayant généralement son origine dans la malpropreté qui laisse séjourner au niveau des plis du mamelon des débris de lait caillé et dans l'acidité trop grande de la bouche du nourrisson, acidité en relation avec une stomatite et le muguet. Pour prévenir les gerçures on devra donc nettoyer légèrement la bouche du nourrisson avant la tétée avec un stylet muni d'ouate trempée dans une solution de sublimé au 4000e (Marfan), ou simplement dans de l'eau de Vichy. On lavera, avant et après la tétée, doucement le sein avec de l'ouate trempée dans de l'eau boriquée. Si la gerçure s'est déjà réalisée on pourra faire un pansement dans l'intervalle des tétées avec la solution suivante dont on imbibera des compresses :

Eau de roses	40	grammes
Glycérine	20	—
Borate de soude	8	—
Teinture de benjoin	12	—

(Marfan.)

Si la gerçure est douloureuse on fera prendre le sein avec un bout de sein, modèle du docteur Bailly, par exemple, qu'on aura soin de nettoyer après chaque tétée et de tenir dans de l'eau boriquée dans l'intervalle des tétées.

Simple réflexion à propos des « Avariés » de Brieux.

N'est-ce pas s'y prendre un peu tard pour faire de la morale préservatrice au théâtre?

Sans doute, dans le public formant l'assistance, il y a encore quelques jeunes gens auxquels la leçon pourra servir, beaucoup plus d'autres qu'elle ne touchera guère; mais la grande majorité de ce public comprend gens « établis », soi-disant « sérieux », qui l'ont, l'*ont eue* ou même l'auront peut-être! En tout cas, pour beaucoup, c'est fait, c'est dans leur foyer, et il n'est plus temps de les convier à assister à cette petite leçon de morale.

— Autre petite observation personnelle : *aucun avarié* des malades que j'ai eu à observer et à conseiller à titre de médecin et d'ami, à propos de mariage prématuré, *aucun* n'a ajourné son mariage, malgré mes objurgations, menaces, etc. Je leur ai fait lire les cliniques du professeur Fournier dans la *Gazette des hôpitaux* (j'y ai même placé un signet de rappel pour les retrouver plus vite), aucun n'a été arrêté. Tous ont passé outre, et c'est ce qui fait que, maintenant, je compte, hélas! dans mes clients, un certain nombre de pauvres petits êtres, dont il faut soigner les « échauffures », le sang âcre, etc., « venus trop tôt » et déjà après des fausses couches antérieures, etc., toujours la même histoire, dans laquelle on est malheureusement gêné, quand c'est, comme pour moi (à cause de ma situation et de ma clientèle spéciale), plutôt chez des amis ou connaissances que l'on recueille cette sorte de clientèle!

Ceux-là n'iraient pas souvent entendre la pièce de Brieux!

— Et pourtant, ces jours-ci, rien que par les journaux, et l'extrait donné par la chronique de Cabanès, une femme accourait chez moi et me faisait soupçonner des soupçons! Elle brûlait, comme on dit dans les devinettes!! N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 DÉCEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Reclus, Walther et Wallich; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Legueu et Gosset ; — (2e partie) : MM. Fournier, Bezançon et Legry ; — M. Tessier, suppléant.

MARDI 10 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Richet*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Chantemesse et Méry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Berger, Budin et Thiéry ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Le Dentu, Quénu et Bonnaire ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Schwartz et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Vaquez et Renon ; — (2e série) : MM. Raymond, Gouget et Jeanselme ; — M. Auvray, suppléant.

MERCREDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Jalaguier et Cunéo.

2e définitif (officiat), *Salle Thouret* : MM. Gley, Widal et Walther.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Kirmisson, Poirier et Potocki ; — M. Guiart, suppléant.

JEUDI 12 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Charrin et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Guyon, Poirier et Potocki.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. de Lapersonne, Hartmann et Demelin.

4e (nouveau régime), *Salle Dubois* : MM. Proust, Wurtz et Desgrez ; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 13 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Broussais* : MM. Ch. Richet, Retterrer et Richaud.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Netter et Gaucher ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Delens, Broca (Aug.) et Gosset ; — (2e partie), MM. Hayem, Wurtz et Teissier ; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Hanriot, suppléant.

SAMEDI 14 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire de travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Raymond et Guiart.

2e, *Salle Richet* : MM. Mathias-Duval, Langlois et Broca (André).

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Charrin, Achard et Launois ; — (oral, nouveau régime) : MM. Joffroy, Hutinel et Gouget ; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Retterer, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de la façon suivante : MM. Barié, Belin, Jeanselme, Œttinger ; Demoulin, Guéniot, Rochard, Tuffier ; Brindeau et Champetier de Ribes.

Écoles de médecine. — *Bordeaux.* — M. le docteur Maurice Lafond est nommé chef de clinique d'accouchements, et M. le docteur Arzac chef de clinique adjoint.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Loubrieu est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MM. les docteurs Rol et Lucas sont nommés officiers de l'Instruction publique.

M. le docteur Ledé est nommé officier du Mérite agricole.

Marine. — M. Dupont, médecin en chef de première classe de la marine, en retraite, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer au grade de médecin en chef de première classe, et affecté au port de Rochefort.

— Par décision présidentielle du 28 novembre 1901, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Valmyre, médecin de deuxième classe de la marine.

M. Valmyre a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Toulon.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Chevalier, Couteaud et Duval (emplois créés).

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Pungier, en remplacement de M. Chevalier, promu ; Deblenne, en remplacement de M. Couteaud, promu ; Quédec, en remplacement de M. Duval, promu.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Mourron, en remplacement de M. Pungier, promu ; Morgue, en remplacement de M. Quédec, promu.

Syndicat des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine s'est réunie le 24 novembre dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et a renouvelé son bureau, qui sera ainsi composé :

Bureau : MM. les docteurs Philippeau, président ; Séailles et Rotillon, vice-présidents ; de Pradel, secrétaire général ; J. Noir, trésorier ; Dorison et Levassort, secrétaires des séances.

Membres du conseil : MM. les docteurs Divorneresse, P. Thiéry, Bellencontre, Millée, Malbec, Tachard, Vimont, Triboulet, Pédebidou, Duvau, Antheaume et Clément Petit.

L'Assemblée générale, après avoir nommé le nouveau bureau, a nommé le président sortant, le docteur Jamin, président d'honneur du Syndicat, par acclamation et à l'unanimité.

Les femmes médecins sont-elles heureuses ? — M. Lucien Descaves rapporte dans l'*Echo de Paris* les résultats d'une petite enquête à laquelle un journaliste de la presse politique vient de se livrer auprès des 85 doctoresses qui exercent actuellement en France.

A toutes, notre confrère a posé ces trois questions : 1° La profession de médecin vous a-t-elle donné la satisfaction que vous en espériez ? 2° Si vous aviez à recommencer, choisiriez-vous cette carrière ? 3° Conseilleriez-vous à une jeune fille de vous imiter ?

Les réponses sont arrivées, nombreuses et édifiantes. Une seule trahit la désillusion professionnelle. Toutes les autres expriment la fierté, le contentement, et fournissent d'intéressants renseignements sur les conditions de la femme-médecin dans la société contemporaine. Loin de décourager les jeunes filles de les imiter, la plupart des correspondantes de notre confrère excitent leur émulation. Elles aiment leur profession et y trouvent autant de satisfactions matérielles que de satisfactions morales. Elles se sentent indépendantes et utiles. Elles sentent en elles surtout *la vocation*.

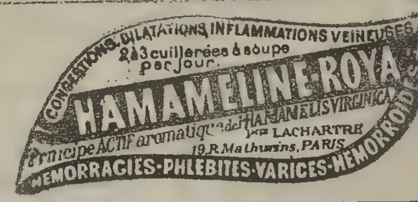
Il est bien évident que, pour ce petit groupe de femmes dévouées, c'est l'âge d'or de leur profession, dans toutes les acceptions du mot. Plus tard, leur exemple étant suivi, viendra l'encombrement avec tous ses inconvénients, que le sexe fort a lui-même éprouvés.

C'est pour cela qu'il y aurait peut-être de la part des jeunes filles une certaine imprudence à prendre au pied de la lettre l'optimisme d'un petit nombre de femmes « arrivées ». Mieux vaut écouter les sages conseils de celle-là, entre autres, qui fait d'une grande vigueur physique, jointe à une belle santé morale et à la passion de guérir, la condition *sine quâ non* de l'accès dans la carrière. Il importe, avant tout, aussi bien dans l'intérêt des malades que dans celui du médecin, de ne pas provoquer de vocations *artificielles*.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Rey, médecin de la Compagnie transatlantique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Vve LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE (*Hôtel-Dieu*). La chloroformisation, l'éthérisation et la cocaïnisation lombaire, par M. MAUCLAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Complications rares de la dysenterie; — *Thérapeutique :* La créosote dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la tuberculose. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — HOTEL-DIEU

LA CHLOROFORMISATION, L'ÉTHÉRISATION ET LA COCAINISATION LOMBAIRE

Par M. MAUCLAIRE, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

J'ai souvent été frappé de la manière défectueuse dont on administre le chloroforme; je veux donc aujourd'hui vous parler, *à un point de vue essentiellement pratique*, de la chloroformisation, et je comparerai cette méthode d'anesthésie générale à l'éthérisation et à la cocaïnisation lombaire.

Vous aurez souvent à employer le chloroforme, soit pour préciser un diagnostic, soit pour réduire une luxation, une fracture, etc. D'autre part, et d'une façon générale, l'anesthésie est indiquée chaque fois qu'une opération est longue ou douloureuse. Il est un certain nombre de précautions que le chloroformisateur ne doit pas omettre, tout à la fois dans l'intérêt du malade et pour sauvegarder sa propre responsabilité. D'abord, on se servira de chloroforme aussi pur que possible, il sera bon de spécifier sur l'ordonnance : Chloroforme *purifié*. Ce liquide doit être conservé dans de petits flacons colorés, tenus à l'abri de la lumière et de la chaleur et extrêmement bien bouchés. Le chloroforme pur ne doit pas provoquer d'irritation de la muqueuse nasale quand on le respire : c'est là un moyen simple et usuel de s'assurer de sa bonne qualité.

Mais quelle que soit sa pureté, il ne faut pas perdre de vue les faits qui ont été établis par les recherches des physiologistes sur cette substance. Le premier de tous et le plus important, c'est que *le chloroforme est un poison!* Cela, vous devez le savoir; mais ai-je besoin d'ajouter qu'il faut le laisser ignorer au malade que vous allez endormir? Le chloroforme est un poison, et les travaux de Flourens, Longet, Claude Bernard, Vulpian, Glover, Paul Bert, Arloing, Dastre, etc., ont montré qu'il agissait surtout en raison de la tension de ses vapeurs, et qu'il fallait, pour éviter les accidents d'intoxication, donner un mélange titré renfermant 8 parties de chloroforme pour 100 parties d'air; Paul Bert avait fait construire, pour l'administration de ce mélange, un appareil très coûteux qui est inusité; mais le principe établi par ce physiologiste doit nous servir de guide dans la chloroformisation. L'expérimentation a démontré que *le chloroforme est un poison inhibiteur du cœur et des poumons*. Le cœur d'une grenouille ne bat plus s'il est placé dans les vapeurs de chloroforme. Quels sont donc les contre-poisons? Claude Bernard a indiqué l'antagonisme de la morphine, Dastre et Moret celui de l'atropomorphine, Langlois celui de la spartéine, Laborde celui de la narcéine. Pour combattre l'action inhibitrice du chloroforme, il faut les injecter préalablement au sujet avant de commencer son anesthésie. Vous voyez combien *le chloroformisateur doit être physiologiste!*

Quelles sont les contre-indications de la chloroformisation? De ce que je viens de vous rappeler sur l'action physiologique du chloroforme, il résulte évidemment que son emploi sera contre-indiqué surtout par les affections cardiaques et pulmonaires, mais c'est un point qu'il faut préciser. Autrefois, on regardait toutes les cardiopathies valvulaires comme excluant l'anesthésie. Or, depuis les travaux de Franck, de H[illegible]ard, nous avons acquis la conviction qu'à part l'[illegible], d'une part, et, d'autre part, la *myocardite*, les affection[illegible]ardiaques n'empêchent pas d'endormir un sujet d'une manière absolue. Mais, par précaution, Franck conseille de cocaïniser les muqueuses nasale et pharyngée pour éviter les réflexes. Méfiez-vous toutefois des malades qui ont des crises d'angine de poitrine.

Du côté du poumon, on a signalé, comme contre-indiquant le chloroforme, l'emphysème, la tuberculose; or je crois que l'on peut endormir des emphysémateux, des tuberculeux sans crainte; je ne vois guère que l'évolution aiguë d'une bronchite comme une contre-indication formelle à la chloroformisation. Mais rappelons-nous que le chloroforme s'élimine surtout par les poumons et un peu par la peau et les reins.

Je passe à quelques autres états morbides qu'on a voulu considérer comme rebelles à l'anesthésie :

L'*obésité* : il est vrai que les gens obèses ont assez fréquemment des dégénérescences graisseuses du myocarde, mais le fait d'être atteint d'obésité n'est pas une raison suffisante pour exclure l'emploi du chloroforme.

L'*alcoolisme* : ceci me paraît certainement erroné et contredit par l'observation journalière, les alcooliques étant d'ailleurs extrêmement nombreux.

Les *affections rénales* : elles ne contre-indiquent pas abso-

lument le chloroforme, qui cependant irrite le rein, car l'albuminurie provisoire a été observée quelquefois après l'anesthésie chloroformique.

Le *nicotinisme* : il est évident que si vous avez affaire à un individu présentant des habitudes de tabagie invétérées, et en même temps une affection cardiaque s'accompagnant d'asystolie ou de dégénérescence du myocarde, vous devez rejeter la chloroformisation, parce que ce cas rentre dans les contre-indications générales que nous avons formulées ci-dessus; mais le fait de fumer beaucoup n'empêche pas un individu d'être endormi au chloroforme.

La *grossesse* : elle n'est pas une contre-indication à l'anesthésie chirurgicale. Chez la femme enceinte, nous opérons les appendicites, les fibromes, les kystes de l'ovaire, etc.

Les *affections cérébrales* : la contre-indication n'est pas formelle, mais on redoublera d'attention.

Mais il est certains états morbides contre-indiquant absolument la chloroformisation : ce sont les septicémies graves dont sont atteints les individus ayant de l'infection urinaire, des phlegmons diffus, avec un facies spécial, le teint terreux, une hyperthermie élevée, ou au contraire une hypothermie avec un affaiblissement profond. De même, les gens ayant une hernie gangrénée, une péritonite généralisée. Ces états septicémiques graves sont accompagnés d'une dyspnée toxique particulière et, chez ces individus, on s'expose souvent, à mon avis, à des accidents si l'on emploie le chloroforme; il faut se borner chez eux à l'anesthésie locale et opérer très rapidement.

L'âge n'a pas d'influence : l'enfant supporte très bien le chloroforme, le vieillard, qui a l'âge de ses artères, n'y est pas rebelle. Je vous citerai un fait personnel tout récent à cet égard : j'ai endormi un vieillard de quatre-vingt-quinze ans pour réduire une hernie étranglée. Il est à remarquer toutefois que les sujets âgés ont évidemment, plus fréquemment que les adultes, des lésions cardiaques ou pulmonaires de l'artério-sclérose cérébrale pouvant contre-indiquer le chloroforme dans les conditions que nous avons précisées tout à l'heure.

En résumé, les cas où le chloroforme est réellement contre indiqué se ramènent à ces trois états pathologiques : myocardite, asystolie, bronchite aiguë.

Ceci posé, c'est-à-dire l'opportunité de l'anesthésie établie et justifiée, vous devrez prendre une série de *précautions pré-anesthésiques* qui, pour paraître banales, n'en jouent pas moins un rôle des plus utiles. D'abord, il faut prémunir le malade contre toute appréhension fâcheuse, et, à ce point de vue, on est forcé de reconnaître que les personnes de l'entourage du patient, par leurs questions intempestives et leurs réflexions, ne sont pas toujours propres à le rassurer. Il faut calmer l'angoisse du malade, lui inspirer confiance, insister sur la bonne qualité du chloroforme dont on va se servir pour l'endormir, et surtout ne pas faire voir à ses yeux un étalage des instruments, ce qui pourrait le jeter dans un état de pusillanimité de nature à favoriser les accidents chloroformiques. On devra, pour cette raison, toujours procéder à l'anesthésie dans une chambre séparée de la salle d'opération; mais il sera bon que le chirurgien lui-même commence l'anesthésie, afin de tranquilliser le malade. Celui-ci aura d'abord la tête horizontale, plus tard il pourra être mis dans la position de Rose ou de Trendelenburg.

D'autre part, ai-je besoin de vous rappeler que ce dernier doit être à jeun, la présence d'aliments dans l'estomac semblant favoriser l'action inhibitoire du chloroforme sur le cœur et les poumons. Il devra être à jeun depuis quatre heures au moins. Les vêtements devront être très lâches. Vous examinerez sa bouche pour enlever les fausses dents, au besoin. Quand le malade est déjà un peu endormi, vous lui attacherez les mains; si vous prenez cette précaution utile alors qu'il est conscient, elle produira sur son état moral le plus fâcheux effet.

Je passe rapidement sur les instruments nécessaires pour pratiquer la chloroformisation : ce sont : un flacon à compte-gouttes, un pot de vaseline pour oindre le menton, le nez et les joues de l'opéré, une pince à langue stérilisée, cinq ou six tampons d'ouate pour nettoyer le fond de la gorge quand l'indication s'en présente, un ouvre-bouche, enfin, une canule à trachéotomie et une pile électrique à la portée du chloroformisateur, dont la responsabilité est très engagée.

J'arrive maintenant à la manière de donner le chloroforme; il existe à cet égard une multiplicité prodigieuse de méthodes; il en est une que je vous conseille de rejeter absolument, c'est celle des *doses massives*, préconisée et employée, avec succès pourtant, par Saint-Germain, chez les enfants : cette méthode consistait à verser sur une compresse une quantité relativement énorme — XX gouttes — de chloroforme, et à poser la compresse sur le nez et sur la bouche du sujet qui, au bout de trois ou quatre minutes, était endormi. Cette méthode est reconnue dangereuse et chez l'enfant et chez l'adulte.

La deuxième méthode, recommandée par Gosselin, est celle des *intermittences régulièrement calculées* : on enlève la compresse au bout d'une minute pour laisser respirer le sujet, et ainsi de suite; cette méthode me paraît défectueuse, l'anesthésie est souvent incomplète, et je la rejette également.

La troisième méthode, due à Sédillot, consiste à laisser au début, arriver de l'air sous la compresse, puis finalement à sidérer le malade par une grande quantité de vapeurs chloroformiques non mélangées d'air, c'est-à-dire qu'elle aboutit aux doses massives; elle est, de ce fait, mauvaise.

Vient ensuite une méthode qui est bonne, celle des *doses faibles continues sans intermittences*, employée par Labbé, Peyraud, M. Baudoin, Péraire, etc. On coiffe complètement le malade avec la compresse sans laisser arriver de l'air, mais on verse de très petites doses de chloroforme, III ou IV gouttes, par exemple, toutes les demi-minutes, en retournant rapidement la compresse, ce qui, en définitive, crée de petites intermittences. A cette méthode, je crois cependant devoir faire deux reproches : d'abord le réveil est facile, et en second lieu la réalisation de cette méthode nécessite une attention très soutenue, si bien qu'en réalité, dans la pratique, j'ai souvent vu l'aide chargé d'administrer le chloroforme selon cette méthode ne l'appliquer qu'imparfaitement et verser de fortes doses d'anesthésique. En somme, si la méthode est bonne, l'application en est souvent défectueuse.

Nous arrivons maintenant à la méthode de P. Bert, c'est-à-dire à l'emploi d'un mélange titré d'air et de chloroforme. Malheureusement, l'appareil de Dubois (de Lyon) qui permet sa réalisation est très coûteux et ne saurait entrer dans la pratique. Voici la méthode que j'emploie.

Je verse une quantité moyenne, une dizaine de gouttes, de chloroforme, sur une compresse, et j'approche celle-ci doucement du malade; je le fais d'abord causer, puis

compter de 1 à 100 ; en général il commence à mal compter entre 90 et 100. En même temps, je pince le nez du patient, parce que les physiologistes ont pensé qu'en beaucoup de cas l'inhibition cardiaque était due à un réflexe ayant pour point de départ la muqueuse nasale. Je laisse constamment arriver un peu d'air et je retourne de temps en temps la compresse pour y verser une quantité nouvelle d'anesthésique quand la dose précédente est évaporée. En somme, ce procédé consiste à donner des doses moyennes de chloroforme avec de courtes intermittences, *avec arrivée constante d'air.*

Vous savez que l'action du chloroforme se traduit par trois phases successives ; je vais brièvement vous les rappeler : au début, le malade est agité, tousse, crachote. Il a des bourdonnements d'oreille, il entend des cloches, il a du délire professionnel. Rien n'est si curieux que d'entendre parler le sujet d'une façon très logique tandis que la sensibilité générale a déjà disparu. Je me rappelle à ce propos une malade qui nous chanta un morceau d'opéra d'une façon aussi charmante que correcte pendant le cours d'une chloroformisation ! Dans la deuxième phase, le pouls qui s'était accéléré redevient régulier ; on constate la résolution musculaire et la disparition des réflexes ainsi que l'anesthésie à la douleur. Enfin, il faut éviter la troisième phase, ou phase dangereuse, de l'anesthésie générale qui est, comme on l'a dit, « un premier pas vers la mort. » Elle est caractérisée par le collapsus.

La disparition des réflexes palpébraux et génito-crural, l'état punctiforme des pupilles, vous permettront de reconnaître que le malade est bien endormi. *Le chloroformisateur doit surveiller attentivement le malade sans s'occuper de ce qui se passe autour de lui et surtout ne pas regarder l'opération.* Par contre, à mon avis, le chirurgien doit surveiller la chloroformisation tout en opérant.

Quand l'opération est terminée, il y a encore quelques précautions à prendre relativement à la chloroformisation ; le chirurgien ne quittera pas le patient avant le réveil, car on voit parfois survenir des accidents syncopaux tardifs et il est bon qu'il rassure l'entourage par sa présence et surveille le réveil de l'opéré. Vous connaissez les moyens usités habituellement pour favoriser le retour de la connaissance : la flagellation de la face, l'ouverture des fenêtres ; les pincements énergiques, etc. Il faut réchauffer le malade, car on note souvent un peu d'hypothermie consécutive. On ne doit rien donner au malade sauf un peu de glace ou de champagne frappé ; il vomit tout ce qu'il prend, et ces vomissements peuvent exceptionnellement durer deux et trois jours. On a conseillé de lui appliquer une compresse d'eau vinaigrée sur le cou ; j'ai essayé ce moyen sans résultat.

Les *accidents du chloroforme* sont légers ou très graves ; ils dépendent de trois causes : 1° le chloroforme ; 2° le chloroformisateur ; 3° le chloroformisé.

Ces accidents peuvent être de simples alertes, la *syncope*, l'*asphyxie mécanique* et la *mort*. Ils sont particulièrement à craindre avec certaines affections qui se sont signalées dès assez longtemps, sous ce rapport, à l'attention des chirurgiens : ce sont les interventions anales, la dilatation anale pour hémorroïdes ; en pareil cas, il faut avoir bien soin de ne pas commencer l'opération avant que l'anesthésie ne soit complète. De même dans les affections laryngées, on peut voir survenir l'*asphyxie bleue*. On désigne ainsi un accident redoutable, caractérisé par ce fait que le patient se cyanose brusquement, devient d'une couleur bleu violacé, rappelant ce qu'on observe dans le spasme de la glotte. Dans cette circonstance, on doit immédiatement remonter l'angle de la mâchoire et tirer la langue hors de la bouche avec la pince dite « à langue », dont les griffes sont plus effrayantes que dangereuses et généralement ne laissent aucun souvenir chez le malade. En même temps, vous nettoyez la gorge avec les tampons préparés dont j'ai parlé et vous pouvez faire des tractions rythmées de la langue. L'asphyxie bleue n'a d'ailleurs pas toujours une cause mécanique, parfois elle paraît résulter d'une action toxique : dans tous les cas de mort, on trouve à l'autopsie de la congestion pulmonaire. Il est hors de doute que le chloroforme congestionne le poumon. On trouve aussi quelquefois de la congestion encéphalique ; dans certains cas, on ne trouve aucune lésion. Dans quelques observations, on signale de la tuberculose, mais celle-ci est si commune qu'on ne saurait y voir un élément pathogénétique de l'asphyxie bleue causée par le chloroforme.

La *syncope cardiaque* dépend d'une action réflexe naso ou laryngo-bulbaire ; Franck a conseillé de la prévenir en cocaïnisant superficiellement la muqueuse nasale. Cette syncope est généralement momentanée, mais, hélas ! elle peut être aussi mortelle !

En troisième lieu, le chloroforme peut amener la mort par *asphyxie mécanique*, c'est-à-dire par l'introduction dans la trachée des crachats et des matières que le patient vomit. Le nettoyage de la gorge et au besoin la trachéotomie sont les remèdes indiqués ici.

Enfin, il y a des malades qui meurent « de peur » : Desault, Simpson, Verneuil en citent des exemples certains.

On admet que les accidents chloroformiques mortels s'observent dans la proportion de 1 cas sur 3000. Le hasard joue d'ailleurs ici un grand rôle, et tel chirurgien qui n'avait jamais observé de décès de cette nature dans une série de 12000 cas, vit l'année suivante plusieurs de ses patients tués par le chloroforme. Les statistiques de Gurlt n'indiquent pour l'éther qu'un décès sur 6000 cas.

En résumé, les accidents graves du chloroforme doivent être traités par la respiration artificielle ; le sujet aura la tête basse, on lui nettoiera le pharynx avec un tampon, on fera des tractions rythmées de la langue suivant la méthode de M. Laborde, des frictions, du massage, des injections sous-cutanées d'éther et de caféine, des inhalations d'oxygène, l'électrisation du nerf phrénique ; on a conseillé l'emploi du marteau de Mayor, qui est peu utile. Franck conseille l'insufflation pulmonaire bouche à bouche ou au moyen d'un tube, ou la trachéotomie : cet auteur pense que les mouvements que l'on communique aux poumons remuent le cœur lui-même ; chez les animaux, en effet, on voit souvent, après l'insufflation pulmonaire, le cœur recommencer à battre. Avant de faire l'insufflation, il faut, par la canule de la trachéotomie, aspirer le sang et les débris puriformes qui ont pu tomber dans la trachée. Je connais un cas où, par ce procédé héroïque, le malade fut sauvé.

Je vous signalerai enfin un autre moyen héroïque, le massage direct du cœur. Maurice Schiff a réclamé la priorité de cette méthode. Dernièrement, en Danemark, elle a donné une survie de onze heures. En France, Tuffier l'a employée, mais le malade ne fit que quelques inspirations. J'ai eu l'occasion de la mettre en pratique une fois pour une syncope survenant à la fin de l'opération. Je n'ai pas observé le retour de la respiration ni des battements du cœur. On aborde le cœur au moyen de la résection des cinquième et sixième

côtes, on ouvre le péricarde, et on prend le cœur dans la main. Étant donné le pneumothorax qui se produit fatalement dans cette intervention héroïque, je crois qu'il vaudrait mieux aller masser le cœur en ouvrant l'abdomen et en allant inciser la base diaphragmatique du péricarde.

Depuis qu'elles sont nées, l'éthérisation (Morton et Jackson, sept. 1846) et la chloroformisation (Simpson, 10 nov. 1847) ont été souvent comparées, et, à ce point de vue, je vous renvoie aux mémoires d'Arloing et au Traité de Dastre sur les anesthésiques.

Le principal avantage de l'éther est de pouvoir être donné en plus grande quantité que le chloroforme; on n'a plus par conséquent les ennuis de l'administration des petites doses qui nécessitent, comme nous l'avons vu, une foule de précautions. L'éthérisation s'effectue au moyen d'un masque dont le fond est garni de flanelle; sur celle-ci on verse l'éther, et on coiffe toute la figure du malade. L'éther, d'une manière générale, provoque moins souvent la syncope que le chloroforme, mais je crois que si le chloroforme était toujours administré selon les règles que je vous ai précisées, l'avantage lui resterait sous ce rapport, et il faut voir la cause de la moindre nocivité de l'éthérisation, en apparence, dans sa plus grande facilité d'application. En revanche, on observe avec l'éther des accidents tardifs très ennuyeux ; les malades font souvent de la bronchite : l'éther congestionne éminemment le poumon. C'est là réellement un très gros inconvénient. D'autre part ses vapeurs très inflammables exposent à des incidents fâcheux si l'on a à user du thermocautère, par exemple.

L'éthérisation sera encore indiquée dans les cas où certains malades se refusent obstinément à la chloroformisation.

J'arrive à une méthode nouvelle dont vous avez entendu beaucoup parler en ces derniers temps : je veux parler de l'anesthésie sous-ombilicale avec la cocaïne. En 1885, Corning avait proposé d'obtenir l'anesthésie par le contact direct de la cocaïne avec la moelle ou les racines médullaires, au niveau du cul-de-sac arachnoïdien rachidien. Ces recherches étaient demeurées sans écho, lorsqu'en 1890 la ponction lombaire dans l'hydrorachis ayant été mise en honneur sous l'influence de Quincke, on revint à l'étude des injections intra-rachidiennes de cocaïne. Bier, en 1898, essaya la cocaïnisation lombaire, et cette méthode a été introduite en France par Tuffier, en 1899; aussi est-ce avec raison que Chaput propose d'appeler cette méthode « méthode de Tuffier ».

Sa technique consiste, comme vous le savez, à injecter dans le cul-de-sac arachnoïdien 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution de cocaïne au centième ou à 2 p. 100, au moyen d'une aiguille longue d'environ 8 centimètres terminée en biseau, qui doit perforer le ligament jaune. Le malade étant assis en position « gros dos », la ponction se fait entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires; on est averti de la pénétration de l'aiguille par la sortie du liquide encéphalo-rachidien si caractéristique par sa transparence. J'avais fait construire par M. Aubry une aiguille munie intérieurement d'une tige destinée à repousser les lobules du tissu fibreux ou adipeux qui peuvent s'opposer à l'introduction. Mais il faut renoncer au trocart qui par son volume menace de perforer les grosses veines qui sont très nombreuses dans cette région.

Immédiatement après l'injection, l'anesthésie se montre et envahit progressivement la totalité des membres inférieurs et la région sous-ombilicale du tronc. Le malade accuse une sensation de chaleur, de fourmillements. Chaput, avec 4 centimètres cubes de la solution, a observé une anesthésie remontant jusqu'à la région cervicale, mais est-il prudent de pousser aussi loin l'anesthésie, car on peut atteindre le nœud vital. Pour la même raison, je fais incliner le malade les épaules plus hautes que le siège, pour empêcher la diffusion de la cocaïne vers les parties supérieures de la moelle. De plus, je fais une injection sous-cutanée préalable de caféine.

La cocaïnisation lombaire produit de la céphalée, des tremblements, des vomissements, des sueurs profuses, de l'hyperthermie; on a signalé le relâchement des sphincters, des troubles leucocytaires, jusqu'à du méningisme. A Bucarest, on a signalé six cas de mort; Legueu a eu deux décès; mais il faut noter que dans ces cas malheureux ou bien la dose était exagérée, ou bien il s'agissait de malades dans un état tel qu'il contre-indiquait l'anesthésie générale, de quelque nature qu'elle soit; il n'y a donc pas lieu, à mon avis, d'incriminer la cocaïnisation ici. On a proposé l'eucaïne et la tropococaïne pour cette cocaïnisation lombaire, mais elles ne donnent pas de meilleurs résultats. Guinard pense que l'eau est la cause des céphalées; il aspire le liquide encéphalo-rachidien dans la seringue où ont été déposées VI à VII gouttes d'une solution concentrée de cocaïne à 1 centigramme pour II gouttes d'eau.

L'avantage de la cocaïnisation lombaire, pour le chirurgien, c'est qu'il n'a pas à surveiller l'anesthésiste pendant l'opération, et peut se passer d'aides, ce qui est précieux à la campagne par exemple, dans un cas urgent, ou dans la chirurgie d'armée, en temps de guerre, où les aides peuvent également faire défaut.

On a fait aux injections intra-rachidiennes de cocaïne ce gros reproche : c'est que, en cas d'accident, l'anesthésie ne peut pas être interrompue comme celle que procure le chloroforme. C'est là une objection spécieuse, car qu'est-ce qui empêche de faire une nouvelle ponction et de retirer une certaine quantité, 20 à 30 centimètres cubes, de liquide céphalo-rachidien, ce qui n'offre aucun inconvénient, et ce qui permet de soustraire en même temps une partie plus ou moins notable de la solution de cocaïne introduite? En somme, la cocaïnisation lombaire me paraît devoir être poursuivie et étudiée, car elle n'a pas encore donné tout ce qu'on est en droit d'en espérer, et c'est une méthode qu'il faut conserver et chercher à en préciser les indications. Quand on relit l'histoire si ancienne de la chloroformisation et de l'éthérisation, auxquelles nous sommes habitués maintenant, on voit que les chirurgiens qui les premiers ont osé employer ces méthodes d'anesthésie générale ont dû passer par de bien grandes émotions, car les débuts n'ont pas toujours été heureux.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(3 DÉCEMBRE 1901)

M. Fernet a fait une communication sur le traitement de l'alcoolisme par la strychnine. Ce médicament n'est pas assez employé et ses indications ne sont pas assez connues, notamment dans les accidents nerveux de l'alcoolisme et l'adynamie des maladies infectieuses.

Dans le delirium tremens, la strychnine vient en tête des médicaments utiles. Les hypnotiques écrasent les malades, aussi Lasègue se contentait de l'hygiène. L'isolement, les bains, l'alimentation sont très efficaces Ce sont les trois

termes du traitement qu'il emploie en y ajoutant la strychnine.

Luton l'a employée avec succès à Reims où cette cure est restée classique.

M. Fernet donne pendant le traitement le régime lacté.

La strychnine agit comme le meilleur tonique du système nerveux. Il injecte 3 à 4 milligrammes à la fois *pro die*; on peut aller jusqu'à 6 à 7 milligrammes.

Dans les accidents nerveux de l'alcoolisme chronique les résultats sont bons, mais moins remarquables. M. Fernet y joint le régime lacté et l'hydrothérapie. La strychnine doit être donnée à dose modérée, sous forme de sirop et à la dose de 3 milligrammes par jour.

Dans les maladies toxi-infectieuses, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, la strychnine, en injections sous-cutanées, peut rendre les plus grands services.

M. Duguet fait un rapport sur une communication faite par M. Roustan (de Cannes) sur **l'épidémie de grippe à forme abdominale** qui a régné dans le midi l'année dernière. Ces faits relatés par M. Roustan semblaient quelque peu discutable au point de vue du diagnostic différentiel entre la grippe et la fièvre typhoïde. Sur 400 observations dont il est parlé dans ce travail, il n'y en a que 80 de publiées. M. le rapporteur lui-même semble rester perplexe sur la question de savoir quelle part revient, dans ces observations, à la grippe et à la fièvre typhoïde.

A propos des expériences qui viennent d'être faites récemment par plusieurs savants sur les **échanges respiratoires dans les hautes altitudes** et de la communication faite sur ce sujet à l'Académie par M. Chauveau, M. Albert Robin, en leur nom et au nom de MM. Maurice Binet et Dupasquier, présente quelques observations qui peuvent ainsi se résumer :

De ces expériences faites le 28 novembre, par M. Dupasquier sur lui-même pendant l'ascension du *Quo Vadis* piloté par M. Bacon, de l'Aéoronautique-Club, il résulte :

1° Que le pouls s'est accéléré ;

2° Que la fréquence de la respiration a augmenté proportionnellement avec l'altitude ;

3° Que la capacité pulmonaire a diminué en raison inverse de l'altitude;

4° Que les proportions centésimales des gaz ramenés à 0 degré et à 760 millimètres ont baissé pour l'acide carbonique et augmenté pour l'oxygène, sans rapport direct avec l'altitude ;

5° Que la ventilation pulmonaire a progressé irrégulièrement avec l'altitude ;

6° Que les échanges respiratoires se sont accrus, et plus particulièrement l'oxygène absorbé par les tissus ;

7° Que le quotient respiratoire a beaucoup baissé;

8° Que les diverses modifications n'ont pas cessé dès que l'expérimentateur est redescendu à terre.

Quelle que soit la part que divers autres facteurs, tels que le froid et l'état de jeûne de l'expérimentateur, puissent avoir dans ces résultats, le rôle de l'altitude demeure considérable, et comme ces expériences sont en contradiction avec les expériences récentes de MM. Tissot et Hallion, on en conclut que le facteur individuel est assez dominant pour que toute généralisation des résultats obtenus soit encore prématurée.

M. A. Chipault lit une note sur la **pathogénie de la contracture pyramidale**. Les contractures pyramidales, en particulier la contracture post-hémiplégique, sont considérées comme définitives et ne pouvant s'effacer que devant l'atrophie des muscles contracturés. J'ai cependant observé quatre cas qui semblent contraires à cette formule : un cas de traumatisme cranien infantile, un cas de sclérose encéphalique, un cas de tuberculose du diploé, et un cas d'hydrocéphalée, dans lesquels des contractures posthémiplégiques datant de plusieurs années et, une fois, accompagnées d'hémiathétose, ont lentement et presque complètement disparu à la suite de larges résections cranio-dorsales et d'un traitement orthopédique approprié, sans atrophies musculaires. Ces opérés sont suivis depuis quatre ans, deux ans, un an et demi, huit mois. Les contractures posthémiplégiques sont donc susceptibles, en particulier chez les sujets jeunes, d'être modifiées par un acte chirurgical portant sur l'hémisphère cérébral malade, et doivent dès lors dépendre, en totalité dans quelques cas, en part e dans d'autres, non d'une lésion dégénérative et irrémédiable du faisceau pyramidal, mais d'une simple excitation congestive ou fonctionnelle de ce faisceau, d'origine corticale, ou tout au moins encéphalique.

M. Barré fait une communication sur les **germes de froment et leur emploi dans le traitement de la tuberculose**. Les germes de froment, plus riches que les leucocytes en nucléo-albumine, en nucléine et en licithine, permettent de préparer une farine qui, prise sous forme de potages, à la dose moyenne de 30 grammes seulement par jour, à l'exclusion absolue de tout médicament et sans aucun changement dans le régime, a donné, chez 35 tuberculeux, de tous degrés, des services de consultation de Lariboisière, de l'Hôtel-Dieu et du bureau de bienfaisance du VIe, une proportion de guérisons apparentes (34 p. 100) et d'améliorations (54 p. 100), de beaucoup supérieure à celle obtenue par Bouchard et Gimbert, avec la méthode classique (27 et 31 p. 100), chez des malades qui en plus de la créosote avaient à leur disposition tous les agents hygiéniques et médicamenteux : viande crue, repos, etc.

Même dans les cas d'amélioration simple, M. Barré a noté chez la plupart de ces tuberculeux, dont plus du quart étaient des cavitaires avancés, la disparition rapide et définitive des vomissements, de l'inappétence, de la constipation, des quintes de toux, des sueurs nocturnes et de l'insomnie, en même temps que l'atténuation plus lente mais régulièrement progressive des autres symptômes, notamment des lésions locales.

Voilà une méthode thérapeutique, basée, en somme, sur la suralimentation, dont les résultats seront intéressants à suivre.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Complications rares de la dysenterie. — Le travail que M. Remlinger vient de faire paraître sous ce titre (*Revue de médecine*, 10 octobre 1901), vise la néphrite, l'anasarque, l'arthrite, l'épididymite, la phlébite et enfin l'abcès de la rate d'origine dysentérique.

La *néphrite aiguë* est une complication tout à fait exceptionnelle de la dysenterie et on en trouve à peine la mention dans quelques classiques. Elle est néanmoins susceptible d'amener une anasarque généralisée et de déterminer une mort rapide par accidents pulmonaires toxiques. Un certain nombre d'auteurs ont décrit par contre des *anasarques généralisées* développées dans la convalescence des dysentéries graves ou dans le cours de dysentéries chroniques. Leur interprétation était, jusqu'à ce jour, demeurée assez obscure, car elle ne coïncidait jamais avec la présence d'albumine dans l'urine. M. Remlinger ayant observé deux fois cette complication, a recherché chez ces malades la perméabilité du rein au bleu de méthylène et il l'a trouvée très diminuée. Il y avait en même temps diminution de l'urée et des matériaux solides, de sorte qu'on est tenté d'attribuer ces œdèmes à un trouble d'origine réflexe ou d'origine toxique, dans le fonctionnement du rein.

L'*arthrite dysentérique* est une complication moins rare. M. Remlinger, qui a eu l'occasion de l'étudier dans un travail antérieur (*Revue de médecine*, 1898) n'y revient que pour mentionner les particularités qu'il a constatées à l'autopsie d'un militaire atteint d'une arthrite dysentérique du genou. Même négligée, même ancienne, l'arthrite dysentérique demeure une forme synoviale et ne s'accompagne de lésions ni articulaires, ni osseuses. Cette constatation explique pourquoi cette arthrite finit toujours par guérir et ne laisse jamais après elle de raideurs articulaires ou de déformations. Elle rend compte également des bons effets de la ponction préconisée par l'auteur dans le traitement de cette affection.

L'*épididymite dysentérique*, dont M. Remlinger relate deux observations, était demeurée jusqu'alors une complication inédite. Elle rappelle par plusieurs points l'épididymite tuberculeuse.

La *phlébite* du membre inférieur s'observe parfois au décours de la dysentérie. De même que la phlébite typhoïdique, elle est le plus souvent gauche ou bilatérale. Elle résulte vraisemblablement d'une infection secondaire.

Le travail de M. Remlinger se termine par une observation d'*abcès de la rate* d'origine dysentérique. La rareté de cette complication est d'autant plus surprenante que les abcès de la rate d'origine typhique sont loin de constituer des raretés. Inversement, les suppurations hépatiques d'origine dysentérique contrastent par leur fréquence avec la rareté des abcès du foie au cours de la fièvre typhoïde.

A. E.

THÉRAPEUTIQUE

La créosote dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la tuberculose. — D'après MM. Schoull et Remlinger (broch. de 66 p., Tunis, 1901), c'est à tort que la créosote a été jusqu'ici presque exclusivement réservée au traitement de la tuberculose. Elle donne des résultats très satisfaisants dans les différentes formes de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie, dans la pneumonie grave, en particulier chez les vieillards et les alcooliques. Le pouvoir antiseptique de la créosote vis-à-vis du pneumocoque, du pneumobacille et du streptocoque, agents habituels de ces infections, est en effet très élevé. Des recherches expérimentales ont montré aux auteurs que les animaux qui reçoivent sous la peau de l'huile créosotée à titre préventif luttent mieux que les témoins contre l'infection pneumococcique. Les propriétés curatives de la créosote, peu évidentes chez les espèces très réceptives pour le pneumocoque comme le lapin et la souris, sont plus nettes chez le rat qui partage avec l'homme le privilège d'une faible réceptivité pour les affections causées par ce microbe. Chez l'homme l'étude comparée de l'expectoration pneumonique suivant que la maladie a été ou non traitée par la créosote a montré dans le premier cas une diminution plus rapide des pneumocoques, en même temps qu'une atténuation plus précoce de leur virulence. Il est également à remarquer que le sérum des lapins traités par des injections d'huile créosotée acquiert rapidement la propriété d'agglutiner le pneumocoque. Au point de vue du mode d'administration de la créosote, MM. Schoull et Remlinger donnent la préférence à la voie rectale. Le meilleur lavement créosoté consiste dans un simple mélange de créosote et de lait. Une précaution nécessaire consiste à bien agiter dans un flacon bouché avant d'administrer, car quelques gouttes de créosote peuvent surnager parfois et donner lieu à une sensation assez vive de cuisson. Chez les enfants au-dessous d'un an, la dose moyenne est de IV à X gouttes par jour. Dans les cas graves de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie, il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à des doses massives : XV à XX gouttes par jour. Chez l'adulte la dose moyenne de L à C gouttes *pro die* pourra être élevée à CL et à CC. Il est évident qu'alors les phénomènes possibles d'intolérance seront surveillés avec soin. Au point de vue du mode d'action de la créosote, MM. Schoull et Remlinger ne croient pas que son pouvoir bactéricide rende exclusivement compte de ses notions thérapeutiques. La créosote paraît agir comme modificatrice des épithéliums, comme dynamogénique et comme antithermique en même temps que comme antiseptique.

A. E.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Œttinger, Lamy, Barié, Belin, Tuffier, Rochard, Guéniot, Ricard, Potocki et Brindeau.

MM. Barié, Belin, Brindeau et Ricard ont accepté.

— *Hôpital Ricord.* — Il est question de débaptiser l'hôpital Ricord. Il prendrait le nom de « Cochin-Port-Royal ». Cette mesure ne constitue pas une atteinte à la mémoire de notre grand syphiligraphe, mais l'hôpital Ricord, cessant d'être un hôpital autonome pour devenir une dépendance de Cochin, il a paru préférable à l'administration de ne pas conserver un nom rappelant la destination spéciale de l'ancien hôpital.

Écoles de médecine. — *Reims.* — M. A. Henry, agrégé des sciences physiques, est nommé chef des travaux cliniques et physiques.

Guerre. — M. Pujol, médecin aide-major de première classe, est placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies pour être attaché à la mission du génie chargée de la construction du chemin de fer au Dahomey.

M. Thibault, médecin aide-major de première classe, est désigné pour servir au 22e d'infanterie coloniale.

M. le médecin de première classe Thirion est appelé à servir au 14e d'infanterie coloniale.

M. le médecin de première classe Lallour est désigné pour aller servir aux batteries d'artillerie du Sénégal.

MM. les médecins de deuxième classe Reboul et Aynès, qui ont opté pour les troupes coloniales, sont désignés pour aller servir au 1er tirailleurs sénégalais.

Distinctions honorifiques. — M. Lartigue, médecin-major de première classe, vient d'être promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Le droit de réponse. — M. Jean Cruppi, député, a déposé hier à la Chambre une proposition de loi tendant à modifier la loi de 1881, sur la presse, en ce qui concerne le droit de réponse.

Aux termes de cette proposition, le demandeur en insertions aura droit à « mille lettres d'écriture » et sa réponse ne pourra excéder le double de l'espace occupé par la partie de l'article qui lui est directement ou indirectement personnelle.

Le droit de réponse ne pourra s'exercer contre un article de critique littéraire ou scientifique, à moins d'offense personnelle.

D'autre part, le délai de trois jours pour l'insertion des réponses sera, en période électorale, réduit à vingt-quatre heures, de même que le délai de citation pour refus d'insertion. Dans les deux jours précédant le scrutin, la citation pourra être donnée d'heure à heure. Enfin le tribunal pourra ordonner, en tout temps, l'exécution immédiate du jugement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lhéritier de Chézelles, ancien médecin militaire; et sir William Mac Cornac, chirurgien en chef de l'hôpital français de Londres, président de la Société royale des chirurgiens anglais.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 141. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1901. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Pathogénie des anévrysmes de l'aorte, par M. L.-M. BONNET, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Utilisation en oto-rhinologie des propriétés décollantes de l'eau oxygénée. — REVUE DES THÈSES. Fistules consécutives aux suppurations hépatiques [abcès, kystes hydatiques] (M. LANDARD); — Le rhino-sclérome en France. Le rhino-sclérome chez l'homme et la maladie du reniflement chez le porc (M. P.-H.-Maurice GRENIER); — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales (M. A. POLAK). — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie des anévrysmes de l'aorte.

Par M. L.-M. BONNET,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Cette pathogénie est entourée encore d'une grande obscurité, malgré les nombreux travaux importants auxquels elle a donné lieu. Leurs auteurs ont mis en lumière des faits fort intéressants, mais qui les ont conduits à des conclusions tout à fait opposées.

D'ailleurs on a réuni sous le nom d'anévrysmes des choses disparates, relevant de pathogénies certainement différentes. Il est bien sûr, par exemple, que l'anévrysme qui peut succéder à une blessure de l'humérale par la lancette, au cours d'une saignée, ne peut être assimilé à celui qui se développe spontanément au niveau de l'aorte. Même parmi les anévrysmes spontanés, il est des variétés qui constituent des lésions spéciales n'ayant rien à voir avec les anévrysmes aortiques; tels sont la *périartérite noueuse* de Kussmaul-Maïer ou *anévrysme congénital* d'Eppinger; l'*anévrysme embolique*; l'*anévrysme par arrosion*, dont le type le mieux connu est l'anévrysme de Rassmussen.

I

Exposé des théories. — Les théories émises pour expliquer la production des anévrysmes spontanés en général, et plus particulièrement de ceux de l'aorte, peuvent se grouper ainsi :

PREMIER GROUPE DE THÉORIES. — *L'anévrysme est indépendant de toute lésion inflammatoire ou dégénérative de la paroi vasculaire.* — Ce qui a donné lieu à cette idée, c'est que l'on voit beaucoup d'aortes très athéromateuses sans anévrysme, et qu'inversement on rencontre souvent des anévrysmes sur des aortes dont les lésions paraissent légères. Quelques auteurs en ont conclu que les lésions inflammatoires étaient secondaires ou concomitantes, et ils ont expliqué la production des anévrysmes par un des mécanismes suivants.

A. *Affaiblissement simple primitif de la paroi vasculaire, sans lésions, par simple augmentation de la dilatabilité.* — Cette théorie est très ancienne : on l'imagina pour expliquer ces dilatations dans lesquelles on trouvait les trois tuniques artérielles (anévrysme vrai des anciens auteurs; anévrysme par dilatation de Cruveilhier et Thoma).

Pour la plupart, il s'agissait là d'un *état anormal* soit congénital (Voigtel) et héréditaire (Lancisi), soit surtout acquis (Guthrie, Rokitansky, Cruveilhier). Dans ce cas il a été attribué à l'alcoolisme, à la syphilis, etc., ou encore à une « diathèse anévrysmale » ; quelques-uns (Hodgson, Rokitansky) emploient le mot de paralysie.

Plus récemment, cette théorie a été reprise par Thoma (1888), mais d'une manière un peu différente. Le fait primitif est bien toujours une diminution de la résistance de la tunique moyenne : seulement pour lui cette faiblesse est un *fait constant* à une période donnée de l'existence.

D'après Thoma, l'anévrysme et l'artério-sclérose ont une même pathogénie. L'affaiblissement de la tunique moyenne permet au vaisseau de se dilater ; l'endartère s'épaissit pour compenser cette dilatation et rendre au vaisseau son calibre normal : on a l'artério-sclérose. Celle-ci est diffuse ou nodulaire, selon que le phénomène est partout uniforme ou bien prédomine par places. Enfin, si la dilatation est assez notable pour que l'épaississement de l'endartère n'arrive pas à la niveler, on a un anévrysme. Pour que puisse se produire une telle dilatation anévrysmale, il faut : 1° que l'affaiblissement de la moyenne existe, c'est-à-dire qu'il y ait de l'artério-sclérose; 2° que l'intime n'ait pas encore eu le temps, par son épaississement secondaire, de rendre à la paroi artérielle une rigidité suffisante, en d'autres termes, que l'artério-sclérose soit au début.

Ce stade de début, ou angiomalacique, de l'artério-sclérose durerait un an pour chaque individu, et cette année se trouverait vers quarante ans en moyenne. Donc tout individu est pendant un an, vers quarante ans, apte à contracter un anévrysme, qui se développera sous l'influence d'une augmentation de tension d'origine quelconque (effort, etc.). C'est pour cette raison que c'est vers quarante ans que l'on rencontre le plus d'anévrysmes.

B. *Rupture primitive, mécanique, des éléments de la paroi vasculaire, indépendante de toute lésion inflammatoire ou autre.* — Cette théorie comprend deux variétés.

1°. *Rupture primitive et isolée des fibres élastiques de la tunique moyenne.* — Conçue par Recklinghausen, elle a été exposée et confirmée par ses élèves Helmstedter, Meyer et Manchot.

Nous ne parlerons pas du travail de Meyer, qui est basé sur un cas de cette maladie spéciale appelée tour à tour « anévrysmes multiples des petites artères » (Meyer), « périartérite noueuse » (Kussmaul-Maïer), etc. Au contraire les travaux de Manchot et d'Helmstedter ont trait à des anévrysmes aortiques et doivent nous arrêter.

C'est dans la thèse d'Helmstedter (1873) qu'on trouve pour la première fois affirmé, avec faits à l'appui, que la lésion primitive, c'est la rupture des lamelles élastiques de la moyenne ; ces ruptures peuvent intéresser toute l'épaisseur de cette tunique et la segmenter ainsi en îlots : telle serait l'origine de ces îlots de moyenne que l'auteur trouve constamment de ci de là dans toute l'étendue des poches anévrysmales. Mais la lésion débute par des ruptures moins étendues, des ruptures partielles. Celles-ci se présentent sous l'aspect de lacunes qu'on trouve disséminées dans la moyenne ; les fibres élastiques s'arrêtent brusquement aux bords de ces lacunes ; l'espace vide est occupé soit par des cellules embryonnaires soit par du tissu fibreux. Comment se font ces ruptures ? L'auteur dit qu'on peut faire deux hypothèses : ou bien il existe une altération qui rend ces fibres plus fragiles ; ou bien elles sont saines, mais une exagération de pression amène d'abord la rupture d'une fibre ; ce point étant, dès lors, moins résistant, c'est dans la même région qu'une autre exagération de pression amènera une nouvelle rupture et, peu à peu, la paroi ne pouvant même plus résister à la pression normale, se dilate en anévrysme. Helmstedter estime qu'il faut la réunion des deux conditions. Mais les modifications des fibres élastiques ne pourront être que moléculaires, car l'auteur ne les a jamais vues altérées anatomiquement et croit même à leur indestructibilité.

Le travail de Manchot (1890) est fondé sur un beaucoup plus grand nombre de faits et cet auteur donne des examens bien plus détaillés, il emploie des techniques plus perfectionnées, et notamment la coloration par la fuchsine avec décoloration par l'acide sulfurique en solution sucrée (méthode de Manchot). Il reconnaît les ruptures de paquets de fibres décrites par son prédécesseur, mais trouve en outre des ruptures de lamelles isolées. Comme Helmstedter il attribue ces ruptures à des excès de tension, tout en faisant cette réserve que les fibres élastiques avaient peut-être bien dans ces cas une fragilité particulière ; mais celle-ci ne lui paraît pas indispensable ; en tout cas elle ne se traduit par rien à l'examen microscopique.

2° *Déchirure primitive des deux tuniques internes.* — C'est à la démonstration de cette théorie qu'est consacrée la plus grande partie du volumineux mémoire d'Eppinger (1887).

A vrai dire, cette idée qu'un anévrysme peut être provoqué par l'interruption de ses deux tuniques internes n'est pas nouvelle. Elle avait été émise par Vésale, reprise surtout par Scarpa et par Larrey, et adoptée par Hodgson, Weber, etc., mais pour ces auteurs la destruction des tuniques internes, si elle était primitive par rapport à l'anévrysme, était produite elle-même par l'inflammation.

Ce qui distingue Eppinger des autres auteurs, c'est qu'il admet ces deux choses : 1° que la déchirure est indépendante de toute lésion antérieure des tuniques ; 2° que c'est le mécanisme général, unique des anévrysmes spontanés, tels que ceux de l'aorte. Après avoir rappelé ce que l'on sait sur les déchirures artérielles en général et leur cicatrisation, l'auteur rapporte une série de faits personnels destinés à montrer les diverses étapes du processus, depuis la déchirure récente jusqu'à l'anévrysme véritable. Celui-ci se produit dans tous les cas où la déchirure interrompt complètement les deux tuniques internes. Il qualifie de « traumatiques » tous les anévrysmes spontanés ordinaires.

Deuxième groupe de théories. — *L'anévrysme est amené par des lésions inflammatoires ou dégénératives.* — Cette théorie est la plus ancienne ; elle devait nécessairement revenir à l'idée en présence de la constance des lésions aortiques dans les cas d'anévrysmes. Mais elle a été comprise différamment, soit pour ce qui est de la cause de ces lésions, soit aussi pour le mécanisme par lequel elles amènent l'anévrysme.

Les lésions inflammatoires ou dégénératives de l'aorte sont d'ordres très divers, mais ces différences sont actuellement assez mal connues, et, dans l'esprit de beaucoup d'auteurs, elles ne marquent que des variétés ou même des stades d'une seule affection : l'artério-sclérose. Il en résulte qu'il est bien difficile de savoir ce qui existait exactement quand un auteur dit simplement qu'il y avait ou qu'il n'y avait pas d'artério-sclérose ou d'athérome.

Nous pouvons cependant, provisoirement, répartir ainsi les principales variétés de lésions auxquelles on a rapporté la formation des anévrysmes.

A. *Athérome.* — Nous entendons parler ici de l'athérome vulgaire, tel qu'on le rencontre si fréquemment chez les vieillards, souvent généralisé à toute l'aorte ; celle-ci est rigide, présente des plaques calcaires, des abcès athéromateux, etc. Le microscope montre qu'il s'agit de lésions essentiellement dégénératives, débutant par la partie profonde de l'intime et pouvant envahir les parties adjacentes de la moyenne.

Les auteurs l'ont généralement pris pour le type de l'inflammation chronique de l'aorte, et depuis les débuts de l'histoire des anévrysmes il a été incriminé dans leur pathogénie.

Les uns (Scarpa, Lebert, Weber) ont pensé que l'athérome agissait en déterminant l'*ulcération* des tuniques internes, les parois du sac étant donc formées par l'adventice. Cette interprétation a eu cours pendant très longtemps.

D'autres, et c'est l'opinion de Cornil et Ranvier, disent que la moyenne subissant la dégénérescence graisseuse, la région correspondante se laisse dilater. Le sac doit donc être essentiellement constitué par l'intime et l'adventice, entre lesquelles on peut parfois, au voisinage du collet, retrouver la trace de cette moyenne dégénérée.

B. *Lésions aortiques d'origines diverses.* — Le fait que les lésions des aortes anévrysmales diffèrent généralement beaucoup de l'athérome vulgaire n'a pas échappé aux auteurs. Leur délimitation les a surtout frappés ; de là vient qu'on dit assez généralement en France que les anévrysmes sont amenés par des *aortites en plaques*.

On a pensé que cet aspect spécial devait tenir à l'étiologie, soit que cette cause étiologique produisît une lésion spéciale, soit plutôt qu'elle imprimât un caractère particulier à l'athérome dans les cas où elle a amené ou aidé sa formation.

C'est ainsi qu'on incrimine très souvent l'*alcoolisme*, comme d'ailleurs pour toutes les lésions artérielles ; d'ailleurs les auteurs n'ont pas précisé le mode d'action de l'alcool. Lancereaux est à peu près le seul auteur qui fasse intervenir le *paludisme* ; pour lui, cette infection est une cause fréquente d'aortites en plaques, et, par ce mécanisme, elle provoque directement la formation de l'anévrysme. Celui-ci a donc habituellement une origine paludéenne. Quelques-uns ont invoqué le *rhumatisme* qui produirait des aortites. Enfin plus

récemment (Boinet), on a pensé que des aortites *infectieuses*, dues à la grippe par exemple pourraient bien être une cause d'anévrysmes.

C. *Mésartérite de Kœster.* — Kœster étudia la question a un point de vue purement anatomique, mais ses constatations ont une haute portée pathogénique. Il trouva dans des anévrysmes au début, au sein de la moyenne, de petites plaques qui sont non des déchirures mais des foyers inflammatoires évoluant avec prolifération conjonctive; ils possèdent un pédicule situé dans l'adventice, de laquelle ils proviennent véritablement. Ce sont des proliférations cellulaires qui suivent les vasa-vasorum, abordent perpendiculairement ou obliquement la musculeuse, la détruisent dans une certaine étendue; c'est à ce niveau que se développe l'anévrysme. Celui-ci a donc pour cause une mésartérite. Celle-ci coexiste habituellement avec une endartérite chronique distincte de l'athérome.

Verstraeten, examinant deux anévrysmes de l'aorte, arrive aux mêmes conclusions que Kœster. Celles-ci sont encore confirmées par Krafft, par Zuurdeeg.

D. *Syphilis.* — L'idée d'attribuer les anévrysmes de l'aorte à la syphilis n'est pas neuve, mais elle a fait de sérieux progrès depuis quelques années.

Ambroise Paré disait déjà que « les anévrysmes qui viennent aux parties intérieures sont incurables et adviennent souvent à ceux qui ont eu la vérole ». Fernel, Séverin, Plancus, Morgagni ont admis cette étiologie.

Scarpa y est opposé, alléguant qu'on « n'a jamais su faire rétrograder un anévrysme commençant par un traitement mercuriel ». Guthrie, Le Fort, Richet considèrent comme très douteuse l'influence de la syphilis. Porter (1840) va même jusqu'à dire que c'est le mercure qui expose aux ruptures vasculaires, opinion dont font justice Marjolin et Bérard.

A une époque plus récente, on voit se multiplier les observations d'anévrysmes chez des syphilitiques (Hertz, Nalty, Wilks, Wellch, Knight, etc.). En France, en 1879, Vallin communique une très intéressante observation de ce genre; à ce propos Fournier, Vallin, Cornil se prononcèrent en faveur de l'influence de la syphilis; Dupret montre la fréquence de cette étiologie; Verdié rassemble 30 cas d'anévrysmes chez des syphilitiques; Jaccoud en réunit 30 nouveaux exemples, Thibierge, sept, etc. De nombreuses statistiques dont nous reparlerons consacrent définitivement le rôle de la syphilis.

Ces recherches étiologiques eurent pour résultat que la plupart des auteurs furent amenés à déclarer que la syphilis devait occuper un rang important, peut-être le premier, parmi les causes diverses (alcoolisme, travaux pénibles, etc.) capables d'amener cette maladie. Mais, en somme, son action n'avait rien de spécifique; comme les autres causes (alcool, etc.) elle agissait en amenant un trouble de la nutrition, particulièrement favorable au développement de l'artério-sclérose. C'est dans ce sens qu'on trouve généralement interprété le rôle de la syphilis.

Au contraire les auteurs anciens avaient pensé que la vérole produisaient directement dans les artères des lésions spécifiques capables de donner lieu à des anévrysmes. Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs sont revenus à cette idée, à la suite d'études comparatives d'aortes anévrysmales, et d'aortes syphilitiques. Ces importantes études anatomiques ont été faites presque uniquement en Allemagne. Hertz, Heiberg rapportent des cas à propos desquels ils exposent que la syphilis produit des néoformations conjonctives qui interrompent la moyenne, laquelle ne peut plus résister à la pression sanguine. Kalindero et Babès publient trois cas dans lesquels ils montrent que l'anévrysme a été amené par une sorte d'aortite gommeuse. Reining (1896) fait intervenir la mésartérite syphilitique et Paul (1897) invoque aussi l'aortite fibreuse syphilitique. C. Rasch fait débuter la lésion par une aortite fibreuse syphilitique; la moyenne et l'adventice présentent une infiltration de cellules rondes; les éléments élastiques étant détruits à ce niveau, l'anévrysme peut s'y développer. Heller pense aussi qu'il se produit, de l'adventice vers l'intime, une prolifération embryonnaire avec phénomènes de nécrose; c'est en ces points que se produisent les anévrysmes. Aron admet aussi la nature syphilitique des lésions qui amènent l'anévrysme.

En France, quelques auteurs ont donné une interprétation analogue, mais seulement pour quelques cas particuliers. Ainsi Letulle et Brault décrivent une forme d'artérite térébrante syphilitique amenant la rupture du vaisseau ou la formation d'un anévrysme; ils semblent en faire une lésion rare. Dieulafoy donne le nom d' « anévrysmes multiples cupuliformes » à une variété de petits anévrysmes qui relèveraient d'une aortite gommeuse; les autres, au contraire, les grands anévrysmes ordinaires, seraient dus à des lésions diffuses, scléreuses, athéromateuses qui, quoique produites parfois (généralement) par la syphilis, ne possèdent aucun caractère distinctif et font ainsi partie de l'artério-sclérose. Les mêmes idées sont reproduites dans la thèse de Deguy (1900).

II

Critique des théories. — Voyons quels arguments ont été donnés pour chacune de ces théories; voyons si celles-ci concordent ou non avec l'examen des faits.

Premier groupe. — Anévrysme indépendant de toute lésion vasculaire inflammatoire ou dégénérative. — Les aortes anévrysmales présentent toujours des lésions. Nous n'avons pas trouvé un seul cas examiné avec soin dans lequel l'absence complète de lésions inflammatoires soit démontrée. Cela doit faire naître quelques doutes sur l'exactitude d'une théorie qui pose en principe que ces lésions constantes n'ont aucun rapport avec l'anévrysme.

Mais entrons dans quelques détails et voyons comment les auteurs ont défendu ce mode de production.

A. *Affaissement simple primitif de la paroi aortique, par simple augmentation de la dilatabilité.* — Cette théorie n'a plus guère qu'un intérêt historique, car elle a été imaginée à une époque où on ne connaissait guère que les lésions macroscopiques des artères, et, depuis, tous les auteurs ont trouvé des lésions des tuniques vasculaires. Ils ont pu les interpréter de façons diverses (ruptures, inflammation); mais, en fait, ils ont toujours trouvé des lésions qu'ils ont considérées comme étant en relation avec la formation de l'anévrysme.

Nous savons cependant que cette théorie a été reprise récemment par Thoma, mais d'une manière un peu particulière. Sa théorie échappe à toute démonstration comme à toute critique détaillée, car on ne peut discuter les relations causales possibles entre l'anévrysme et les lésions artérielles qu'il dit constantes, puisqu'il pose en principe que cette artério-sclérose et l'anévrysme sont des lésions semblables, relevant d'une même cause commune (affaiblissement de la moyenne). En tout cas, il est peu vraisemblable que *tous les*

sujets soient à un moment donné exposés à la production d'un anévrysme.

Thoma ressent bien lui-même, d'ailleurs, qu'il faut quelque chose de spécial, et tandis qu'il affirme, la plupart du temps, l'identité de nature de l'anévrysme et de l'artério-sclérose, on le voit de-ci de-là faire des réserves sur l'existence possible de causes individuelles. Dans un de ses articles, nous trouvons cette restriction, qu'il pourrait bien se faire que les causes étiologiques des deux lésions n'aient de commun que leur action affaiblissante sur la moyenne, et différent qualitativement et quantitativement. Enfin, on ne peut concevoir comment un simple amincissement peut produire les interruptions de la moyenne ordinairement constatées; il faut pour cela qu'il y ait eu une rupture ou une destruction inflammatoire.

B. *Rupture mécanique primitive des éléments de la paroi vasculaire.* — Voyons les deux théories appartenant à cette classe :

1° *Rupture primitive et isolée des fibres élastiques de la moyenne* (théorie de Recklinghausen, Helmstedter, Manchot). — Cela est peu vraisemblable *à priori*. Il n'est nullement démontré que la simple exagération de tension artérielle puisse produire des ruptures des fibres élastiques d'une artère saine, et on ne peut guère admettre raisonnablement que des conditions auquelles nous sommes soumis chaque jour (efforts, émotions, etc.) soient capables à elles seules de produire un anévrysme chez un individu indemne de toute lésion. Il faudrait une fragilité pathologique du tissu élastique; Helmstedter et Manchot disent bien qu'elle peut exister, mais ils ne la croient pas nécessaire, et l'anévrysme est pour eux *d'origine mécanique*. Au contraire, cette fragilité devrait constituer le fait essentiel, et la rupture ne mériterait nullement d'être dénommée « mécanique ».

Si on examine les démonstrations de ces auteurs, on peut leur faire les objections suivantes :

a. La démonstration de cette théorie est *basée sur trop peu de cas*.

Helmstedter fonde sa description microscopique sur des cas où il y avait de l'artério-sclérose, c'est-à-dire des cas où rien ne prouve que la lésion décrite par lui soit primitive. Il possède bien, dit-il, un cas dépourvu d'artério-sclérose; mais précisément il ne donne pas d'examen histologique de cette pièce. Cette objection, qui a été faite par Kœster, Krafft, Eppinger, enlève toute valeur aux conclusions de cet auteur.

Manchot ne rapporte que deux cas sans lésion de l'intime ni de l'adventice. Le premier est précisément cette pièce qu'Helmstedter n'avait pas examinée histologiquement, et que Manchot a retrouvée dans la collection de l'Institut pathologique; le deuxième, personnel, a trait à « une dilatation commençante diffuse de la crosse de l'aorte et de la moitié supérieure de l'aorte thoracique ».

Il semble bien hasardé de fonder une théorie aussi spéciale sur deux cas seulement, et encore un des deux cas ne mérite-t-il peut-être même pas le nom d'anévrysme.

b. La fréquence et les conditions d'existence des lésions (*ruptures*) *sont appréciées très différemment par les auteurs.* — Si la théorie est vraie, cette lésion doit exister dans tous les anévrysmes fusiformes, qu'il y ait ou non de l'artério-sclérose. Et, en effet, Manchot dit l'avoir toujours trouvée.

Or, Thoma, le seul autre auteur qui dise avoir observé les ruptures d'Helmstedter, est d'un avis tout opposé sur cette fréquence. Il ne les a trouvées que très rarement, et uniquement dans le voisinage d'anévrysmes par rupture; jamais il ne les a vues dans les anévrysmes par dilatation où, précisément, les auteurs précédents les ont uniquement décrites.

Il faut en conclure, ou bien que ces ruptures sont très inconstantes, et qu'alors elles n'ont pas de valeur causale, ou bien que les auteurs mêmes qui les décrivent ont pu les confondre avec autre chose (soit que Thoma ait pris des ruptures pour des plaques inflammatoires, soit que Manchot ait fait l'inverse). Nous allons voir qu'une telle confusion est bien permise.

c. La nature même des lésions décrites est très contestable. — Voilà évidemment l'objection capitale.

Ces lésions se présentaient, dit-on, sous deux formes.

La *première* est formée par des plaques conjonctives situées dans la moyenne, constituées par des cellules embryonnaires ou par du tissu fibreux. Comment distinguer de telles plaques, consécutives à l'interruption mécanique des fibres élastiques, des plaques produites primitivement par inflammation? Thoma et Manchot indiquent comme caractères spéciaux : l'aspect ondulé des extrémités des fibres élastiques, la délimitation plus nette des plaques, la configuration semblable et inverse des bords opposés de celles-ci. En réalité, ces caractères existent parfois dans des formations nettement inflammatoires; et, inversement, on les trouve parfois en défaut dans les descriptions mêmes de ces auteurs.

L'existence fréquente d'îlots de moyenne au sein de ces plaques, la situation habituelle (notée par Manchot) de celles-ci au voisinage des vasa-vasorum, conduisent même à soupçonner que ces prétendues ruptures pourraient bien n'être que des foyers inflammatoires.

La *deuxième forme* constitue ce que Manchot appelle les ruptures de lamelles isolées. Dans certains points où la moyenne était très amincie, il constata que le nombre des lamelles était diminué, et, en allant des parties saines à ces points dilatés, il voyait de temps en temps une fibre élastique interrompue.

Ces fibres étaient-elles réellement rompues? Cela est possible. Mais que ces ruptures aient été indépendantes de toute inflammation, voilà qui ne paraît pas suffisamment prouvé, car la description de Manchot est ici basée sur une série de cas dont un seul est dit indemne d'artério-sclérose. Or, cet auteur déclare lui-même que l'athérome est capable de produire des ruptures des fibres élastiques; il est vrai qu'il dit que, dans ce cas, la rupture est précédée d'une dissociation en sphères mises bout à bout. Mais quand cet aspect manque au niveau d'une lacune, qui prouve que les fibres qui ont disparu n'ont pas précisément disparu par ce processus?

2° *Déchirure primitive des deux tuniques internes* (théorie d'Eppinger). — Dans la partie historique de son travail, Eppinger donne, comme preuve de la possibilité de telles déchirures, une série de faits observés par les auteurs et deux faits personnels, dont un est particulièrement intéressant parce que la déchirure siégeait sur l'aorte. Mais, dans ces cas, la rupture avait été occasionnée par de très violents traumatismes (fractures multiples, etc.) qu'on ne trouve guère à l'étiologie des anévrysmes aortiques.

Il faut examiner avec plus de soin les ruptures dites spontanées de l'aorte, c'est-à-dire celles qui se produisent sans traumatisme, car rien ne permet de nier *a priori* qu'elles puissent être l'origine d'anévrysmes. La théorie d'Eppinger implique les assertions suivantes : 1° une aorte saine peut

se rompre spontanément, en l'absence de toute violence extérieure; 2° une telle déchirure est capable d'être l'origine d'un anévrysme; 3° tout tend à prouver que c'est l'unique origine des anévrysmes ordinaires, dits spontanés ou simples.

Et, d'abord, une aorte *saine* peut-elle se rompre dans les conditions indiquées? *A priori*, le fait est plus que douteux. Les expériences (Gréhant et Quinquaud) ont montré que pour rompre une artère saine il faut une pression énorme, incomparablement supérieure à ce qui peut se produire sur le vivant à l'occasion d'un effort ou d'une émotion (généralement invoqués), d'une crise d'urémie (Barth), etc. Le simple bon sens, d'ailleurs, ne permet pas de croire qu'une cause aussi banale qu'un effort ou une émotion suffise, *à elle seule*, et en l'absence de toute lésion, à produire une chose aussi rare que les ruptures de l'aorte. Pour la même raison, l'hypertrophie du cœur, souvent notée (Rindfleisch, Eisengraber), ne paraît pas être une cause suffisante.

Mais laissons ces raisonnements et passons aux faits. Si on parcourt les observations de déchirures spontanées de l'aorte, on voit que presque toujours il y a des lésions bien manifestes (qualifiées d'athérome) et auxquelles les auteurs n'ont pas manqué de rapporter ces ruptures; c'est la conclusion à laquelle sont arrivés Broca, Peacock, Martin-Durr, Bobo; cependant, on a publié un certain nombre de cas considérés comme ruptures d'aortes saines. On y voit qu'une aorte macroscopiquement peu malade s'est rompue précisément en un point où il n'y avait pas d'athérome, où l'endartère paraissait normale. La rupture ne dépendait donc pas d'une lésion de l'endartère; mais on ne peut sur ce seul fait conclure à l'absence de toute lésion. Il faut un examen histologique de toutes les tuniques au niveau de la rupture. Que trouve-t-on à ce sujet dans ces observations?

Très souvent (Rindfleisch, Petch, Kelly, Paul, Lumsden) les détails manquent. Mais dans ceux où la description est précise, on voit que *jamais* les tuniques n'étaient absolument normales (cas d'Eisengraber, Tschermak, Crooke, Fisher, Bruberger, Moore, Brouardel et Vibert, R. Tripier, etc.). Donc en admettant qu'une déchirure marquerait le début des anévrysmes, la théorie d'Eppinger ne serait pas néanmoins justifiée, puisque cette déchirure nécessite une lésion antérieure de l'aorte; c'est cette lésion qui serait la cause première, et l'anévrysme ne mériterait nullement le nom de traumatique.

Une telle déchirure étant produite, peut-elle amener la formation d'un anévrysme? Voyons les faits apportés comme démonstration. Ce sont des faits expérimentaux et des faits cliniques.

Si la théorie d'Eppinger était vraie, il serait facile de produire artificiellement des anévrysmes en déchirant les tuniques internes du vaisseau. C'est ce qu'ont essayé, sans résultat probant, Amussat, Jones, Hunter, Evers-Home, Quincke, Peacok, Zahn. On ne peut donc que souscrire à cette conclusion d'Eppinger : « Il semble donc qu'on ne peut reproduire expérimentalement ce que *la nature* et un traumatisme produisent chez un homme pour amener un anévrysme. » C'est la condamnation de sa théorie.

Quant aux faits cliniques, Eppinger base sa démonstration sur 14 pièces (cas XIX à XXXIII). Les cas XIX et XX sont des déchirures récentes produites par de violents traumatismes; ils ne prouvent donc rien pour la question. Le cas XXI est relatif à une fente guérie, limitée à l'intime de l'aorte; il n'y avait aucune dilatation, et on ne trouve là encore rien qui puisse expliquer la formation d'un anévrysme. Les 3 cas suivants devraient donner la clef de la transformation car ils sont qualifiés « anévrysme commençant »; nous voyons que dans 2 (XXII, XXIV) la déchirure n'est pas prouvée, et dans celui (XXIII) où la déchirure est nette on a une légère dépression qui n'est peut-être pas un anévrysme, en tout cas n'est pas un anévrysme ordinaire. Les autres faits enfin montrent des anévrysmes anciens vulgaires : or la déchirure n'y est nullement prouvée, et en revanche on trouve des lésions inflammatoires parfaitement capables d'avoir produit l'anévrysme.

D'ailleurs, dans tous les cas que nous avons examinés nous-même, et dans tous ceux que nous avons pu trouver dans les auteurs, accompagnés de détails suffisants, toujours on trouve dans le sac même des îlots de moyenne, fait inexplicable dans la théorie d'Eppinger et qui montre qu'il y a eu un *refoulement* de la paroi aortique, et non une déchirure.

Deuxième groupe. L'anévrysme est amené par des lésions inflammatoires ou dégénératives. — Pour discuter ces théories, il importe d'avoir des notions exactes sur les points suivants :

1° *Lésions des aortes anévrysmales, en dehors de l'anévrysme lui-même.* — Il y a généralement de nombreuses plaques gélatiniformes; souvent aussi il y a des dépressions en godet assez particulières. Au microscope, inflammation de l'adventice et de l'intime, *altérations profondes de la moyenne* sous forme d'amas de tissu de granulation ou de plaques fibreuses. Ces lésions semblent être constantes : elles ont été trouvées par tous les auteurs (Kœster, Krafft, Dœhle, etc.), qui ont étudié ce point systématiquement; elles existaient dans toutes les pièces que nous avons examinées (Th. de Lyon, 1900); enfin si on parcourt les observations un peu détaillées même d'auteurs qui ne cherchaient pas systématiquement ces lésions, on les trouve généralement indiquées (Vallin, Reining, Lebreton, Boinet, etc.).

2° *Au niveau de l'anévrysme lui-même.* — Deux choses sont ici particulièrement importantes à noter.

a. Au niveau du *collet*, les tuniques interne et externe se continuent dans la poche, comme on l'admet d'ordinaire en France, mais contrairement à ce que dit Eppinger; quant à la moyenne, elle présente toujours une interruption complète occupée par du tissu embryonnaire ou du tissu fibreux, ainsi qu'il ressort de nos propres examens et comme nous l'avons vu indiqué dans nombre d'autres observations (Reining, Eppinger, Kalindero et Babès).

b. Dans le *sac* on trouve toujours, au moins près du collet, quelques lambeaux de moyenne, indiquant bien qu'il y a eu un refoulement de toute la paroi; ces débris de moyenne signalés par Cornil et Ranvier, Helmstedter, etc., nous ont paru constants; Thoma et Eppinger eux-mêmes les ont observés.

Nous pouvons maintenant discuter en connaissance de cause les théories inflammatoires ou dégénératives. Nous savons qu'on a incriminé les lésions suivantes :

1° *Athérome.* — Cette théorie a contre elle l'*étiologie*. Rien n'est si commun que l'athérome, et l'anévrysme est rare, en somme. Et puis, c'est entre quarante et cinquante ans qu'il y a le plus d'anévrysmes, tandis que l'athérome est de plus en plus fréquent à mesure que le sujet avance en âge.

L'*anatomie pathologique* la contredit également. D'un côté : dégénérescence graisseuse, calcification; de l'autre : lésions productives, plaques gélatiniformes, infiltrations embryon-

naires; lésions diffuses dans un cas, circonscrites dans l'autre, etc. On ne comprendrait pas pourquoi on voit si souvent des aortes non anévrysmales avec de considérables lésions athéromateuses, tandis que souvent, dans le cas d'anévrysme, on ne trouve que quelques plaques gélatineuses. Est-ce par ulcération (Scarpa, Lebert, Weber) qu'il agit? Mais alors on ne devrait trouver dans le sac ni intime ni îlots de moyenne. Est-ce parce que la moyenne était dégénérée (Cornil et Ranvier) que la paroi s'est dilatée? Dans ce cas, les îlots de moyenne qu'on voit dans le sac devraient être dégénérés, et au collet il devrait y avoir une diminution progressive de la moyenne, et non une interruption brusque.

2° *Lésions aortiques d'origines diverses.* — a. *Alcoolisme.* — Il est bien possible qu'il ait une action néfaste sur les artères, mais bien des alcooliques ont des artères saines (Lancereaux) et, en tout cas, rien n'autorise à lui attribuer des lésions telles que : prolifération embryonnaire dans la moyenne, etc.

Et puis, voyons les statistiques : Wellch, sur 34 cas d'anévrysmes, ne trouve que 2 alcooliques; l'alcoolisme n'est noté que 28 fois sur les 240 compulsés par Etienne. D'ailleurs Lebert fait remarquer que l'anévrysme n'est pas plus fréquent dans les pays où l'alcoolisme est plus répandu.

b. *Impaludisme.* — Lancereaux est à peu près le seul à l'incriminer; il amènerait une aortite en plaques, et celle-ci l'anévrysme. Il n'est nullement prouvé qu'il soit une cause d'aortite. Laveran a montré combien cela est peu probable, si l'on consulte les auteurs les plus compétents sur les maladies des pays chauds ; il a fait ressortir aussi combien peu démonstratives étaient les observations de Lancereaux.

Notons qu'Étienne ne trouve le paludisne que 8 fois sur 240; notons aussi que la répartition géographique des anévrysmes ne correspond nullement à celle de l'impaludisme.

c. *Rhumatisme.* — Les rares faits cités (Legroux) n'ont guère de signification nette. L'étiologie n'indique aucun lien entre les deux affections.

L'existence même d'artérites rhumatismales n'est nullement prouvée (Blot).

d. *Aortites infectieuses.* — Elles sont assez mal connues cliniquement. On n'en cite que de rares autopsies dans lesquelles les lésions étaient variables et banales. Même discordance au point de vue expérimental : on a obtenu tantôt des végétations (Crocq), tantôt une bouillie calcaire (Gilbert et Lion), ou bien une infiltration (Thérèse, Boinet et Ramary). Cette diversité ne cadre guère avec la constance des lésions des aortes anévrysmales. Enfin, quand Boinet note simplement qu'un sujet atteint d'anévrysme a eu la grippe l'année précédente, il ne semble pas qu'il fournisse là une bien sérieuse démonstration.

Nous n'avons pas le droit d'affirmer que les maladies infectieuses ne puissent jouer aucun rôle ; mais rien ne permet de le dire actuellement.

3° *Aortite syphilitique.* — Son rôle peut être démontré par des arguments de deux ordres.

a. *Étiologie.* — Toutes les statistiques sont favorables : Welch, Verdié, Malmsten, Thibierge, Frankel, Heiberg, etc.

Ne prenons que les plus récentes, ne pouvant les citer toutes. Étienne (1897) sur 133 anévrysmes aortiques trouve 94 syphilitiques, soit 69 p. 100. Haussmann (1899) sur 64 autopsies d'anévrysmes aortiques trouva 12 fois *d'autres lésions* syphilitiques. Rasch (1899), sur 28 autopsies d'anévrysmes de l'aorte, dit la syphilis certaine dans 16, probable dans 7.

Ces chiffres sont d'autant plus éloquents qu'on sait (Fournier, Jumon, Viannay) qu'à l'interrogatoire soigné de malades atteints de lésions tertiaires typiques, dans plus de la moitié des cas on ne trouve aucune trace de la syphilis.

Si bien que, si on interroge au point de vue de la syphilis des malades porteurs les uns d'anévrysmes, les autres de lésions tertiaires typiques, c'est chez les premiers qu'on trouve plus fréquemment l'histoire d'une syphilis antérieure.

b. *Anatomie pathologique.* — L'aortite syphilitique se présente avec des caractères bien tranchés. Il s'agit de lésions bien localisées, exubérantes, avec plaques gélatineuses, dépressions et godets, amincissements linéaires ou en fassettes, etc. Voilà ce qu'ont vu Dœhle (1895), Smith, Backhaus, Heller, etc., et ce que nous avons plusieurs fois observées. Au point de vue histologique, c'est une infiltration embryonnaire qui suit les vasa-vasorum et forme des amas dans la moyenne (mésartérite syphilitique) ; nous trouvons déjà cela dans les faits de Crooke, Kalindero et Babès; mais c'est Dœhle qui a établi le premier catégoriquement les caractères histologiques spéciaux de l'aortite syphilitique, et sa description a été confirmée par Rolleston (1897), Penrose, Backhaus, Heller (1899), Rumpf.

Or, si l'on se rappelle ce que nous avons dit plus haut des aortes anévrysmales, on voit qu'il y a identité complète; et de l'aveu même d'Eppinger, ces lésions sont semblables aussi à la mésartérite de Kœster.

La syphilis est donc la cause ordinaire des anévrysmes aortiques. Elle altère profondément les trois tuniques, et produit notamment dans la moyenne des interruptions enlevant toute la résistance à la paroi qui se laisse dilater.

III

Quelques variétés particulières d'anévrysmes aortiques. — Donc, la syphilis aortique paraît être la cause générale des anévrysmes aortiques vulgaires.

Il faut ajouter qu'il est possible que dans des cas exceptionnels d'autres causes puissent produire un anévrysme : mais alors la lésion se présentera tout autre. Et de fait on a vu parfois des anévrysmes ressemblant si peu aux autres que les auteurs ont toujours pensé qu'il y avait alors une cause tout à fait spéciale.

Voyons quels mécanismes ont été invoqués dans des cas de ce genre.

1° *Anévrysme par dilatation de l'aorte au-dessus d'un rétrécissement.* — C'est ce que Lewasche a cherché à reproduire expérimentalement; il comprimait chaque jour pendant quelques instants l'aorte abdominale chez des chiens; ceux-ci, sacrifiés après plusieurs mois, présentaient une dilatation aortique diffuse, plus marquée à mesure qu'on se rapprochait du cœur. En réalité, cela ne rappelait l'anévrysme que de bien loin.

Mais dans certaines conditions spéciales, un mécanisme semblable a, chez l'homme, provoqué la production de vrais anévrysmes. Ce fait a été noté maintes fois dans des cas d'*étroitesse congénitale de l'isthme* de l'aorte, et plusieurs même se sont terminés par rupture (Wise, Jordan, Otto, Leudet, Oppolzer, Harmernyk, etc.).

Dans certains cas dont parle Thoma, l'anévrysme serait provoqué par un *rétrécissement relatif.* Il pense qu'une aorte présentant une légère dilatation par artério-sclérose diffuse, se trouve bridé pour ainsi dire par l'hiatus diaphragmatique, on a ainsi un point rétréci au-dessus duquel la tension augmente et produit une dilatation. Cela ne semble guère pouvoir être autre chose qu'une cause adjuvante.

2° *Anévrysme par traction de Thoma.* — Cet auteur admet

qu'une branche de l'aorte peut, dans certaines conditions, exercer une traction sur le point de la paroi aortique d'où elle naît, et déterminer à ce niveau une dilatation localisée; à cause de ce mécanisme, il donne à cette dilatation le nom de *Tractionaneurysma*. Le soulèvement de la paroi, étant provoqué par une traction en un point, a naturellement une forme conique, d'où les noms qu'il donne encore : anévrysme *en tente*, *aneurysma skenoïdeum*.

Sa localisation la plus fréquente serait la face posterieure de l'extrémité supérieure de l'aorte thoracique descendante. Ce sont les premières intercostales qui tirent cette paroi en arrière ; ou plutôt c'est l'aorte qui tire sur elles, par suite de conditions particulières tendant à porter en avant cette portion de l'aorte. Ces conditions modifiant la courbure qui unit la crosse à l'aorte descendante, sont variables. Une des plus fréquentes est l'existence d'un anévrysme sacciforme sur la face antérieure de l'aorte ascendante ou de la crosse.

Une autre localisation, pas très rare, est la partie supérieure de la face antérieure de l'aorte descendante. Il s'agit, dans ce cas, de traction exercée par le conduit de Botal, que celui-ci ait une briéveté anormale, ou bien que ce soit l'aorte déviée qui tire sur lui.

Enfin ils pourraient encore se voir sur l'aorte abdominale, la traction étant exercée par le tronc cœliaque ou la mésentérique.

Il est évident que ces tractions ne sauraient être considérées que comme des causes adjuvantes; même à ce point de vue les observations de Thoma sont discutables.

3° *Anévrysme embolique.* — Celui des artères périphériques est bien connu; mais pour l'aorte Eppinger est le seul qui en parle; il en rapporte deux cas avec grands détails (cas IV et VI).

C'était une série de tout petits anévrysmes de l'aorte ascendante; sur une lèvre était un petit thrombus qu'il considère comme l'embolus lui-même.

Qu'un gros caillot s'arrêtant à la bifurcation de l'aorte y puisse produire un anévrysme, cela n'a rien d'impossible, quoique le fait n'ait pas été signalé. Mais nous ne pouvons admettre qu'un petit débris de végétation valvulaire, emporté par le courant, se soit ainsi collé à la paroi. La seule chose certaine qui ressorte de leur lecture c'est que, dans les deux cas, l'anévrysme a été amené par une inflammation suppurative débutant par l'adventice, traversant la moyenne, puis l'intime; ces cas doivent donc rentrer plutôt dans la variété suivante.

4° *Anévrysmes par aortite septique.* — Les cas en sont rares (Rokitansky, Osler, Masbrenier), car l'aortite qui peut les amener fait partie d'un état septicémique rapidement mortel.

Ils sont petits, souvent microscopiques; ils sont situés dans l'épaisseur de la paroi aortique épaissie, et ne forment nullement une tumeur appendue au vaisseau; multiples, en général; enfin, ils siègent presque toujours immédiatement au-dessus des sigmoïdes, ou même dans le sinus Valsalva.

Une collection purulente se développe dans l'épaisseur de l'aorte, allant de dehors en dedans; de telles collections ont été vues par Andral, Virchow, Spengler, Schutzenberger, Leudet. Puis le sang envahit cette cavité, et l'anévrysme est constitué.

Il est à noter qu'il y a toujours coexistence d'une endocardite infectieuse végétante, et dans quelques cas il est facile de voir que c'est en partant de là que l'inflammation septique s'est propagée à la partie voisine de la paroi aortique.

5° *Anévrysme kystogénique.* — Hodgson, dont l'opinion est approuvée par Eppinger et par Huchard, n'a voulu voir là que des anévrysmes ordinaires comblés, guéris par des dépôts fibrineux. Mais il est impossible d'expliquer tous les cas ainsi.

Corvisart pensait qu'il se déposait, en dehors de l'aorte, une matière stéatomateuse, enveloppée par une poche fibreuse « étrangère aux tuniques de l'artère » ; c'est secondairement que la tumeur entre en communication avec la lumière vasculaire. Pour Lebert, le fait primitif est un hématome intra-pariétal. Cruveilhier adopte à peu près les conclusions de Corvisart.

On admet en général qu'ils ont pour origine un abcès athéromateux ouvert dans la lumière aortique.

6° *Anévrysmes congénitaux.* — Le seul cas que nous connaissions est celui de Phænomenow; il siégeait sur l'aorte abdominale. Mais au point de vue anatomique il ne différait pas des anévrysmes ordinaires de l'adulte, et les trois tuniques présentaient des lésions inflammatoires marquées.

Bibliographie. — ARON. *Berlin. klin. Wochens.*, 1899. — BACKHAUS. *Ziegler's Beitr.*, t. XXIII. — BLOT. Th. de Lyon, 1898. — BOBO. Th. de Paris, 1898. — BOINET. *Arch. de méd. expérim.*, 1897; — *Revue de méd.*, 1898; — *Arch. prov. de méd.*, 1899. — L.-M. BONNET. Th. de Lyon, 1900. — BROUARDEL et VIBERT. Soc. de méd. lég., 1892. — BRUBERGER. *Berlin. klin. Wochens.*, 1870. — CROOKE. *Virchow's Archiv*, Bd 129. — CROQ. *Arch. de méd. expérim.*, 1894. — DEGUY. Th. de Paris, 1900. — DŒHLE. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1895. — DUPRET. Th. de Paris, 1880. — EISENGRABER. In. Diss., Kiel 1897. — EPPINGER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887. — ETIENNE. *Ann. de dermat.*, 1897. — FISCHER. In. Diss., Wurtzburg 1895. — FRANKEL. Soc. de méd. int. de Berlin, 1896. — HANSEMANN. *XVIIe Cong. f. Inn. Med.*, Carlsbad 1899. — HEIBERG. *Norsk. Magaz.*, 1878. — HELLER. *Verh. f. deut. pathol. Gesellsch.*, München 1899. — HELMSTEDTER. Diss., Strasbourg 1873. — HERTZ. *Virchow's Archiv*, Bd 57. — JUMON. Th. de Paris, 1880. — KALINDÉRO et BABÈS. *Roumanie méd.*, 1894. — KELLY. Path. Soc. of London, 1869. — KŒSTER. *Berl. klin. Wochens.*, 1875 et 1876. — KRAFFT. In Diss., Bonn 1877. — LANCEREAUX. Acad. de méd., 1899; — *Dict. Dechambre*, art. ARTÉRITE. — LAVERAN. Acad. de méd., 1899. — LEGROUX. Soc. méd. des hôp., 1884. — LEUDET. *Arch. gén. de méd.*, 1861. — LEWASCHE. *Zeits. f. klin. Med.*, 1885. — LUMSDEN. *Brit. med. Journ.*, 1899. — MANCHOT. *Virchow's Arch.*, 1890. — MARTIN-DURR. *Arch. gén. de méd.*, 1891. — MASBRENIER. Soc. anat., 1898. — MOORE. Pathol. Soc. London, 1829. — OSLER. *Gulstonian Lect. on malignant Endocard.*, London 1885. — PAUL. In Diss., München 1897. — PEACOCK. *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1843. — PENROSE. *John's Hopkins Hosp. Bull.*, 1897. — PETCH. *The Lancet*, 1898. — PHÆNOMENOW. *Arch. f. Gynek.*, 1881. — QUINKE. *Ziemssen's Hand. d. Spec. Pathol.*, Bd VI. — RASCH. *Arch. f. Dermat.*, 1899. — REINING. In, Diss., Leipzig 1896. — ROKITANSKY. *Die wicht. Erkr. der arterien*, Wien 1852. — ROLLESTON. Pathol. Soc. of London, 1897. — RUMPF. *Viertelj. f. Derm.*, t. I. — SCHUTZENBERGER. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856. — SMITH. Pathol. Soc. London, 1897. — SPENGLER. *Virchow's Archiv*, 1852. — THIBIERGE. *Gaz. des hôp.*, 1889. — THOMA. *Virchow's Archiv*, Bd 111, 112, 113. — TSCHERMAK. *Virchow's Archiv*, Bd 146. — TRIPIER. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1891. — VALLIN. Soc. méd. des hôpit., 1879. — VERDIÉ. Th. de Paris, 1885. — VERSTRAETEN. *Traité des anévrysmes de l'aorte thoracique*, Gand 1877. — VLANNAY. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1898. — VIRCHOW. *Virchow's Arch.*, 1847. — WEBER. *Billroth und Pitha Handb.*, II. — WELLCH. *The Lancet*, 1875. — ZAHN. *Virchow's Archiv*, Bd 62 et 96. — ZUURDEEG. In. Diss., Bonn 1883.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(4 DÉCEMBRE 1901)

Nous revenons sur les **plaies de la moelle**. M. Tuffier vient ajouter une intéressante observation à celles qui ont été déjà communiquées : un jeune homme reçoit une balle de revolver au niveau de la dixième dorsale; il est aussitôt atteint de paraplégie complète; trois jours après apparaissent les phénomènes d'hyperexcitation spinale; anesthésie avec zone d'hyperesthésie du côté gauche, etc. M. Chipault voit ce malade et diagnostique une section de la moelle avec corps étranger resté dans le canal médullaire. M. Tuffier fait la trépanation du canal rachidien, trouve la dure-mère sectionnée, la moelle complètement coupée, les racines postérieures incomplètement coupées; et il extrait la balle qu'il avait trouvée contre le corps vertébral, à la partie antérieure de la moelle. Une fois la balle extraite, M. Tuffier referme la plaie. Le malade reste paraplégique avec rétention des matières stercorales, rétention d'urine obligeant à lui laisser une sonde à demeure. Cinq mois après, il est pris de péritonite aiguë généralisée, et il succombe. A l'autopsie, on voit que la sonde à demeure avait perforé la vessie.

Les accidents cérébraux consécutifs aux inflammations de l'oreille moyenne semblent se multiplier, ou peut-être les dépiste-t-on plus souvent et les étudie-t-on mieux. C'est encore un fait de ce genre, une **thrombose du sinus latéral par otite moyenne chronique**, qu'a récemment présentée M. Sebileau et qui fait l'objet d'un rapport de M. Broca. C'est, dit-il, un fait classique; un de ces faits dont les accidents sont devenus rapidement très graves, faute de traitement. Ce ne fut, en effet, qu'après huit jours de maladie que M. Sebileau fut appelé pour pratiquer une opération d'urgence; il s'était fait une perforation spontanée du sinus latéral; M. Sebileau fit un nettoyage de la région, ouvrit un gros foyer cervical au fond duquel on ne trouvait plus de veine jugulaire, celle-ci ayant été détruite par une gangrène se prolongeant jusqu'au niveau de la sous-clavière. Le malade alla assez bien pendant huit jours, puis il fut pris de gangrène pulmonaire avec pleurésie purulente, et il succomba.

Complication cérébrale grave consécutive à une otite moyenne chronique, foyer cervical, lenteur et retard de l'intervention, tels sont les points essentiels de cette observation que fait particulièrement ressortir M. Broca.

L'un des avantages, peut-être le seul, de la rachicocaïnisation, est d'avoir appelé l'attention des chirurgiens sur la grande utilité que peut avoir la **ponction lombaire**, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement de certaines affections cérébrales. Très curieuse, à ce point de vue, l'observation rapportée par M. Poirier, observation dans laquelle la ponction lombaire a été à la fois l'élément de diagnostic et le moyen de traitement.

Un malade, déjà pris de vertiges et de vomissements, tombe à la renverse dans un escalier et se donne un coup à la nuque. Le lendemain, céphalalgie atroce, nausées et vomissements, vertiges plus accentués; il se présente à l'hôpital, où le reçoit M. Savariaud, qui diagnostique une méningite. La température est à 37°2, le pouls à 110; les vomissements deviennent incessants; M. Grégoire, interne du service, a l'idée de faire une ponction lombaire; il sort aussitôt un jet de liquide céphalo-rachidien teinté de sang; M. Grégoire laisse s'écouler environ 40 grammes de ce liquide; l'effet fut immédiat; les vomissements s'arrêtèrent aussitôt; la torpeur dans laquelle était plongé le malade cessa, la céphalalgie disparut et, dès le lendemain, le malade se considérait comme guéri. Cependant on le retint quelques jours, pendant lesquels apparurent des symptômes nets de fracture du crâne, ecchymoses sous-conjonctivales, paralysie des muscles de l'œil, etc.; l'écoulement du liquide teinté, pendant la ponction, avait bien fait soupçonner cette fracture de la base du crâne, que les symptômes apparus postérieurement n'ont fait que confirmer. Dans ce cas, la ponction lombaire a donc été à la fois un élément précieux de diagnostic et un puissant moyen de traitement.

Cette intéressante observation a donné lieu à une petite discussion : M. Rochard a pratiqué trois fois la ponction lombaire dans des cas de traumatismes craniens, et chaque fois, il a obtenu un soulagement immédiat de la céphalalgie, une sédation très marquée des autres symptômes. M. Rochard ajoute que ce serait une erreur de croire que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien soit un signe pathognomonique de fracture du crâne.

M. Tuffier rappelle avoir, le premier, appelé l'attention des chirurgiens sur l'importance de la poncton lombaire au point de vue du diagnostic et avoir indiqué, du même coup, qu'il pourrait y avoir là une ressource thérapeutique importante. Les faits que l'ont vient de rapporter semblent lui donner raison. M. Tuffier a pratiqué dix fois la ponction lombaire, dans ces conditions; il pense que lorsque le liquide est teinté, on ne peut pas en conclure que c'est parce qu'il y a du sang mélangé au liquide céphalo-rachidien.

M. Guinard insiste sur le rapport plusieurs fois constaté entre la céphalée et la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Suivant lui, le sang n'agissait ici qu'à titre de corps étranger comme l'eau, comme l'air, comme la cocaïne injectés dans le canal rachidien. Il conclut de là qu'on a tort de dire que contre les accidents de la rachicocaïnisation il n'y a rien à faire, il n'y a qu'à ponctionner de nouveau et à évacuer le liquide céphalo-rachidien contenant la cocaïne.

Mais ainsi que le fait justement remarquer M. Kirmisson, la céphalée peut très bien n'être que le résultat de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et non celui de la présence d'un corps étranger. Ne voit-on pas, en effet, dit M. Hartmann, se produire des cas d'hypertension, même sans injection? Ce qui est encore plus déroutant, c'est qu'on voit la céphalée survenir après une ponction simple, sans injection, fait remarquer M. Tuffier. Conclusion : il y a encore beaucoup à voir et à étudier dans cet ordre d'idées.

M. Richelot analyse une observation de **rupture de la rate** communiquée M. Coville (d'Orléans). Une femme de soixante-cinq ans fait une chute sur la fesse droite; quelques jours après apparaît une douleur dans l'hypocondre gauche, puis une grosse tuméfaction : une ponction exploratrice donne un liquide teinté; croyant à un traumatisme dans une vieille hydronéphrose, M. Coville fait l'incision lombaire; il trouve le rein petit, normal, et à sa place; il ferme la plaie et fait la laparotomie antérieure; il trouve du sang, arrive sur la rate qui est rompue; il fait la splénectomie, guérison. Ce qui est à retenir ici c'est la lenteur avec laquelle s'est faite l'hémorragie.

M. Brun montre un petit garçon qui a été atteint de

fracture du coude et qui présente une consolidation vicieuse, avec paralysie des trois nerfs médian, cubital et radial. Que faire? Mettre à découvert le foyer de la fracture, dégager les nerfs, répondent MM. Félizet, Quénu, Kirmisson et Berger. Mais tout cela, ajoutent MM. Broca, Routier et Berger, avec bien peu de chances de succès.

MÉDECINE PRATIQUE

Utilisation en oto-rhinologie des propriétés décollantes de l'eau oxygénée.

L'eau oxygénée est employée couramment en oto-rhinologie à titre d'antiseptique et d'hémostatique.

M. G. Molinié (de Marseille) a eu l'idée (1) à la suite du travail du professeur Poncet (de Lyon) qui attirait l'attention sur les propriétés libératrices (2) de l'eau oxygénée, d'appliquer ces précieuses propriétés à l'oto-rhinologie.

Pour enlever les mèches placées dans le conduit auditif externe, pour extraire les *bouchons de cérumen*, les bains d'oreille à l'eau oxygénée d'une durée de cinq à dix minutes suivis d'une irrigation à l'eau tiède ont donné à l'auteur des résultats excellents et extemporanés.

Les résultats sont plus brillants encore dans l'otite pseudo-membraneuse, où les fausses membranes peuvent être enlevées sans instruments et sans douleur par le même procédé.

En rhinologie, le tamponnement redevient possible, puisqu'on peut l'enlever sans provoquer de nouvelles hémorragies grâce à l'eau oxygénée agent hémostatique, antifermentescible et décollant. On peut l'appliquer heureusement à la suite du sectionnement des synéchies.

L'auteur pense que l'eau oxygénée pourrait être aussi employée utilement dans le coryza pseudo-membraneux comme dans l'otite pseudo-membraneuse, mais il n'en a pas encore l'expérience.

REVUE DES THÈSES

Fistules consécutives aux suppurations hépatiques (abcès, kystes hydatiques), par le docteur Landard. (Paris, 1901.)

M. Landard montre que les fistules consécutives aux abcès du foie ne sont pas une rare exception, comme on semble le croire.

Elles sont presque la règle dans les kystes hydatiques suppurés, à peu près certaines et plus rebelles dans les variétés antéro-supérieure et postéro-supérieure.

Les causes qui les entretiennent semblent être par ordre de fréquence : la rigidité des parois thoraciques, les mouvements du diaphragme, le défaut de parallélisme des parois, l'absence de toute compression possible, une cicatrisation cutanée trop hâtive, un clapier purulent, la carie des côtes, enfin un mauvais état général.

Dans certains cas, on pourra chercher à les éviter grâce à une opération appropriée et une incision toujours large; mais on fera bien, avant toute opération, de prévenir le malade de leur possibilité.

Les moyens employés pour hâter la guérison des fistules sont, suivant les cas : le simple crayon d'iodoforme, qui a donné de bons résultats; le grattage des parois, la cautérisation au galvanocautère, l'excision du trajet fistuleux, la contre-ouverture lombaire ou autre; l'opération de Lannelongue et, enfin, mais extraordinairement, l'opération de Letiévant-Estlander.

Le rhinosclérome en France. Le rhinosclérome chez l'homme et la maladie du reniflement chez le porc, par le docteur P.-H.-Maurice Grenier. (Lyon, 1901.)

Dans cette très intéressante thèse, qui soulève de curieuses questions étiologiques et pathogéniques, l'auteur est arrivé aux conclusions que voici :

On sait que le rhinosclérome est une maladie des fosses nasales à bacille déterminé spécifique.

Cette maladie, qui est endémique, est probablement contagieuse.

Jusqu'à ce jour, on n'avait constaté le rhinosclérome en France que sur des sujets étrangers à notre pays : cas de Verneuil, Besnier, Vidal; il s'agissait d'Américains du Sud.

L'observation du rhinosclérome que nous rapportons dans notre thèse, et que nous avons observé à la clinique de M. le professeur Poncet, est donc le premier cas recueilli en France de cette curieuse maladie, qui a surtout été observée et étudiée en Autriche-Hongrie, en Russie, dans l'Amérique centrale, etc., et où elle est de plus en plus fréquente.

Depuis les recherches de MM. Louis Dor, chef du laboratoire de la clinique de M. Poncet, et de M. P. Leblanc, répétiteur à l'École vétérinaire de Lyon, on doit, il nous semble, rapprocher du rhinosclérome de l'homme la maladie du reniflement chez le porc, au triple point de vue : symptomatologique, anatomo-pathologique et bactériologique.

Si ces deux maladies paraissent identiques chez l'homme et chez le porc, ainsi que tendent à l'établir les recherches en question, le rhinosclérome se rencontrerait probablement plus volontiers dans les pays où on fait l'élevage du porc et dans lesquels les contacts de l'homme avec ces animaux, parfois une sorte de vie commune, rendent la contagion plus facile.

Il reste dans tous les cas à établir le mode de contamination du porc, et alors cette même cause pourrait devenir commune à l'homme et à ce genre d'animaux.

Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales, par le docteur Armand Polak. (Paris, 1901.)

Les tumeurs malignes de la vessie sont beaucoup plus fréquentes que les bénignes.

On doit considérer la plupart des tumeurs vésicales comme des tumeurs prostato-vésicales.

La guérison spontanée des tumeurs bénignes est d'une rareté extrême.

Le pronostic de la tumeur vésicale, qu'elle qu'en soit la nature, est toujours d'une gravité notoire.

Le seul traitement rationnel contre les tumeurs vésicales est le traitement chirurgical.

Les tumeurs pédiculées doivent être opérées par la méthode de Nitze, c'est-à-dire avec l'endoscope.

Les tumeurs sessiles opérées par la taille hypogastrique récidivent presque toujours.

On ne doit pas toucher aux tumeurs des malades dont la prostate est dure et irrégulière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des infirmières (1), *petite chirurgie, pansements, bandages*, par le docteur E. Vincent, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de la Charité de Lyon.

Dans un premier volume du *Manuel des infirmières*, le docteur Eugène Vincent s'est occupé de l'anatomie et de la phy-

(1) *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1901, n° 48.

(2) A. Poncet. Du décollement du « Mikulicz » et des pansements adhérents par l'arrosage des plaies avec l'eau oxygénée, *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 537. — M. Chanoz. A propos de l'emploi de l'eau oxygénée pour le décollement des pansements adhérents, *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 589.

(1) In-16. 622 p., avec 336 fig., cart. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

siologie, en suivant le programme tracé par le Conseil supérieur de l'assistance publique.

Dans un deuxième volume qui vient de paraître, il traite de ce qu'on est convenu d'appeler la petite chirurgie. Il y a condensé les matériaux des meilleurs traités modernes de ce genre. En plus, il donne des notions sommaires sur la bactériologie et la désinfection, sur l'isolement des contagieux, etc., sur les pansements, les bandages, en se plaçant toujours au point de vue de l'antisepsie; il y expose longuement la manière de bien tenir une salle d'opérations aseptique, de préparer les instruments et les pansements pour les principales opérations, etc.

A titre de complément de ce livre pratique, il a ajouté encore des notes d'hygiène, de pathologie externe, de médecine, de sérothérapie, de toxicologie et de pharmacie usuelles.

Ce volume contient 336 figures ou tableaux en photogravure.

La réunion en tableaux d'un grand nombre d'instruments ou d'appareils a permis de mettre sous les yeux non seulement beaucoup de figures (1300 à 1400 sujets distribués dans les figures ou tableaux la petite chirurgie), mais encore de constituer des groupes qui donnent un ensemble d'objets se rapportant à la même indication opératoire ou thérapeutique : la tâche du personnel infirmier se trouvera ainsi grandement facilitée.

Bien des personnes, parmi celles qui désirent embrasser la profession de garde-malades, éprouvent de l'embarras à trouver et à choisir un volume élémentaire, qui soit assez développé pour les initier, mais qui ne soit pas trop étendu, cependant, au point de surcharger leur esprit d'un bagage inutile.

C'est pour répondre à ce désir que le docteur Vincent publie ce *Manuel des infirmières*. Il reproduit les leçons qu'il a faites à l'École professionnelle des infirmières des hospices de Lyon.

Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs (1), par M. J. BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux. (Biblioth. de chirurgie contemp., publiée sous la direction de MM. les docteurs Ricard et Rochard.)

Dans sa première partie, consacrée aux artères, M. Bouglé a passé successivement en revue les plaies, les contusions, les anévrysmes artériels et artérioso-veineux, les anévrysmes cirsoïdes. Il s'est particulièrement attaché au traitement de ces diverses affections, insistant surtout sur les méthodes récentes, comme les sutures artérielles, par exemple.

Il étudie, dans sa deuxième partie, les lésions traumatiques, les varices, les phlébites; dans sa troisième, les lymphangites, les adénites.

M. Bouglé a réservé, dans sa quatrième partie, une place prépondérante à la question des plaies des nerfs, et a remarquablement exposé les diverses méthodes que les opérateurs peuvent employer.

La merveilleuse clarté du style de l'auteur et les nombreuses figures qui illustrent ce volume, en rendent la lecture aussi facile que profitable. E.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury de l'internat est composé de MM. Œttinger, Lamy, Barié, Bélin, Tuffier, Rochard, Guéniot, Ricard, Potocki et Brindeau.

Tous ont accepté, à l'exception de M. Tuffier, qui n'a pas fait connaître encore sa décision.

(1) In-18 col., 500 p., cart. tête rouge, 96 fig. dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Écoles de médecine. — *Caen.* — Un concours s'ouvrira le 9 juin 1902 devant l'école de médecine de Caen pour l'emploi de chef des travaux de physiologie.

Un autre concours s'ouvrira le 16 juin 1902 devant la même école et pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Faucherand est désigné pour embarquer sur le *Charles-Martel*.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 48e semaine, 925 décès, au lieu de 1019 pendant** la semaine précédente et au lieu de la moyenne 842. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à dépasser la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 3 pendant la semaine précédente, sans que le nombre des cas nouveaux signalés ait augmenté sensiblement (57, au lieu de 44 et 56).

La variole n'a causé que 2 décès, au lieu de 9, 3, 4 et 4 pendant les semaines précédentes (la moyenne est 3); le nombre des cas nouveaux a également diminué (21 au lieu de 41, 32 et 22).

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2); la scarlatine 2, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (la moyenne est 1); la coqueluche 6, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et de la moyenne 3; la diphtérie a causé 18 décès, au lieu de 20 pendant la 47e semaine et de la moyenne 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est à peu près stationnaire (114, au lieu de 123).

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an, au lieu de 33 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 32.

En outre, 25 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 171 décès, au lieu de 191 pendant la semaine précédente et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 11); bronchite chronique, 23 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 36 (au lieu de la moyenne 29); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 100 (au lieu de la moyenne 59), dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire et 54 à la broncho-pneumonie. En outre 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès ; la méningite tuberculeuse, 18 décès; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 6 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48 décès; les maladies organiques du cœur, 54; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 23; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Leçons de clinique chirurgicale. — *Hôtel-Dieu.* — M. le docteur Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 12 décembre, à dix heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure. — Opérations avant la leçon (amphithéâtre Desault).

Opérations abdominales le mardi.

Visites des malades : le mercredi (hommes, hernies), salle Saint-Cosme, et le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

M. le docteur Dagron, chargé du service de massage, donne ses démonstrations le mardi et le vendredi, à onze heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, où depuis de longues années il était chargé du service de laryngologie; M. Gouguenheim était en outre médecin du Conservatoire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 142. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1901. — N° 142

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE PARIS. Leçon d'ouverture par M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. L'allaitement artificiel; la débilité congénitale, par M. LEVI-SIRUGUE, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Leçon d'ouverture par M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques.

MESSIEURS,

Le programme du cours de cette année comporte l'étude de l'abdomen et du bassin. J'ai fait mettre à dessein sur les affiches : anatomie descriptive et anatomie topographique. En effet, si je dois vous décrire les organes en eux-mêmes, muscles, vaisseaux, viscères, etc., vous exposer les particularités de leur configuration, il est infiniment plus attrayant pour vous, et, j'ajouterai, d'une portée pratiqu bien supérieure, de savoir les relations réciproques de ces organes, de connaître leur mode de superposition et de juxtaposition, en un mot leur topographie. Cette dernière partie est capitale et a pour vous un intérêt que vous n'apprécierez sans doute qu'un peu plus tard, quand vous étudierez la pathologie et, plus tard encore, quand vous serez aux prises avec les difficultés de la clientèle, quand vous serez instantanément obligés de résoudre les problèmes cliniques les plus divers.

Qu'est-ce donc que l'anatomie topographique, sur laquelle je veux faire porter les efforts de mon enseignement ? C'est l'anatomie pratique par excellence, professionnelle, si je puis ainsi dire. C'est celle que doivent posséder tout médecin et tout chirurgien. D'ailleurs, elle s'appelle encore anatomie médicale ou anatomie chirurgicale, suivant qu'elle vise plus spécialement les applications immédiates à la médecine ou à la chirurgie. C'est là la véritable anatomie, peut-être un peu trop négligée de nos jours, sans doute parce qu'elle exige, de la part de celui qui l'étudie comme de la part de celui qui doit l'enseigner, des connaissances et des aptitudes particulières. Il convient, en effet, non seulement de savoir à fond l'anatomie descriptive et l'anatomie du fœtus, mais encore d'être suffisamment versé dans la médecine et dans la chirurgie, non dans celles qu'on apprend dans les livres, mais dans celles qu'on fait chaque jour à l'hôpital, au lit du malade. Il faut ainsi être tour à tour anatomiste et chirurgien ou médecin. Aussi bien, l'anatomie topographique ne saurait-elle être du ressort d'un anatomiste pur ou d'un simple chirurgien ou médecin, car le premier est un homme de science et non un homme de pratique, et les seconds ne possèdent pas de notions assez précises et assez étendues en anatomie descriptive et en embryologie. C'est précisément parce qu'ils portaient en eux ces doubles qualités d'anatomiste et de praticien que des hommes tels que Blandin, Velpeau, Jarjavay, Malgaigne, Richet et mon vénéré maître, M. le professeur Tillaux, nous ont donné ces livres admirables, qui ont instruit des générations d'étudiants, non seulement en France, mais aussi à l'étranger.

Et je me plais, Messieurs, à insister sur ce sujet. Car, si les nations étrangères peuvent revendiquer, à juste titre, une bonne partie des découvertes faites dans le domaine de l'anatomie pure, en revanche l'anatomie topographique appliquée, réellement pratique, est une science éminemment française, et les Allemands eux-mêmes, si exclusifs cependant, sont obligés de s'incliner devant notre supériorité. C'est elle qui a fait une grande partie de la gloire de l'anatomie française. C'est elle que sont venus apprendre chez nous des hommes qui s'appellent Langenbeck, Billroth, etc. Je suis heureux de trouver, dans la bouche d'une autorité telle que Waldeyer, cet aveu que la France est véritablement le pays de l'anatomie topographique et pratique, et qu'elle peut s'attribuer plus du tiers des progrès et des découvertes réalisés dans cette branche des sciences médicales.

Dois-je, pour prouver ce que j'avance, insister davantage, faire un retour sur le passé, vous dire les hommes qui ont eu l'honneur de diriger à notre Faculté ou à l'École pratique l'enseignement de l'anatomie ? Nommerai-je Dupuytren, dont vous avez tous entendu parler, Jules Cloquet, dont les travaux fondamentaux sur les hernies ont eu pour base ses investigations sur les régions inguinales et crurales ? Ce sont ses fortes études d'anatomie normale qui ont préparé Cruveilhier à ses immortelles recherches en anatomie pathologique. Voici Denonvilliers, Jarjavay, qui firent au premier chef de la chirurgie anatomique et dont je vous ferai bientôt connaître les travaux si intéressants sur le périnée et les organes génito-urinaires. Voici, plus près de nous, mon premier maître, Gosselin, qui ne dut ses incomparables qualités de clinicien qu'à son profond savoir anatomique. L'ouvrage de Sappey se caractérise aussi par cette tendance aux déductions pratiques : quoi d'étonnant, puisqu'il fut interne des hôpitaux et agrégé de chirurgie ? Notre maître actuel, M. le professeur Farabeuf, que d'aucuns vou-

draient ranger parmi les anatomistes purs, appartient cependant à l'école des Cloquet, des Gosselin. Il vivra surtout par ses beaux travaux d'anatomie appliquée, au nombre desquels je vous citerai ceux qui ont trait aux luxations du pouce et de l'épaule, à la ligature des artères, aux amputations, à la chirurgie obstétricale.

C'est vers cette direction, que lui ont imprimée ces maîtres, que je voudrais essayer à mon tour d'orienter vos études d'anatomie. Car, ainsi comprise, en faisant converger toutes les données qu'elle fournit vers un but éminemment pratique, l'anatomie est et restera toujours, malgré les critiques de l'heure présente, la base fondamentale des études médicales.

Aussi je regrette de la voir classée au nombre des sciences dites accessoires. On la mettrait volontiers sur le même rang que la physique, que la chimie, etc. Qu'est-ce à dire? Je proteste de toutes mes forces contre une telle assimilation et je ne comprends pas comment des esprits, très distingués d'ailleurs, osent soutenir que ces sciences soient plus indispensables au médecin que l'anatomie. Parmi mes auditeurs, je reconnais quelques praticiens. Eh bien! interrogez-les; il vous diront qu'en face d'un cas difficile et pour les besoins de leur profession, c'est-à-dire pour soigner et guérir leurs malades, ils n'ouvrent guère un livre de physique ou de chimie, etc.; ils vous diront même qu'ils considèrent comme perdu le temps qu'on leur fait passer dans certains laboratoires. Ce qu'ils consultent, Messieurs, ce sont leurs ouvrages de pathologie, de thérapeutique et, quand une question d'intervention se pose, ils ouvrent leurs livres d'anatomie topographique, afin d'y trouver les renseignements dont ils ont besoin ou d'y puiser les connaissances qu'ils regrettent à présent de ne point avoir acquises durant leur vie d'étudiant.

Ces connaissances, Messieurs, vous venez en partie les chercher ici, en ce qui concerne l'anatomie. Ce que vous réclamez de moi, c'est avant tout un enseignement pratique et professionnel, c'est-à-dire un enseignement qui vous prépare à votre future profession de médecins. Je n'ai pas le droit d'oublier que je m'adresse ici à des étudiants en médecine et non à des élèves du muséum ou de la faculté des sciences. Je n'ai pas le droit d'oublier que je ne dois pas m'attarder ici à des questions complexes de morphogenèse, d'embryologie comparée, d'anatomie transcendante. Sans doute ces branches de la biologie sont fort intéressantes; mais je ne me permettrai de faire des incursions dans leur domaine qu'autant qu'elles pourront nous être utiles pour expliquer un point d'anatomie descriptive ou d'anatomie topographique. Procéder d'autre façon, serait faire fausse route; ce serait, de ma part, étrangement méconnaître le but que vous poursuivez et cherchez dans cette École : celui de devenir des médecins et non des savants.

Loin de moi cependant, Messieurs, l'idée de contester le puissant attrait qui s'attache, en dehors des questions pratiques, à l'examen des sciences elles-mêmes et je ne puis que vous féliciter de les cultiver, si vos études professionnelles vous en laissent le temps. D'ailleurs, s'il m'était permis, après d'autres, d'exprimer franchement mon opinion sur ces sujets à l'ordre du jour, je voudrais qu'on réformât le programme actuel des études médicales et qu'on créât un double enseignement : d'une part un enseignement élémentaire, professionnel, éminemment pratique, d'autre part, un enseignement supérieur, de perfectionnement, comme on l'a appelé. Dans le premier, on apprendrait tout ce qu'il est indispensable de connaître pour exercer la profession de médecin; le second serait ouvert à tous ceux qu'attirent les travaux et les expériences de laboratoire, les questions scientifiques, ou à tous ceux qui auraient le désir d'acquérir, sur certaines branches de la médecine, des notions plus approfondies. Nous assistons, à l'heure actuelle, à une pareille évolution. Nous y marchons progressivement, depuis qu'on a institué des cours payants. Mais il importe de ne pas faire dévier, au profit de ceux-ci, l'enseignement professionnel. Au lieu de demi-mesures, mieux vaudrait, à mon avis, puisque nous sommes en train de copier l'Allemagne, faire des innovations complètes et profondes, accomplir des réformes radicales, j'allais dire vitales.

Mais revenons à l'anatomie. Et, pendant que je vous rends témoins des pensées qui traversent mon esprit, permettez-moi de vous mettre en garde contre les doctrines de certains hommes qui, n'ayant jamais su l'anatomie, proclament son inutilité. Je le répète à dessein : l'anatomie, telle qu'elle doit être comprise à la Faculté de médecine, est la base de tout : sans elle, nulle médecine raisonnée n'est possible; sans elle, vous ne pourrez jamais faire un diagnostic un peu délicat. Comment vous prononcer sur le siège d'une tumeur de l'abdomen, si vous ne connaissez pas la topographie des viscères de cette cavité? Comment ferez-vous pour examiner un cœur, si vous ignorez ses rapports exacts avec la paroi sterno-costale? Et, si vous ne savez pas la configuration de la moelle, du cerveau, l'origine et le trajet des nerfs, comment espérer vous débrouiller au milieu des affections si complexes du système nerveux? Les médecins d'ailleurs, je me plais à le reconnaître, sentent bien tous les bénéfices qu'ils retirent des études anatomiques. Ce sont bien plus certains chirurgiens, qui prétendent qu'on peut trancher où on veut et comme on veut, sous le fallacieux prétexte que les désordres de la machine humaine se réparent tout seuls. Quelle erreur! Quel aveu d'ignorance ou de mauvaise foi! Certes, avec les méthodes actuelles de traitement des plaies, nous arrivons à entreprendre et à mener à bien des interventions que nos maîtres d'il y a cinquante ans n'osaient pas tenter, bien qu'ils en eussent souvent conçu l'idée. Faut-il en conclure que l'asepsie et l'antisepsie aient supprimé l'anatomie? Je reste fermement attaché aux idées que m'ont inculquées mes maîtres Gosselin et Tillaux : c'est que pour être bon et consciencieux chirurgien, il faut d'abord être bon anatomiste, ensuite bon clinicien, enfin bon opérateur. Vous faut-il des exemples? Que pensez-vous d'un homme, dont je pourrais vous citer le nom et qui, ouvrant un abcès de la fosse iliaque, coupe le nerf crural, dont il ne soupçonne même pas le voisinage et rend ainsi son malade, un jeune homme de dix-neuf ans, infirme pour le reste de ses jours? Quelle opinion aurez-vous de ce médecin, dont M. Poirier me racontait l'histoire et qui, ne connaissant pas la situation de la veine fémorale dans le canal qu'elle occupe sous l'arcade de Fallope, débride en dehors une hernie crurale étranglée et fait mourir son malade d'hémorragie? Vous aurez tous plus tard à ouvrir des mastoïdites. Eh bien! si vous écoutez les conseils perfides de ces opérateurs, auxquels je faisais allusion, vous verrez à quels cruels mécomptes vous vous exposerez. Ils n'ont garde de vous dire combien de fois ils ont ouvert le sinus latéral ou blessé le nerf facial.

En voilà assez pour vous démontrer que c'est l'anatomie topographique qui forme les vrais, les bons opérateurs; c'est elle qui suggère, qui inspire les interventions réglées, méthodiques, celles qui s'appuient sur des raisonnements solides. On sourit en lisant les nombreux procédés d'hystérectomie qu'on a imaginés, les discussions sans fin que cette intervention a soulevées, alors que tout le problème se réduit en réalité à la connaissance du trajet des uretères et de la situation des pédicules vasculaires de la matrice. C'est seulement maintenant, après quinze ans de tâtonnement, qu'on commence enfin à étudier et à publier les procédés « anatomiques » d'ablation de l'utérus et des trompes. Je puis encore, sans blesser la modestie du docteur Proust, l'un de nos prosecteurs les plus distingués, vous dire que c'est à lui que nous devons le procédé le meilleur, le plus simple, le plus sûr, pour enlever une prostate hypertrophiée. Eh bien ! son procédé découle exclusivement d'une connaissance parfaite de la topographie des aponévroses et des vaisseaux du périnée.

Vous voyez donc, Messieurs, que l'anatomie sert à quelque chose et j'ai tenu à vous le dire, afin de vous engager à l'aimer et à l'étudier d'une façon consciencieuse et rationnelle. Je devais d'autant plus le faire que j'entends parfois des examinateurs vous reprocher de ne plus la savoir. Qu'est-ce à dire? Seriez-vous, par hasard, moins intelligents, moins laborieux que vos aînés? Votre travail journalier dans les pavillons, ce travail qui est capital pour votre instruction professionnelle, me prouve péremptoirement le contraire. Le corps enseignant ne serait-il plus à la hauteur de sa mission? Quand je vois le zèle et le dévouement avec lequel mes prosecteurs et mes aides d'anatomie accomplissent leur tâche, je puis difficilement accepter un pareil argument, bien qu'en certains milieux on invoque volontiers ce motif pour expliquer la déchéance relative des études anatomiques — en certains milieux, dis-je, où on ne veut pas entrevoir les véritables raisons. Mais, Messieurs, depuis une vingtaine d'années, la science anatomique a marché ; elle s'est orientée dans les écoles de médecine — et les étrangers l'ont bien compris — vers ce but éminemment pratique que j'ai visé au cours de cette leçon. On vous demande de connaître les progrès réalisés. Mais qu'a-t on fait pour vous permettre de vous tenir au courant? Alors que nous empruntons à nos voisins leurs conférences payantes, avons-nous, comme les plus petits instituts anatomiques étrangers, des coupes en séries sur lesquelles vous puissiez étudier les rapports des organes? Possédons-nous dans nos salles de dissection, comme je l'ai vu à Liège, à Fribourg, à Leipzig, etc., ces superbes moulages de muscles, de viscères, de régions, exécutés grandeur nature? Avons-nous quelque chose de comparable à la collection de pièces humides, qu'on peut voir à Londres, pièces humides actuellement indispensables à tous les points de vue?

Messieurs, il est bon que vous sachiez qu'il y a trois ans, lorsque je suis entré en fonction, j'ai rédigé un rapport très détaillé avec plans et devis à l'appui, démontrant la nécessité, l'urgence de ces réformes matérielles. J'ai reçu le meilleur accueil de la part de M. le professeur Brouardel, que je tiens, au moment où il va quitter le décanat, à remercier de l'appui qu'il m'a constamment accordé, quand je lui signalais les améliorations qui s'imposent à l'École pratique. Malheureusement, jusqu'à présent, nous n'avons rien pu obtenir.

Aussi, lorsqu'on vous laisse ainsi dans un état d'infériorité matérielle, suis-je bien en droit de vous défendre et de dire que jamais vous n'avez autant travaillé. Je suis convaincu que vous continuerez à le faire, en ne perdant pas de vue les principes pratiques que j'ai essayé de mettre en lumière devant vous.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 décembre 1901

Il nous faut revenir sur le très intéressant travail publié dans la dernière séance par MM. F. Bezançon et Philibert, et qui a pour titre : **Infection à bacilles d'Eberth sans fièvre typhoïde décelée par le séro-diagnostic de Widal ; cholécystite.** Il s'agit d'une malade qui, au cours d'un état infectieux indéterminé, a présenté tous les signes d'une cholécystite catarrhale non suppurée. La nature de cet état infectieux n'eût pu être déterminée par les seules ressources de la clinique, car si la courbe thermique présentait les caractères d'un tracé de fièvre typhoïde dans lequel aurait manqué la période d'état, il manquait tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, en particulier la céphalée, la diarrhée ocre jaune, les taches rosées.

Seul ici le séro-diagnostic a permis de poser avec certitude le diagnostic de la maladie : le sérum de la malade agglutinant le bacille d'Eberth à 1 p. 600, c'était la preuve absolue qu'il s'agissait d'une infection éberthienne.

Le séro-diagnostic s'est montré ici même, comme cela arrive si souvent pour le diagnostic des infections à bacilles d'Eberth, supérieur à tout autre procédé, à la recherche directe du microbe en particulier. La ponction de la vésicule, qui aurait pu aussi renseigner sur la nature de l'infection, n'aurait pas été exempte de tout danger, et la laparotomie, et l'incision de la vésicule, auxquelles on avait songé un instant, restèrent contre-indiquées par la bénignité de l'affection et la disparition rapide de la tuméfaction de la vésicule.

L'intérêt de cette observation réside moins dans la constatation d'une localisation du bacille d'Eberth sur les voies biliaires, fait maintes fois signalé au cours de la fièvre typhoïde, que dans les conditions mêmes dans lesquelles s'est faite cette localisation, sans symptômes de fièvre typhoïde, sans manifestations intestinales en particulier.

Les manifestations extra-intestinales du bacille d'Eberth sont exceptionnelles en effet ou, plus exactement, les observations n'en ont été que rarement relevées; c'est ainsi que, pour les voies biliaires, MM. F. Bezançon et Philibert n'ont pu relever, en dehors de l'observation douteuse de Guarnieri, citée par Longuet, qu'une observation certaine de cholécystite à bacille d'Eberth, sans fièvre typhoïde concomitante : l'observation de Longuet.

Les autres manifestations locales du bacille d'Eberth, sans fièvre typhoïde concomitante, sont rares et l'on ne peut relever dans la science que les observations de Charrin et Roger, de Kelsch, de Fernet, de Guinard lequel signale un cas d'appendicite dont l'origine éberthienne fut décelée par l'existence d'une séro-réaction agglutinante.

On voit donc qu'à côté des formes habituelles intestinales de la fièvre typhoïde, il y a place soit pour des infections à caractère plus sévère, rappelant davantage les septicémies, forme septicémique, spléno-typhoïde..., soit pour des infections localisées, pleurésie, appendicite, cholécystite..., avec tous les intermédiaires, comme le montre bien ce cas de méningite à bacille d'Eberth signalé par M. Fernet, dans lequel la maladie avait évolué pendant tout son cours avec les symptômes d'une méningite, et dans

lequel, au contraire, comme le montra l'autopsie, les lésions intestinales étaient extrêmement atténuées.

Il semble donc que la pénétration du bacille d'Eberth dans l'organisme ne suffise pas, à elle seule, pour entraîner la fièvre typhoïde, et que, dans un grand nombre de cas tout au moins, celle-ci ne puisse se développer qu'avec le concours des causes secondes, faisant suite, dont l'étude n'est qu'ébauchée.

A citer, au cours de la dernière séance, la typique observation de MM. Chauffard et Rathery, sur **un cas d'aphasie motrice due à un ramollissement exactement localisé au pied de la troisième circonvolution frontale gauche**.

L'histoire est celle d'une malade de soixante et un ans, entrant à l'hôpital avec tous les signes cliniques d'une aphasie motrice corticale datant de deux jours; il n'y avait pas de surdité verbale.

Le diagnostic posé fut celui « d'aphasie motrice par ramollissement siégeant au pied de la troisième circonvolution frontale gauche ». Ce diagnostic fut merveilleusement confirmé par les résultats de l'autopsie, qui démontra l'existence d'un ramollissement siégeant au pied de la troisième frontale gauche et au niveau de l'opercule rolandique.

Le malade, présenté par M. Fernet comme atteint d'**hémiplégie incomplète avec épilepsie jacksonienne** consécutive à une fièvre typhoïde, est intéressant parce que l'on peut, à son propos, discuter la question si intéressante des syphilis ignorées et du traitement spécifique. Le malade a quarante-quatre ans; il y a quatre ans, il a eu une fièvre typhoïde à la suite de laquelle il a été pris d'hémiplégie incomplète accompagnée d'attaques d'épilepsie jacksonienne se renouvelant huit ou dix fois par an. La fièvre typhoïde seule est-elle la cause de ces accidents? C'est peu probable, car chez ce malade les réflexes sont exagérés, ce qui fait penser à une lésion organique, et malgré les dénégations du malade, en pareille occurence, on doit toujours essayer le traitement spécifique.

MM. Variot et Roy présentent un enfant de quatre ans et demi atteint de **maladie de Basedow**. La maladie a débuté il y a six mois, et elle semble sur le point de s'améliorer. Ce qui rend ce fait exceptionnel, c'est l'âge du malade.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(5 DÉCEMBRE 1901)

La **myopathie** peut être confondue parfois avec la chorée ainsi qu'il ressort du cas de ce jeune malade (six ans), présenté par MM. Brissaud et Allard; cet enfant fut atteint, à la suite d'une maladie fébrile, d'une parésie des quatre membres, diagnostiquée chorée molle, par plusieurs médecins. Or cette parésie est la manifestation d'une myopathie généralisée, anormale cependant, au niveau des membres inférieurs où elle atteint son maximum, non à la racine des membres, mais à leur périphérie. Le fait important de cette observation consiste, malgré la parésie énorme, malgré l'abolition des réflexes tendineux, dans l'*intégrité presque parfaite des contractilités électriques des muscles, faradique et galvanique*, phénomène tout à fait exceptionnel dans cette affection. Cependant M. Huet aurait vu des faits semblables au point de vue électrique; ainsi les deux malades présentés par M. Cestan à la dernière séance, malgré leurs déformations si curieuses et si prononcées, avaient conservé une excellente contractilité électrique. Il semble donc qu'on puisse observer toutes les modalités dans la myopathie, depuis l'intégrité absolue des réactions électriques jusqu'à la réaction de dégénérescence, très rare il est vrai, mais rencontrée cependant encore récemment par M. Huet.

MM. Huet et Cestan étudient les **localisations motrices médullaires** en présentant à la Société deux malades très intéressants. Le premier cas concerne un jeune enfant de dix ans, qui a été atteint à l'âge de cinq ans d'une **paralysie infantile** ayant intéressé le bras gauche; bientôt la paralysie a abandonné le groupe musculaire innervé par la partie radiculaire supérieure du plexus brachial; elle s'est cantonnée, au contraire, dans le groupe médullaire inférieur, dont elle a provoqué l'atrophie complète de la manière la plus typique. Le deuxième cas concerne une femme atteinte de **syringomyélie** classique, avec troubles sensitivo-moteurs des bras, etc. De même que les troubles de la sensibilité occupent le territoire sensitif radiculaire supérieur, les troubles de la motilité (atrophie musculaire avec troubles des réactions électriques) siègent exclusivement dans ce même territoire. Voilà donc deux faits, très rares par leur netteté, qui montrent qu'une lésion de la corne antérieure, soit foyer de myélite dans la paralysie infantile, soit gliomatose dans la syringomyélie, peuvent créer des troubles paralytiques et atrophiques affectant une disposition radiculaire.

M. Touche a observé que les hémorragies de la capsule externe qui s'accompagnent d'**hémianesthésie** dépassent en arrière cette capsule et parviennent jusqu'au contact de l'angle insulo-temporal; quand l'hémorragie ne fait que toucher cette région, l'hémianesthésie peut être transitoire; dans trois cas d'hémianesthésie avec vives douleurs spontanées, le foyer hémorragique, se contournant autour de l'angle insulo-temporal, pénétrait dans la temporale profonde ou la première temporale. M. Marie croit qu'il faut être encore très réservé sur la localisation de la lésion déterminant l'hémianesthésie, car l'autopsie de 15 hémiplégies cérébrales ayant présenté des troubles de la sensibilité a montré un siège très variable des lésions, 2 fois lésion corticale dans le territoire de la sylvienne, 5 fois lésion corticale associée à des lésions du coudé et du lenticulaire, 2 fois lésion de la capsule interne et du noyau lenticulaire, etc.; d'ailleurs ces faits sont exposés dans l'article « Hémiplégie », rédigé par M. Marie, du *Traité de médecine* de Brouardel.

Une discussion s'est élevée à l'Académie de médecine sur la valeur de l'**épilepsie bravais-jacksonienne comme élément de localisation cérébrale**, discussion soulevée par M. Dieulafoy à l'occasion d'une gomme du lobe frontal avec crises d'épilepsie partielle et à laquelle ont pris part MM. Pitres et Raymond. M. Chipault croit qu'en pratique l'épilepsie partielle a une grande valeur et qu'une trépanation très large doit être faite le plus rapidement possible, car cette épilepsie peut être provoquée dans certains cas par une inflammation légère, une congestion qui passera inaperçue à l'autopsie et qu'une craniectomie peut faire disparaître. M. Dieulafoy s'est demandé si les neurologistes possédaient un élément clinique permettant de différencier l'épilepsie partielle suivant que son siège est rolandique ou frontal. M. Chipault a remarqué, dans deux cas d'épilepsie partielle d'origine frontale, une perte du sens stéréognostique, et il estime que ce nouvel élément permettra de reconnaître les lésions du lobe frontal. Cependant M. Raymond fait observer que ce trouble, bien connu d'ailleurs, du sens stéréognostique se rencontre fréquemment dans

l'hémiplégie motrice permanente causée par une lésion de la zone motrice et que tous les neurologistes s'accordent à superposer les centres corticaux sensitifs et sensoriels, que par suite le sens stéréognostique ne saurait avoir un siège spécial, et ne peuvent être comparés, comme le fait M. Chipault, au centre du langage; il dépend avant tout d'une lésion du territoire moteur. On avait cru infirmer la doctrine des localisations cérébrales en apportant une observation d'épilepsie partielle due à une gomme du lobe frontal, le professeur Raymond a bien montré, toute considération sur l'intervention chirurgicale étant à dessein passée sous silence, qu'un seul signe permet d'affirmer la localisation dans la zone rolandique, l'hémiplégie motrice permanente.

Parmi les divers signes qu'il a trouvés pour distinguer l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie cérébrale organique, M. Babinski a signalé le **mouvement de flexion associée de la cuisse et de la jambe sur le bassin** (voy. *Gaz. des hôpit.*, 5 et 8 mai 1900); M. Grasset a étudié avec soin ce symptôme auquel il décrit quatre variétés selon l'intensité et la forme de la flexion; il estime qu'il est sous la dépendance non d'une asynergie cérébelleuse, mais bien d'une prédominance de la parésie sur les muscles postérieurs de la cuisse. M. Babinski fait observer que, dans sa première communication, il avait signalé ces variétés et rapporté aussi la production de ce phénomène à la parésie des muscles postérieurs de la cuisse et non à l'asynergie cérébelleuse.

M. Lenoble (de Brest) envoie le cerveau d'un enfant ayant présenté d'abord une **hémiplégie cérébrale droite** avec névrite optique œdémateuse, ensuite des signes de **méningite** ayant entraîné rapidement la mort. L'autopsie a montré l'existence d'un gros tubercule des noyaux opto-striés droits, d'un petit tubercule protubérantiel et enfin d'une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. Mais il est intéressant de signaler l'absence de lésions tuberculeuses des autres organes, absence qui prouverait que le tubercule cérébral était primitif chez le malade de M. Lenoble.

M. Laignel-Lavastine présente une malade atteinte d'**association hystéro-organique**; l'hystérie masquait la lésion organique, l'hémiplégie cérébrale infantile, qui s'est au contraire manifestée avec les signes assignés par M. Babinski à l'hémiplégie cérébrale, alors que la suggestion eut fait disparaître l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

On connaît les travaux remarquables de M. Hertoghe sur le **myxœdème fruste** (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1265; cet auteur envoie à la Société de nouvelles observations avec de nombreuses photographies. Il signale aussi plusieurs faits curieux d'**œdèmes congénitaux** à rapprocher du trophœdème familial dont M. Meige a donné la description.

Enfin la Société de neurologie, comme suite à la communication de M. Babinski sur la nature de l'hystérie, confie à M. Dupré le soin de préparer un rapport qui servira ainsi de base à la discussion future sur cette importante question.

MÉDECINE PRATIQUE

L'allaitement artificiel; la débilité congénitale.

Par M. Levi-Sirugue,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés.

L'allaitement au sein peut être rendu impossible pour diverses raisons que le médecin est obligé d'accepter, par une grossesse en particulier, et alors on pose la question de l'*allaitement artificiel*. Ce mode d'alimentation du nouveau-né a fait, dans ces dernières années, de si réels progrès qu'il présente même sur l'allaitement mercenaire certains avantages; on n'est pas toujours ainsi dans la crainte que la nourrice vienne à être insuffisante et surtout on est à l'abri des dangers possibles d'une éclosion syphilitique chez une nourrice qui était saine à son arrivée.

Le lait donné à l'enfant doit toujours être *stérilisé* pour être débarrassé du bacille de Koch qu'il peut renfermer et des autres germes qui y arrivent rapidement après la traite. Il sera bon d'ailleurs de faire venir le lait de fermes soigneusement tenues et où les vaches sont examinées par l'épreuve de la tuberculine.

Le lait peut être stérilisé de deux façons : ou bien à domicile, ou bien il est livré tout stérilisé dans le commerce. En hiver et si le lait fourni n'a été trait que depuis peu d'heures, on peut le stériliser à domicile, mais en été, surtout par les grandes chaleurs et les temps d'orage, le lait s'altère avec une grande rapidité, et les fermentations ont eu déjà le temps de commencer avant la stérilisation à domicile; il en résulte que cette stérilisation tardive peut bien tuer les germes, mais ne détruit pas les processus de fermentation et les toxines déjà formés; c'est là, si on n'en est pas prévenu, une cause importante d'échec dans l'alimentation au biberon, par un lait que l'on croit à tort dûment stérilisé.

La *stérilisation dans l'industrie* se fait en général par un chauffage dans des autoclaves, et nous n'y insisterons pas. A la campagne la *stérilisation à domicile* pourrait, à la rigueur, se faire si le lait devait être consommé tout de suite par la simple ébullition dans des vases bien propres, quoique le bouillonnement du lait empêche de porter assez loin l'ébullition. C'est pourquoi, pour conserver le lait de la journée qui est à la ville apporté le matin, on se servira des appareils spéciaux que l'on trouve dans le commerce. Ces appareils se composent généralement d'une marmite munie d'un couvercle et contenant des cases pour loger un nombre variable, une dizaine en général, de flacons. On remplit les flacons de la quantité de lait nécessaire à une tétée, on les bouche avec un obturateur en caoutchouc, on fait affleurer le niveau de l'eau dans l'appareil à celui du lait dans les flacons. On met le couvercle et on prolonge l'ébullition trente ou quarante minutes; au bout de ce temps on retire le couvercle, on sort les bouteilles, dont la tétine, attirée par le vide dû à la condensation de l'air, maintient l'obturation hermétique.

Dans les premiers mois on donnera du *lait coupé* avec de l'eau bouillie sucrée à 10 p. 100; dans la première semaine on coupera le lait de moitié d'eau, puis seulement d'un tiers pendant les quatre ou cinq premiers mois, ensuite on donnera du lait pur un peu sucré. On a proposé divers procédés pour permettre à l'alimentation artificielle de se rapprocher le plus possible de la composition du lait de la femme; le plus répandu en France est le *lait maternisé*. Si l'allaitement artificiel est employé seulement à titre de complément de l'allaitement au sein, M. Pinard croit qu'on peut d'emblée donner du lait pur, le lait maternel en facilitant la digestion.

Le médecin devra veiller à l'*absolue propreté du biberon*, qui devient si souvent un agent d'infection. Dans l'intervalle des tétées, le biberon, qui aura été nettoyé après chaque tétée, sera laissé dans une solution boriquée; on choisira le biberon court, facile à nettoyer. C'est seulement à force de patience et en inculquant aux familles des principes de vraie antisepsie, que le médecin arrivera à de bons résultats avec l'allaitement artificiel; la vie du nourrisson qui est en jeu vaut bien ces efforts.

A partir du neuvième ou dixième mois, on *préparera le sevrage*, en commençant à varier progressivement l'alimentation. Pour cela une tétée d'abord, puis plusieurs seront

remplacées par de la bouillie de froment ou de la farine lactée, de la farine de riz, des potages au lait, selon le goût de l'enfant, et les indications particulières suscitées par la diarrhée ou la constipation. On arrivera ainsi à ce que l'enfant n'ait plus qu'une ou deux têtées dont il pourra bientôt se passer. Il n'y a cependant pas d'inconvénient pour l'enfant à continuer encore quelque temps l'allaitement au sein.

Il n'a été question jusqu'ici que d'un enfant absolument normal, venu à terme, avec un poids normal de plus de 2 kilogs. Mais que doit on faire s'il s'agit d'un prématuré, d'un enfant atteint de *débilité congénitale?* Ici, la seule chance de salut est l'allaitement au sein; cependant il arrive souvent qu'à sa naissance l'enfant est trop faible pour faire les efforts voulus de succion; aussi devra-t-on, pendant quelques jours, lui donner à la cuiller, ou avec une sonde urétrale introduite par le nez, le lait extrait du sein. La quantité de lait que peuvent absorber ces enfants étant bien inférieure à la normale, il s'ensuit qu'en ville une nourrice vigoureuse a trop de lait et il y a à craindre que la montée du lait ne vienne à diminuer. Aussi serait-il sage, comme on le conseillait récemment, de laisser têter aussi ces nourrices pendant les premiers temps par leur propre enfant; ce serait l'intérêt du nourrisson débile; mais ce conseil va rarement au gré des familles.

Ces petits avortons sont généralement œdématiés et ont peu de résistance à l'égard du froid. Aussi convient-il de les réchauffer et de les bien maintenir enveloppés dans de l'ouate dans un lit chauffé par une boule, en recommandant de veiller à ce qu'elle ne brûle pas l'enfant. La chaleur indispensable à ces débiles est utile même aux nourrissons normaux; il semble que c'est une mauvaise pratique de croire qu'il faille habituer l'enfant tout de suite dès son entrée dans la vie à résister au froid, parce que cette dépense de calories se fait au détriment de l'accroissement du poids.

Dans une récente étude sur les infections chez les prématurés, Delestre a montré que le prématuré hypothermique a plus de chances de succomber à la broncho-pneumonie hémorragique (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1197); le prématuré à température normale résiste mieux à l'infection et ne meurt que s'il y a septicémie. Les modifications de la température et du poids sont souvent les seuls indices de l'infection.

Faut-il mettre les prématurés dans une *couveuse?* C'est là une des questions les plus importantes qui se pose au médecin. Les couveuses rendent, certes, de grands services, surtout dans les maternités, mais les meilleures sont imparfaites et ont de graves inconvénients. Il est souvent difficile de bien régler la température et, sans une attention scrupuleuse, on risquerait de la laisser se refroidir ou, ce qui serait plus grave encore, trop s'échauffer. Mais le plus gros reproche est qu'elles deviennent pour ainsi dire des étuves de culture microbienne et qu'elles sont pour le nourrisson une source d'infection. Aussi avons-nous maintes fois entendu dire à notre maître, le professeur Hutinel, qu'il était dangereux d'y laisser trop longtemps un enfant et surtout un débile, si réceptif aux germes pathogènes. La plus simple couveuse et la meilleure, au moins en ville, est peut-être la couveuse improvisée que recommande M. Marfan, et qui consiste à mettre l'enfant devant une cheminée allumée et entourée d'un paravent au-dessus duquel on dispose un drap.

Si la température de l'enfant restait encore au-dessous de la normale, on pourrait lui donner des bains chauds ou même *sinapisés*. Grâce à ces moyens, grâce aussi *aux injections de sérum artificiel* dont nous aurons à reparler, le petit débile devient bientôt capable de prendre le sein, et augmente de poids. L'œdème diminue, et à ce propos il est bon de faire remarquer que, quand l'anasarque disparaît, on observe une brusque diminution de poids, qui peut-être d'une centaine de grammes en vingt-quatre heures; il faut se garder de faire un mauvais pronostic de cette perte éphémère du poids qui est, au contraire, un bon indice. La suite de la courbe ne tarde pas à en faire foi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 DÉCEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 16 DÉCEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Gosset et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Hayem, Hanriot et Legry.

2e : MM. Ch. Richet, Blanchard et Desgrez; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Reclus et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Bezançon; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 17 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Pozzi, Quénu et Bonnaire; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Renon; — (2e série) : MM. Joffroy, Dupré et Jeanselme; — M. Auvray, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Proust, Vaquez et Thiroloix; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Poirier et Mauclaire.

2e, *Salle Richet* : MM. Retterrer, Gley et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Lannelongue, Lepage et Cunéo.

3e (oral, 2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Joffroy et Wurtz; — M. Gaucher, suppléant.

JEUDI 19 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuves pratiques : MM. Pozzi, Hartmann et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Cornil, Gouget et Guiart.

2e : MM. Mathias-Duval, Gley et Richaud.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Guyon, Rémy et Potocki.

4e (ancien régime), *Salle Dubois* : MM. Proust, Vaquez et Chassevant; — M. Retterer, suppléant.

VENDREDI 20 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime, 1re série), épreuve pratique : MM. Blanchard, Brissaud et Netter.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* (2e série) : MM. Lannelongue, Reclus et Wallich.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Delens, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e partie, 1re série) : MM. Landouzy, Tessier et Legry; — (2e série) : MM Hayem, Widal et Bezançon; — M. Walther, suppléant.

SAMEDI 21 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Laboratoire de travaux pratiques d'anatomie pathologique*, MM. Cornil, Hutinel et Thiroloix; — MM. Chantemesse, Widal et Jeanselme; — M. Schwartz, suppléant.

4e (nouveau régime) : *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Achard et Langlois.

5e chirurgie (1re partie), *Beaujon* : MM. Berger, de Lapersonne et Hartmann; — (2e partie) : MM. Raymond, Charrin et Launois; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki; — M. Hanriot, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Aujourd'hui, 9 décembre, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux.

Le jury est composé de MM. Albertin, Dron, Gailleton, Jaboulay, Nové-Josserand, A. Pollosson, Rochet, Rollet, Vincent, chirurgiens des hôpitaux; Audry, Garel, Mollard, médecins des hôpitaux.

Les candidats sont au nombre de dix : MM. Bérard, Carrel-Billard, Delore, Durand, Gallois, Gayet, Molin, Siraud, Thévenot, Vignard.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 143. — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1901. — N° 143

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Le centenaire de l'Internat. — SUR QUELQUES SYMPTÔMES INTÉRESSANTS AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, DÉTERMINÉS PAR DES LÉSIONS CIRCONSCRITES DE L'ENCÉPHALE, CONSÉCUTIVES A UN TRAUMATISME PAR BALLE, par M. J. TOUBERT, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. L'emploi du cacodylate de soude dans la lèpre. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 11 décembre 1901.

LE CENTENAIRE DE L'INTERNAT

La commission qui s'est réunie, il y a bientôt un an, pour préparer la célébration du centenaire de l'Internat, n'est pas restée inactive. Nous sommes maintenant en présence d'un programme arrêté dans ses grandes lignes et tout fait prévoir que la fête du centenaire sera célébrée comme il convient.

La date de la célébration est à peu près fixée : la commission a pensé avec raison qu'il n'était pas nécessaire de s'en tenir à la date rigoureuse du 2 février 1902, et que la première semaine d'avril, c'est-à-dire la semaine de Pâques, était préférable.

Le programme comprendra une séance solennelle vraisemblablement dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique ; à cette séance seront conviés les représentants du gouvernement, du Conseil municipal, et de l'administration de l'Assistance publique.

Le soir aura lieu le banquet annuel de l'Association. Il empruntera aux circonstances un éclat inaccoutumé.

Le lendemain inauguration, dans une cour intérieure de l'Hôtel-Dieu, du monument élevé à la mémoire des internes morts victimes de maladies contractées au lit des malades. Le monument, qu'achève en ce moment le maître sculpteur Denys Puech, consistera en un médaillon posé contre le mur et représentant l'opération de la trachéotomie. Une plaque de marbre placée en dessous recevra les noms des internes morts victimes de leur dévouement.

Le même jour aura lieu une soirée de bienfaisance dont le produit ira au fonds de secours de l'Association des anciens internes.

Chaque ancien interne ayant participé au centenaire recevra enfin une superbe médaille commémorative de Bottée et un exemplaire du livre d'or en préparation.

A ce propos, on ne saurait croire à quel point il est difficile de réunir certains renseignements pour cette publication. Des documents précieux de l'Assistance furent brûlés pendant la Commune et actuellement encore on n'est pas certain d'avoir la liste exacte des internes morts en service. A plus forte raison, les renseignements sur les anciens collègues de nationalité étrangère, sur les *évadés* de l'Internat sont-ils forcément incomplets. Nous ne doutons pas que la collaboration que tous les futurs participants du centenaire, français et étrangers, veulent bien accorder au comité, ne soit particulièrement féconde à cet égard.

Les résultats seront de ce côté aussi brillants que pour la souscription ouverte il y a quelques mois et qui va être close très prochainement.

Ceux d'entre les anciens internes qui n'auraient pas encore souscrit nous sauront gré de les prévenir qu'il en est temps encore.

SUR QUELQUES SYMPTOMES INTÉRESSANTS

AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DÉTERMINÉS PAR DES LÉSIONS CIRCONSCRITES DE L'ENCÉPHALE CONSÉCUTIVES A UN TRAUMATISME PAR BALLE

Par M. J. TOUBERT, médecin-major de deuxième classe,
professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La physiologie normale et *a fortiori* pathologique de l'encéphale est des plus complexes. Depuis longtemps, on a demandé à l'expérimentation, à la clinique, à l'anatomie pathologique, les éléments de la solution des multiples problèmes qu'elle soulève.

C'est à cette étude que peut venir contribuer l'observation clinique suivie d'autopsie que nous allons rapporter, en l'accompagnant des réflexions qu'elle a suggérées.

Le cas était intéressant au point de vue de la clinique et de la thérapeutique chirurgicales des fractures du crâne avec lésions encéphaliques (1). Mais il paraît non moins digne d'intérêt au point de vue de la physiologie pathologique de l'encéphale. En effet, le traumatisme est resté circonscrit ; il était dû à un agent vulnérant dont la puissance d'action était relativement limitée ; il a réalisé enfin, approximativement au moins, une sorte de vivisection humaine.

OBSERVATION. — L..., soldat déserteur, tente de se suicider, le 2 janvier 1900, en se tirant dans la tempe droite une balle de revolver du calibre de 7 millimètres. Le projectile a été lancé par une charge de poudre minime, 0g30.

Examen local. — Plaie à 3 centimètres au-dessus du milieu de l'arcade zygomatique : elle ne donne issue ni à de la

(1) Il a été communiqué à la Société de chirurgie et a été l'objet d'un rapport.

matière cérébrale, ni à du sang liquide. Il ne s'écoule de sang ni par l'oreille, ni par le nez, ni par la bouche.

Examen du système nerveux. — A première vue, le blessé paraît plongé dans le coma absolu. Cependant, le brossage et le rasage du cuir chevelu déterminent une douleur suffisante pour provoquer des mouvements. Le malade, couché sur la table à opérations, fait effort et cherche instinctivement à s'asseoir, si bien que l'anesthésie, jugée inutile d'abord, est décidée à ce moment.

Pupilles inégales : la gauche dans un état de dilatation moyenne, la droite nettement en mydriase. Aucune des deux ne réagit à la lumière, cependant intense (deux becs Auer). Globe oculaire gauche légèrement dévié en dehors; paupières retombant sur les globes oculaires; commissure labiale droite légèrement abaissée. Pouls fort, à 60, sans intermittences; respiration irrégulière, entrecoupée d'arrêts durant de deux à dix secondes, bruyante, stertoreuse par moments. Il n'y a pas eu de vomissements.

Intervention (relation résumée). — Chargé du service de la chirurgie d'urgence, nous pratiquons, à neuf heures du soir, avec l'assentiment et la bienveillante assistance de M. le professeur Nimier et de notre collègue Sieur, d'abord le débridement de la plaie, puis l'exploration du squelette. Enfoncement d'une rondelle osseuse vers l'endocrâne : elle est mobilisée et enlevée grâce à l'abrasion, à la pince coupante, des bords de l'orifice osseux. Issue de sang noir. Pas d'hématome; la dure-mère est ecchymosée; les battements du cerveau sont visibles au fond de la plaie. Pas d'exploration intracérébrale. Pansement.

Le pouls remonte à 72. Respiration bruyante, mais redevenue régulière; pupilles immobiles, la droite toujours en mydriase. Pendant l'intervention, il s'est produit deux secousses convulsives dans le membre supérieur droit.

Evolution. — Nuit assez bonne, calme.

3 janvier. Matin, T. 40 degrés, P. 113. Respiration 35, régulière et bruyante, stertoreuse. Pupilles égales toutes deux, moyennement dilatées. Secousses spasmodiques intermittentes dans le membre supérieur droit. Sensibilité générale diminuée, mais non abolie. La traction des poils amène quelques mouvements de défense des deux côtés du corps. Le réflexe nauséeux n'a pas disparu : l'introduction du doigt dans le pharynx provoque des vomissements (1).

Le pansement est refait; de la matière cérébrale s'échappe par la plaie. Le malade s'agite : il cherche à s'asseoir, il remue les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés, moins à gauche qu'à droite cependant.

Bien que le malade ait souillé son lit, la vessie est distendue et le cathétérisme évacue une notable quantité d'urine. L'analyse y décèle la présence du sucre, 3g96 par litre, et d'albumine 0g36.

T. le soir, 38°5.

4 janvier. Matin, T. 37°5, P. 90. Respiration, 30. Pupilles presque égales, immobiles, insensibles à la lumière. Strabisme divergent de l'œil gauche. Sensibilité moins obtuse : mouvements de défense. Pas de matière cérébrale dans le pansement. T. le soir, 37°8.

5 janvier. Matin, T. 40°1, P. 128. État général identique. Gêne respiratoire croissante. A l'auscultation, râles humides à la base du poumon gauche, surtout vers l'aisselle. Saignée de 100 grammes.

T. le soir, 40 degrés. Mort à dix heures et demie du soir.

(1) Cette exploration est faite dans le but de découvrir l'origine possible (sinus sphénoïdal) d'un emphysème sous-cutané occupant la partie supérieure du thorax et la base du cou de part et d'autre de la ligne médiane. Elle reste négative, de même que l'exploration du thorax, qui ne révèle aucune fracture de côtes. On trouve cependant au-dessous et en dedans du mamelon gauche une ecchymose sans plaie. Des renseignements ultérieurs ont permis de la rattacher à une contusion produite par une première balle tirée dans la région cardiaque.

AUTOPSIE. — *Crâne.* — Orifice osseux au-dessous et en arrière du ptérion. Bords taillés en biseau, nets, sans fêlures. Pas de traits de fracture de la voûte ou de la base du crâne.

L'artère méningée moyenne n'a pas été intéressée. Dure-mère perforée. Pas d'épanchement sanguin extra-dure-mérien. Méninges molles ecchymotiques autour de l'orifice : pas d'infiltration, pas de trace de méningite.

L'extrémité antérieure du lobe temporo-occipital présente dans la partie en contact avec l'orifice osseux une zone de contusion cérébrale, large comme la pulpe du pouce, se continuant par un trajet en canal, très proche de la surface des circonvolutions. A la partie moyenne de la bandelette optique droite, ce trajet n'est plus qu'une gouttière qui se dirige obliquement en dedans et en arrière, abrasant la bandelette optique droite et la partie correspondante du pédoncule cérébral droit et coupant les trois nerfs moteurs de l'œil droit. Le pédoncule gauche a été simplement frôlé et la balle s'est fixée au contact de la bandelette optique gauche, sans la sectionner. En ce point se trouve un petit caillot. La balle, à peine déformée, est cachée par les méninges, qu'elle soulève.

A la coupe du cerveau, rien de particulier à signaler.

Thorax. — Un foyer ecchymotique purement sous-cutané sous le mamelon gauche. Intégrité du squelette.

Pas de liquide dans les cavités pleurales. Le tissu cellulaire du médiastin antérieur présente un léger emphysème. Le péricarde ne contient pas de liquide.

Les deux poumons sont couleur lie de vin dans les parties déclives. Le poumon droit crépite et surnage et à la coupe les rameaux bronchiques ne laissent échapper que de l'air à la pression. Le poumon gauche ne crépite pas, ne surnage pas et laisse sourdre à la coupe des bronches un liquide franchement purulent : il présente ces lésions sur plus de la moitié, près des deux tiers inférieurs.

Le larynx et la trachée ne présentent aucune lésion susceptible d'expliquer l'emphysème.

Le cœur renferme des caillots cruoriques, surtout dans ses cavités droites. L'endocarde a l'apparence normale.

Rien à signaler du côté des organes abdominaux.

Dans cette observation, plusieurs points demandent à être mis en relief.

I. Ce sont d'abord les LÉSIONS CRANIO-ENCÉPHALIQUES et les symptômes qui les ont traduites.

1° C'est surtout *au point de vue de la physiologie pathologique* que cette observation comporte plusieurs enseignements.

a. Le syndrome, regardé comme caractéristique de la compression par un épanchement sanguin, existait dans notre cas en dehors de toute collection hématique. Il était dû vraisemblablement à la contusion ou à la commotion cérébrale ou bulbaire, compliquées du reste de certaines lésions directes.

La respiration bruyante, stertoreuse, avec des intermittences d'apnée, le pouls ralenti, observés avant l'intervention, avaient pour cause la contusion cérébrale.

La mydriase notée à droite a été expliquée par la lésion de l'oculo-moteur du côté droit, chargé de l'innervation des fibres dilatatrices de l'iris (Fr. Franck), l'immobilité des deux pupilles par la destruction de la bandelette optique droite et la contusion de la gauche, supprimant la sensibilité des deux rétines.

b. L'hyperthermie considérable (40 degrés), subite et éphémère, notée douze heures après le traumatisme, n'est guère explicable que par l'hypothèse de l'excitation des centres thermogènes encéphaliques. Battle (1) insiste sur la

(1) BATTLE. *The Lancet*, 1890, t. II.

coexistence de cette ascension thermique avec les lésions de la base du cerveau. Cependant des faits de ce genre, sans être exceptionnels, ne sont pas sans doute d'observation courante, puisque Guyon (1) n'en rapporte que 28 cas après troubles cérébraux, dont 2 seulement (observations 32 et 33) après traumatisme par projectile.

Cette hyperthermie n'était certainement pas due à l'infection, puisque l'autopsie a démontré l'absence de réaction des méninges. Elle n'est pas vraisemblablement attribuable à la broncho-pneumonie constatée par des signes pulmonaires objectifs le quatrième jour après le traumatisme, puisque pendant tout le troisième jour le blessé était resté apyrétique.

c. La présence du sucre dans l'urine n'est pas rare après les traumatismes cérébraux en général, puisque, d'après Gérard Marchant (Duplay, *Traité de chirurgie*, 1897, t. III, p. 492), on l'observerait une fois sur trois, souvent dans des cas de commotion légère. Mais dans notre cas, cette glycosurie coïncidait avec de l'albuminurie. Or, les expériences de Claude Bernard ont démontré que des lésions du plancher du quatrième ventricule déterminent de la glycosurie si elles sont limitées à l'origine des pneumogastriques, de l'albumine si elles portent un peu plus haut.

Dans notre observation, il est à noter que la balle avait parcouru en le contusionnant l'espace interpédonculaire, très près de la protubérance annulaire ou pont de Varole, c'est-à-dire en un point assez proche de la partie du plancher du quatrième ventricule où naissent les pneumogastriques.

La coexistence de l'albuminurie avec le diabète traumatique ne doit pas être fréquente, puisque Brouardel et Richardière n'en signalent qu'un cas, qui se rapporte du reste à une commotion médullaire (région lombaire). « Dans l'observation de M. Brouardel, l'albuminurie se montre presque immédiatement après l'accident. En pareil cas, on peut se demander si l'albuminurie n'est pas d'origine bulbaire et ne doit pas être assimilée aux albuminuries que provoquait Claude Bernard par la piqûre du plancher du quatrième ventricule (2). »

d. La parésie légère notée pour la face (côté droit), le membre supérieur et le membre inférieur (côté gauche), s'expliquerait par l'atteinte des fibres du pédoncule droit, de même que les secousses spasmodiques du membre supérieur droit observées à plusieurs reprises indiqueraient l'irritation des fibres pédonculaires gauches, respectées par le projectile resté à leur contact.

Par contre, on serait tenté de trouver paradoxale la déviation du globe oculaire gauche en dehors, puisque ce sont les nerfs moteurs de l'œil droit qui seuls ont été intéressés par le projectile. L'on pourrait admettre, sans preuves, du reste, que cette déviation était antérieure au traumatisme (strabisme fonctionnel). Mais on connaît en neuropathologie un syndrome appelé syndrome de Weber, caractérisé par une hémiplégie ou hémiparésie d'un côté, coïncidant avec la paralysie complète et totale, ou incomplète et partielle, de l'oculo-moteur commun du côté opposé. Ce syndrome traduit des lésions intrapédonculaires dont la topographie a pu être précisée par des examens microscopiques dans des cas de lésions organiques. Pourquoi les lésions traumatiques seraient-elles incapables de réaliser le même ensemble symptomatique ?

(1) Guyon. Th. de Paris, 1893-94.
(2) *Ann. d'hyg. et de médecine légale*, 1888, t. XX, p. 418.

2° *Au point de vue clinique*, notre cas est instructif quant aux difficultés du diagnostic. La distinction entre la compression, la commotion et la contusion cérébrales était impossible *a priori* et immédiatement. La situation de la plaie cutanée due au projectile pouvait faire penser à une lésion de la méningée; mais l'orifice osseux était trop antérieur et trop bas placé pour justifier cette hypothèse. Après l'intervention, l'absence d'hématome intracranien et la persistance des symptômes de début faisaient éliminer la compression et la commotion. Restait l'hypothèse de la contusion. La contusion de l'hémisphère cérébral droit était affirmée d'ailleurs par l'issue de matière cérébrale dans le pansement au deuxième jour. La destruction des conducteurs des impressions lumineuses était démontrée par l'absence d'excitabilité des deux rétines; mais il était impossible de prévoir en quel point, avant ou après le chiasma, étaient interrompus les conducteurs nerveux optiques.

La participation des pédoncules aux lésions destructives ou irritatives pouvait à peine être soupçonnée tant étaient flous les signes de parésie.

Enfin la glycosurie et l'albuminurie indiquaient la commotion propagée au bulbe sans en spécifier le point de départ.

II. Reste l'interprétation des LÉSIONS THORACIQUES.

La broncho-pneumonie suppurée à marche très rapide peut s'expliquer par deux hypothèses. Ou bien elle existait avant la blessure cranienne; mais alors on s'explique difficilement l'apyrexie complète du troisième jour qui a suivi la blessure. Ou bien elle a évolué après le traumatisme encéphalique et ce dernier a pu jouer un rôle dans son apparition.

On connaît bien en clinique les broncho-pneumonies suppurées consécutives aux lésions destructives du pneumogastrique à la région du cou (1). La physiologie les a expérimentalement reproduites (2). Un traumatisme cérébral assez proche des origines bulbaires de ce nerf pourrait à la rigueur être considéré comme capable de déterminer les mêmes lésions.

Mais on connaît aussi depuis longtemps les désordres pulmonaires à marche rapide évoluant du côté opposé à la lésion cérébrale après des affections spontanées [apoplexie (3)] ou traumatiques de l'encéphale. Ces dernières paraissent avoir été mieux étudiées au point de vue expérimental (4) qu'au point de vue clinique (5). « Brown-Séquard, dans ses expériences comparatives sur la mort causée par blessures du côté droit et du côté gauche de la base de l'encéphale, voit avec surprise que l'une des causes les plus fréquentes de la mort, quand celle-ci n'arrivait pas immédiatement ou très rapidement après le traumatisme, c'est la pneumonie (6). »

Notre observation est donc à rapprocher de celles de la thèse de Navarre, relatives l'une à un cas de commotion cérébrale sans fracture, les deux autres à des fractures étendues de la base. Elle a même plus de précision, puisque les lésions trouvées chez notre blessé étaient très proches du pont de Varole. Or c'était par l'excitation mécanique de ce

(1) Jeannel. *Encycl. internat. de chir.*, t. V, p. 760.
(2) Beaunis. Soc. de biol., 1885.
(3) Ollivier. *Mémoires de 1873-74-75.*
(4) Brown-Séquard. *The Lancet*, 1871.
(5) Navarre. Th. de Paris, 1876.
(6) Navarre. Loc. cit., p. 11.

point de la base du cerveau que Brown-Séquard réalisait facilement les lésions pulmonaires.

La seconde lésion thoracique trouvée sur notre malade, l'emphysème du médiastin antérieur, propagé à la racine du cou, reste inexplicable.

Pas de plaie pénétrante des voies aériennes, pas de fracture de côtes; pas de déchirure pulmonaire visible. Pas de contusion pulmonaire possible par la première balle, qui n'avait même pu perforer la peau près du mamelon gauche.

Il est vrai que Brown-Séquard a obtenu expérimentalement et Navarre a constaté à l'autopsie d'un de ses sujets, comme unique lésion, de l'emphysème pulmonaire sous-pleural. Mais notre blessé présentait de l'emphysème dans le médiastin antérieur, et nullement sous la plèvre : le cas n'est donc pas tout à fait comparable.

Telle est notre observation. Elle reste banale en somme au point de vue de la chirurgie du crâne, mais elle présente un certain intérêt au point de vue de la physiologie pathologique, car elle rappelle, comme nous l'avons dit en commençant, presque une vivisection.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 DÉCEMBRE 1901)

La plus grande partie de cette séance a été occupée par la lecture de quelques parties seulement du rapport très documenté, très important de M. Porak, au nom de la commission permanente de l'**hygiène de l'enfance**. C'est là, on le sait, une des questions les plus chères à l'Académie, question des plus graves, des plus difficiles et dans laquelle viennent se heurter les meilleures volontés, les intentions les plus généreuses. Tous, en effet, s'inspirent de la loi Roussel, tendent au même but, sauver le plus d'existences possible, protéger le plus efficacement les enfants du premier âge, afin de diminuer autant que faire se peut leur effrayante mortalité. C'est sur les meilleurs moyens d'arriver à ce but que commencent les divergences.

Dans la première partie de son rapport, M. Porak examine minutieusement les résultats qu'a donnés, cette année, la loi sur la protection de l'enfance. L'Académie a reçu de nombreux rapports sur son fonctionnement. A ces documents viennent se joindre les discussions du Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée, les travaux de M. Straus, les statistiques officielles de la mortalité infantile. Enregistrons tout d'abord ce premier fait consolant, c'est que cette mortalité infantile a diminué dans une proportion appréciable. Cette mortalité est toujours plus considérable pour les enfants naturels que pour les enfants légitimes. Pourquoi cette différence très sensible? se demande M. le rapporteur. Bien des causes sont invoquées, mais celle qui paraît la plus importante, c'est triste à dire, est l'incertitude des nourrices au sujet du payement de leur salaire. Cette question doit attirer très sérieusement l'attention du législateur.

La mortalité est encore bien plus élevée pour les enfants assistés. Cependant, ici, aussi, les bienfaits de la loi Roussel se sont fait sentir. Avant cette loi, cette mortalité était de 58,05 p. 100, après la loi elle a été seulement de 36,60 p. 100, chiffre encore beaucoup trop élevé, bien que notablement inférieur au premier.

La véritable cause de la mortalité des enfants assistés vient de l'obligation légale de les allaiter au sein, parce que cet allaitement n'a de sein que le nom. Le recrutement de bonnes nourrices au prix où elles sont payées par l'administration est une impossibilité. L'allaitement au sein est donc un leurre; il cache, non pas seulement une alimentation au biberon, mais aussi et surtout l'alimentation prématurée. L'effrayante mortalité des nourrissons tient beaucoup à la débilité congénitale, laquelle dépend elle-même de la misère de la mère, le plus souvent abandonnée. Le remède se trouverait dans une bonne loi sur la recherche de la paternité et dans l'ouverture de refuges-ouvroirs pendant la grossesse.

M. Porak nous retrace ici ce qu'a fait la ville de Paris dans ce sens; elle a beaucoup fait et bien fait.

On enregistre bien des efforts dans les départements, mais il en faut encore plus. M. Porak insiste avec raison sur les dangers du transport des enfants nouveau-nés. Combien succombent par ce seul fait! Il faudrait des wagons spéciaux pour les nourrices et les moyens de stériliser le lait.

Abordant ensuite la question de l'alimentation, la plus importante de ce rapport, M. Porak comme tous ses prédécesseurs estime que le lait est le seul aliment qui convient à la première enfance; le lait de la mère appartient à son enfant; à défaut du lait de la mère, c'est le lait de femme qui convient le mieux, à condition d'être donné en quantité suffisante. Mais ces deux laits font souvent défaut; donc dans de nombreux cas, l'allaitement artificiel doit être substitué à l'allaitement de femme. C'est au lait de vache pur que M. Porak donne la préférence. En passant, M. Porak aborde la question de la transmission possible de la tuberculose par le lait de vache. Il est admis aujourd'hui que cette transmission est très exceptionnelle. Selon M. Nocard, ce sont les vaches atteintes de mammite tuberculeuse qui, seules, seraient à redouter. Quoi qu'il en soit, on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter cette transmission, somme toute, possible. La première de toutes ces précautions consiste, on le sait, à n'employer que du lait bouilli. Autre nécessité impérieuse : faire disparaître à tout prix le biberon à tube; on y arrive, mais difficilement.

M. Porak aborde l'étude des retouches à faire dans la loi du 23 décembre 1874. L'inspection médicale pourrait être meilleure. Les rapports des médecins inspecteurs devraient être faites plus rapidement. Les visites faites aux enfants devraient être beaucoup plus fréquentes dans les deux premiers mois.

Une grave lacune de la loi est l'absence de soins donnés aux nourrissons malades.

M. Porak passe en revue les différents moyens de la combler : assistance médicale gratuite, fondation d'une caisse de secours, etc.

Le service de la protection de l'enfance doit comprendre la surveillance des enfants secourus temporairement et celle des enfants des nourrices qui se placent sur lieu.

Le nœud de toutes les difficultés de la loi Roussel se trouve dans la réglementation appliquée aux nourrices; ici, M. Porak étudie la situation des nourrices sur lieu et de leurs enfants qu'elles abandonnent à la gardeuse ou à la sevreuse. Il retrace toute l'histoire du bureau de placement et rappelle les faits lamentables (une mortalité de 90 p. 100 des nourrissons dans certains départements) qui ont éveillé la sollicitude de M. Roussel et lui ont fait faire sa loi. M. Porak s'arrête particulièrement sur deux questions, celle qui concerne les certificats dont les nourrices doivent se munir, celle de l'article 8 qui concerne les conditions dans lesquelles l'allaitement au sein ou l'allaitement artificiel doit être donné aux enfants des nourrices sur lieu.

Il insiste sur les formalités, pourtant bien nécessaires, mais un peu gênantes, qui sont imposées aux bureaux de placement. Il en résulte que beaucoup de nourrices ne passent plus par ces bureaux et se placent par connaissance, d'où un défaut de garanties et l'insuffisance absolue de la loi à beaucoup de points de vue. Là d'ailleurs comme pour beaucoup d'autres points, ce qui se fait à Paris et ce qui est bien fait n'est pas exécuté dans les départements. Il n'y a aucune

unité dans les mesures prises à Paris et celles qui sont prises dans les départements.

Nous arrivons ici à une discussion très importante de l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874. Le paragraphe visé de cette loi est le suivant : « Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence indiquant si son dernier né est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme. »

L'article de la loi, dans son indécision, réservait la grave question de l'allaitement au sein.

Au point de vue des certificats, M. Porak ne manque pas de faire ressortir l'insuffisance et souvent l'inexactitude ou la complaisance coupable des certificats fournis par les maires.

Voici les conclusions de M. Porak relatives à la nourrice à emporter :

« 1° Le carnet ne sera accordé à la nourrice à emporter qu'à la mairie de la commune qu'elle habite ;

2° Il ne lui sera accordé que sur la présentation du certificat qui lui sera délivré par le médecin-inspecteur de sa circonscription, ou par un médecin nommé par l'administration. Ce médecin devra procéder à l'examen de la nourrice au point de vue de la santé, et des conditions satisfaisantes qu'elle remplit pour prendre un nourrisson. Il devra visiter le logement de la nourrice et répondre à un formulaire indiquant les conditions précédentes ;

3° Le certificat médical sera gratuit. Le département indemnisera le médecin-inspecteur ;

4° Une prime sera accordée à certains agents administratifs : gardes champêtres, facteurs ruraux, pour déclarer les nourrices qui ne sont pas munies de carnet. »

On doit assurer aux nourrices que le nourrisson qu'on leur confie se porte bien. Il y a donc lieu de généraliser à toute la France l'obligation imposée à Paris à tout nourrisson à emporter d'être accompagné d'un certificat établissant qu'il est capable de supporter le voyage que nécessite son transport et qu'il n'est actuellement atteint d'aucune maladie contagieuse.

Suit la discussion de l'article 8, l'obligation pour la nourrice de ne pas se placer avant sept mois, obligation contre laquelle nous conspirons tous, désirant généralement un lait plus jeune pour les enfants de nos clientes. Des chiffres fournis par M. Porak on peut tirer les conclusions suivantes :

« 1° La plupart des nourrices sur lieu se placent avant le septième mois, en moyenne deux mois et demi après leur accouchement ;

2° La plupart des nourrices qui se placent sur lieu, les 5/8, sont des célibataires, des veuves ou des femmes divorcées ;

3° Les enfants des nourrices sont élevées au biberon ou par un mode d'alimentation indéterminé dans la proportion des 3/4 ;

4° Les enfants élevés au biberon sont élevés la plupart, les 3/4, par une parente, qui peut soutenir qu'elle n'est pas salariée. »

M. Porak s'applique à démontrer l'impossibilité d'obtenir qu'une nourrice sur lieu ne puisse se placer qu'après sept mois et il conclut ainsi :

« La nourrice sur lieu ne pourra confier son enfant aux soins d'une de ses parentes, que si celle-ci se munit à la mairie de sa commune du carnet qui est exigé des nourrices, gardeuses ou sevreuses salariées.

La nourrice sur lieu ne pourra se placer que si elle a obtenu du médecin et du maire de sa commune les certificats indiquant son état civil, si elle se trouve dans des conditions sanitaires satisfaisantes pour allaiter un nourrisson. Si son dernier-né est vivant et qu'il n'ait pas atteint deux mois et demi révolus, il devra être allaité au sein par une autre nourrice qui n'aura pas d'autre nourrisson et qui devra se munir du carnet imposé aux nourrices à emporter. On pourra élever progressivement cette limite de deux mois et demi à cinq mois, en indiquant à chaque élévation de cette limite la perturbation qui aura résulté de cette réglementation. »

Nous ne suivrons pas M. Porak dans les considérations qu'il présente ensuite sur beaucoup d'autres questions afférentes à la protection des enfants du premier âge.

La conclusion de ce long rapport doit tendre à ces deux réformes à introduire dans la loi de la protection de l'enfance : *accorder aux nourrissons l'assistance médicale et accorder aux nourrices l'assistance judiciaire.*

M. Pinard s'est élevé avec la plus grande énergie contre l'une des conclusions de M. Porak, celle qui consiste à accorder à la nourrice l'autorisation de se placer comme nourrice avant sept mois. Nous sommes tous d'accord, dit-il, sur ce point que nous voulons élever les enfants dans les meilleures conditions possible, que l'allaitement maternel doit, autant que possible, être préféré à tous les autres modes d'allaitement. Mais M. Pinard n'accepte pas que dans certaines circonstances, comme l'a dit M. Porak, il faille préférer l'allaitement artificiel à l'allaitement au sein. Il n'accepte pas davantage qu'on puisse permettre à une nourrice de prendre un nourrisson après deux mois et demi. C'est sacrifier son propre enfant, et c'est précisément contre ce sacrifice que s'est élevée avec juste raison la loi Roussel. C'est pourquoi il faut maintenir le terme de sept mois.

Deux facteurs permettent à l'enfant de lutter contre les causes qui peuvent lui faire perdre la vie, l'allaitement maternel et son élevage dans le milieu familial. Il faut donc tout tenter, non seulement pour favoriser l'allaitement maternel, mais aussi pour maintenir l'enfant dans le milieu familial. C'est pourquoi M. Pinard reproche à M. Porak son enthousiasme... relatif pour les pouponnières.

M. Budin, tout en proclamant les mêmes principes sur les avantages incontestables de l'allaitement maternel, fait observer, avec juste raison, qu'il faut compter avec les enfants assistés, qu'il faut des nourrices, qu'il n'y en a jamais assez. Que deviendrons-nous, dit-il, si vous défendez à toute nourrice de ne pas se placer avant sept mois ? Il faut tenir compte de certaines contingences.

M. Porak répond à M. Pinard qu'on ne saurait actuellement trancher la question. Elle est à l'étude.

M. Pinard maintient sa protestation. Il faut, dit-il, faire respecter la loi Roussel et l'appliquer dans toute sa rigueur. N'oublions pas qu'elle a précisément pour but de protéger cet enfant que sa mère va abandonner pour donner son lait à un autre.

M. Mossé (de Toulouse) a fait une communication sur **la cure de pommes de terre dans le diabète et les complications du diabète.** Il a fait, à ce sujet, de nombreuses expériences depuis cinq ans ; il arrive à donner 500 grammes à 3 kilogs de pommes de terre par jour, et toujours il a obtenu une diminution notable du sucre du jour au lendemain. On laisse les pommes de terre pour revenir au pain, le sucre apparaît de nouveau. M. Mossé insiste encore sur ce fait, intéressant au point de vue chirurgical, que les diabétiques atteints de plaies cicatrisent fort bien aussitôt qu'ils sont soumis au traitement par les pommes de terre.

M. Champetier de Ribes communique, en son nom et au nom de M. Baudron, une intéressante observation de **grossesse de six mois et demi compliquée de kystes hydatiques** ayant déterminé une dystocie et ayant nécessité l'hystérectomie abdominale. La mère et l'enfant vont bien.

« De l'étude des observations que j'ai lues, dit-il, il me paraît résulter que la ponction échoue souvent, qu'elle donne lieu à des chances sérieuses d'infection, outre qu'elle laisse subsister les tumeurs.

Il me semble, d'autre part, que le mode d'intervention devrait dépendre beaucoup du siège de la tumeur et qu'il y a une distinction à établir tout d'abord entre les kystes hydatiques situés dans la cloison recto-vaginale et ceux qui, siégeant plus haut, ne seront accessibles aux instruments qu'à travers le péritoine.

Les premiers, et ils sont nombreux, peuvent être d'abord ponctionnés; si la ponction vide le kyste et permet à l'accouchement de se terminer sans violence, tout est pour le mieux.

Si la ponction ne vide pas le kyste, comme cela est arrivé alors même qu'elle avait été faite avec un gros trocart, on pourra ouvrir largement le kyste, le vider, marsupialiser la poche et la drainer comme a fait M. Boissard.

Mais, lorsque les tumeurs sont multiples, lorsque le kyste qui obstrue l'excavation ne pourra être attaqué qu'à travers le péritoine, n'est-il pas plus dangereux de le vider chez la femme en travail que d'enlever toutes les tumeurs accessibles, après avoir ouvert la voie à l'enfant par l'opération césarienne suivie ou non de l'hystérectomie abdominale, méthode qui, en cas de succès, peut donner une guérison complète? »

REVUE DE LA PRESSE

L'emploi du cacodylate de soude dans la lèpre. — M. L. Raynaud (d'Alger) a eu l'occasion de traiter un certain nombre de lépreux, dont quelques-uns présentaient des lésions très graves, que le traitement ordinaire, l'hygiène, la nourriture abondante, les pansements ne pouvaient enrayer. L'huile de chaulmoogra, bien supportée l'hiver, n'était plus tolérée pendant la saison chaude. Il a eu l'idée alors d'employer le cacodylate de soude.

Les malades étaient bien des lépreux, le bacille de Hansen ayant été découvert chez eux.

Le traitement a consisté en une injection de 0,05 centigrammes de cacodylate de soude pendant plusieurs jours, dans quelques cas M. Raymond a employé des injections de 0,10 centigrammes.

Sur six cas traités par cette méthode l'auteur a obtenu quatre cicatrisations rapides de lésions ouvertes, et même d'ulcères phagédéniques, et dans toutes les observations l'état général s'est relevé, le poids a augmenté. (*Bull. méd. de l'Algérie*, nov. 1901.) F. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hypnotisme et les suggestions hypnotiques (1), par le docteur J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le nouveau livre que M. Vires vient de publier nous intéresse en plusieurs manières.

Tout d'abord, comme étude sérieuse d'une question intéressante, mais aussi et surtout peut-être par les vues générales qui y sont développées d'une façon extrêmement limpide et clairement ordonnée.

M. Vires définit son sujet et éloigne de son étude tout ce qui pourrait empiéter sur le domaine du sentiment et de la croyance. Il montre en son historique animé l'hypnotisme se fixant d'une façon de plus en plus objective, dans cette période qui va de Mesmer à Charcot, à Pitres et à Grasset. Il nous donne en passant de curieux portraits de l'abbé Faria et du célèbre magnétiseur Mesmer.

Nous apprenons ensuite comment on hypnotise, qui on hypnotise, comment on déshypnotise... Nous assistons aux multiples transformations de l'hypnotisé, aux miracles que fait surgir l'opérateur dans les domaines de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence. Tout cela écrit d'une allure vive et dans une forme qui, tout en restant très littéraire, ne sacrifie rien à la concision et à la rigueur scientifiques.

L'auteur termine par une étude des rapports du magnétisme, de la médecine légale et de la thérapeutique et résume les développements antérieurs en quelques phrases où s'affirme, très apparente, et indéniable, la valeur objective de l'hypnotisme, procédé rationnel de traitement, très scientifique sans rien de mystérieux.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Montpellier, Coulet et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury de l'internat est définitivement composé de MM. Œttinger, Lamy, Barié, Belin, Tuffier, Rochard, Guéniot, Ricard, Potocki et Brindeau.

Académie de médecine. — La séance annuelle aura lieu mardi prochain 17 décembre.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — M. le docteur Ficquet est nommé suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Angers. — M. le docteur Allanic est nommé suppléant des chaires de physique et de chimie.

Caen. — M. le docteur Charbonnier est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. le docteur Léger est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

Marseille. — M. le professeur Boinet a été nommé à la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur Villard, décédé.

Rennes. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, le 7 juillet 1902.

Tours. — M. Javillier est nommé suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Laurent est nommé médecin de première classe.

M. le médecin de deuxième classe Bernal, dont la démission est acceptée, est nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de première classe du Bois-Saint-Sévrin, en retraite, est nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et est affecté au port de Brest.

M. le médecin de deuxième classe Lafolie, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Triomphante* (division navale de Cochinchine).

M. le médecin de première classe Audiat est désigné pour embarquer sur le *Linois*, dans l'escadre de la Méditerranée.

Académie et laboratoire des sciences médicales de Catalogne. — L'Académie décernera au nom du docteur Menacho un prix de 2 500 pesetas au meilleur travail sur l'Histologie comparée de la *fovea centralis*.

Les mémoires en espagnol, français, italien ou portugais devront être remis, avant le 31 décembre 1902, au secrétariat général de l'Académie à Barcelone (Puertaferrisa, 6, principal).

Cours d'ophtalmoscopie et de réfraction. — M. le docteur Despagnet commencera à sa clinique, 60, rue Saint-André-des-Arts, le lundi 16 décembre, à deux heures, un cours d'ophtalmoscopie et de réfraction, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 144. — SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1901. — N° 144

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Les affections sympathiques de l'œil, par M. F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. — Corps étranger de l'œsophage (dentier); œsophagotomie externe; guérison, par M. Léon Labbé, membre de l'Académie de médecine. — Séance de la Société de chirurgie. — Revue des Thèses. Des néoplasmes prérotuliens (M. O. Candegabe); — Contribution à l'étude des adénomes du rectum (M. H. Jodin); — Maladie osseuse de Paget chez l'homme et maladie du son chez le cheval; analogie de ces deux maladies (M. R. Barthélemy); — Quelques observations d'urétrites primitives aseptiques (M. André Burty). — Formulaire. Contre la grippe; — L'ichthyol contre les brûlures. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Les affections sympathiques de l'œil.

Par M. F. Terrien,
Ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

Sous le terme d'affections sympathiques, nous comprenons tous les accidents, *irritatifs* ou *inflammatoires*, pouvant survenir dans un œil, alors que l'autre a été antérieurement lésé (1). Donc deux conditions : lésion ancienne ou atrophie de l'un des deux yeux; accidents inflammatoires ou irritatifs sur le congénère. Ces deux éléments *réunis* sont nécessaires et suffisants pour éveiller en nous l'idée de sympathie. Sans doute nous ne pouvons toujours rapporter avec certitude l'origine des accidents survenant sur le second œil à la lésion du premier, mais il suffit que celui-ci ait été intéressé antérieurement pour nous permettre de penser à la possibilité de troubles sympathiques.

Historique. — Cette notion de la sympathie, contrairement à ce qu'on pourrait penser, est d'acquisition relativement récente. Il faut arriver jusqu'à Bartisch, à la fin du XVIe siècle, pour voir insister sur les dangers que fait courir à l'œil sain l'atrophie du congénère, surtout si elle est d'origine traumatique et si le globe est douloureux. Après lui, on trouve de temps en temps dans les auteurs qui l'ont suivi quelques phrases semblant indiquer qu'ils connaissaient la possibilité d'accidents sympathiques à la suite de blessure de l'un des deux yeux. Le Dran, en particulier, vers le milieu du XVIIIe siècle, la mentionne très nettement et ajoute même que l'inflammation se communiquerait à l'autre œil le long du nerf optique. Par contre, Saint-Yves ne paraît pas avoir connu ces accidents, car il n'en fait aucune mention en traitant des blessures de l'œil. Beer aussi est muet sur ce sujet.

Cependant, l'attention était peu à peu éveillée. C'est ainsi que nous trouvons dans le traité de Demours deux cas non douteux d'ophtalmie sympathique, à propos desquels l'auteur insiste sur le danger que fait courir au second œil la blessure du premier. Wardrop après lui revient sur ce sujet.

Mais il ne s'agit toujours que de cas isolés et ce n'est que dans l'inépuisable ouvrage de Mackenzie, dans l'édition de 1835, que nous trouvons une description complète de l'affection. Celle-ci est étudiée dans tous ses détails : symptômes, étiologie, traitement, prophylaxie; et même, l'auteur aborde la pathogénie et fait jouer au nerf optique le rôle principal dans le transmission de l'affection : l'inflammation de l'œil blessé se transmettrait de la rétine au nerf optique et de là, par l'intermédiaire du chiasma, jusqu'au nerf optique et à la rétine du côté opposé. A partir de cette époque, l'histoire clinique de la maladie était définitivement établie. Sa connaissance se généralise et la description de Mackenzie est toujours vraie au point de vue clinique et n'a guère changé. Seule la pathogénie s'est modifiée. La bactériologie nous a appris, avec les recherches de Leber, qu'il s'agissait le plus souvent d'une infection du tractus uvéal. C'est là un point à peu près établi aujourd'hui. Quelles sont maintenant les voies suivies par l'agent infectieux pour arriver dans le second œil. Suit-il les gaines arachnoïdiennes du nerf optique en passant par le chiasma, comme le veut Deutschmann? S'agit-il, au contraire, d'une infection partie d'un point quelconque de l'économie et transmise à l'œil sain par la voie sanguine (Schmidt-Rimpler), ou s'agit-il d'une auto-intoxication (Panas)? L'accord sur ce sujet est loin d'être fait et nous verrons plus bas, à propos de la pathogénie, comment il faut comprendre la question. Arrivons tout d'abord à l'étude clinique de l'affection.

I

Définition. — Deux éléments, nous l'avons vu, sont nécessaires pour que l'on puisse parler de sympathie : lésion ancienne de l'un des deux yeux, accidents inflammatoires ou irritatifs sur le congénère. Il y a donc ici deux facteurs à étudier successivement : 1° les différentes lésions du premier œil capables de déterminer ou, pour parler plus exactement, de provoquer l'apparition de troubles sympathiques sur le second; 2° les différentes variétés d'accidents pouvant

(1) C'est à dessein que nous désignons ces accidents sous la rubrique plus générale d'*affections sympathiques*, de préférence à celle d'*ophtalmie sympathique*, ordinairement employée et qui peut prêter à confusion, car les formes en sont multiples.

apparaître sur le second œil et qui constituent les troubles sympathiques.

L'œil primitivement lésé est ordinairement appelé : *œil sympathisant*, et le second : *œil sympathisé*. Ce dernier terme est juste, le premier exige quelques réserves. Il faudrait prouver, en effet, que cet œil, dénommé œil sympathisant, est le facteur déterminant des troubles sympathiques apparaissant sur le second, ce qui jusqu'ici n'a pas encore été établi avec certitude. Toutefois cette expression, à condition de ne pas lui attacher une importance exagérée, peut être conservée néanmoins. Il sera seulement bien entendu que, lorsque nous parlerons d'œil sympathisant, nous n'entendons faire jouer à ce dernier dans la pathogénie de l'affection que le rôle de cause occasionnelle et non pas celui de cause déterminante. Nous aurons l'occasion d'y revenir, mais il était important, dès le début, d'insister sur ce point car cette notion devra retentir à la fois sur le pronostic et le traitement.

Etudions maintenant ces deux termes, les affections de l'œil sympathisant, celles de l'œil sympathisé.

II

Lésions du premier œil sympathisant. — Toute affection inflammatoire de l'un des deux yeux (ulcère étendu de la cornée avec perforation, irido-cyclite, plaie pénétrante d'origine traumatique ou opératoire, etc.), terminée ou non par atrophie, est capable, à un moment donné, de se compliquer de troubles sympathiques de l'autre œil. Quelques-unes d'entre elles y exposent plus particulièrement, ce sont les plaies du globe oculaire qu'il nous faut tout d'abord étudier.

Plaies du globe oculaire. — Elles se laissent naturellement diviser en trois groupes, suivant qu'elles sont pénétrantes, sous-conjonctivales, ou d'origine opératoire (opération de cataracte, etc.).

a. *Plaies pénétrantes.* — Les trois enveloppes de l'œil, sclérotique, choroïde et rétine, sont divisées, la conjonctive elle-même ayant été intéressée. Le globe est ouvert, le vitré a pu s'échapper en quantité plus ou moins considérable et l'œil peut facilement s'infecter.

On ne peut, en présence d'une blessure du globe oculaire, établir un pronostic ferme et prédire ou exclure à coup sûr l'ophtalmie sympathique. Trois facteurs doivent cependant entrer en ligne de compte; le siège de la blessure, son étendue et la présence ou l'absence d'infection.

Le *siège* de la blessure n'a peut-être pas l'importance qu'on lui attachait autrefois. Sans doute, les blessures du corps ciliaire exposent davantage que les autres aux troubles sympathiques, surtout si les lèvres de la plaie sont mâchées, mal coaptées et si des fragments d'iris ou de choroïde viennent s'enclaver dans la cicatrice. Il en résulte une irritation des nerfs ciliaires, quelquefois même des phénomènes névritiques qui peuvent retentir douloureusement sur l'autre œil. Mais, les blessures du globe intéressent toujours plus ou moins la région ciliaire, qui avec la cornée constitue la région découverte de l'œil, facilement accessible au traumatisme. Que le corps ciliaire soit lésé seul ou de concert avec la cornée, il est donc difficile d'établir exactement la part qui revient au siège de la blessure dans l'étiologie des troubles sympathiques.

On peut en dire autant de l'*étendue des lésions*. Une plaie très large, avec attrition profonde des tissus, désorganisation des parties intéressées, subluxation ou luxation du cristallin, hémorragie concomitante, etc., exposera peut-être davantage à la sympathie, en raison du grand nombre d'éléments atteints dans leur intégrité. Mais ici encore on ne peut généraliser; des plaies très petites, les piqûres en particulier, surtout si elles siègent au niveau de la région ciliaire, piqûres de plumes, piqûres de flèches, etc.., provoqueront plus facilement encore des troubles sympathiques qu'une plaie très étendue.

La présence ou l'absence d'*infection* a une influence décisive sur l'apparition de la sympathie. Sans en faire, comme le veut Schirmer, une condition *sine qua non* des troubles sympathiques (1), nous pensons néanmoins que l'infection originelle de la plaie se rencontre presque toujours à la base des accidents sympathiques, si on prend la peine de la rechercher.

Au début, dans les premiers jours après l'accident, il n'est pas toujours facile de reconnaître l'infection, lorsque celle-ci revêt la forme subaiguë; qu'elle existe ou non, on trouvera dans les deux cas une injection ciliaire modérée, marquée surtout au niveau de la plaie, la cornée légèrement troublée à ce niveau, l'iris hyperhémié avec une pupille réagissant mal à l'atropine, le tout avec ou sans hémorragie intra-oculaire. Mais les jours suivants, ces phénomènes disparaissent promptement si la plaie est aseptique et l'œil reprend vite son aspect habituel. Dans le cas contraire, l'œil reste injecté, larmoyant, photophobe, quelquefois douloureux, et la vision demeure nulle. La membrane irienne est trouble, la pupille réagit mal à l'atropine et le mydriatique révèle de légères synéchies postérieures de formation récente. Si le cristallin est demeuré transparent, on peut voir à l'ophtalmoscope de fins troubles du corps vitré.

Enfin dans les formes sévères, après un temps variable, la chambre antérieure disparaît; des exsudats, qui existent en même temps dans le corps vitré et au niveau du corps ciliaire, obstruent le champ pupillaire, la tension s'abaisse, la rétine peut se décoller et l'œil évolue vers l'atrophie. La périphérie de l'iris est fortement tiraillée et cette rétraction se constate facilement au niveau de la cicatrice, là où la membrane est enclavée. En même temps l'*œil est généralement très sensible à la pression.*

Des troubles sympathiques peuvent alors éclater mais pas nécessairement. Il n'y a d'ailleurs aucune relation entre l'intensité des phénomènes réactionnels et l'apparition de la sympathie. Certains yeux, dans lesquels l'inflammation a suivi une marche lente, avec réaction modérée, peuvent être plus dangereux à ce point de vue que d'autres réagissant très vivement et sur lesquels les phénomènes inflammatoires revêtent une très grande acuité.

Corps étrangers intra-oculaires. — A propos des plaies pénétrantes, une mention spéciale doit être faite pour les corps étrangers intra-oculaires. La thérapeutique des corps étrangers de l'œil a subi dans ces dernières années une orientation nouvelle, depuis l'emploi de l'électro-aimant (Hirschberg, Haab), et de la radiographie combinée à la radioscopie. Mais, même pour les corps étrangers magnétiques, l'extraction, à moins qu'on ne soit appelé quelques minutes aussitôt après l'accident, ne devient nécessaire que si le corps étranger est mal toléré. Si, en effet, le fragment n'est pas trop volumineux, il peut s'enkyster sans déterminer aucune réaction et sa seule présence n'est pas une indication suffisante d'intervention. Ici encore

(1) O. Schirmer, Sympathische Augenerkrankung, *Græfe Sæmisch* 1900.

l'infection joue le rôle principal : un corps étranger aseptique offre beaucoup moins de dangers. L'inflammation quelquefois très vive, qui peut résulter de son oxydation ou des altérations chimiques qu'il détermine au sein des tissus, ne serait jamais suivie d'ophtalmie sympathique, s'il n'y a en même temps infection (Schirmer). Ceci est trop absolu comme le prouve le cas de Gepner (1).

Toutefois, la bénignité relative de ces corps étrangers aseptiques, au point de vue de la sympathie, est à retenir et à rapprocher de ce qu'on observe avec les cysticerques intra-oculaires. Là encore, malgré l'inflammation très vive du tractus uvéal, qui survient toujours après un temps variable, s'accompagne de douleurs intenses et se termine souvent par phtisie douloureuse du globe, l'ophtalmie sympathique s'observe très rarement. Peut-être parce que cette inflammation est non d'origine infectieuse mais seulement déterminée par les toxines sécrétées par le cysticerque. Le cas de Pincus semble bien confirmer cette hypothèse (2). Il s'agissait ici d'un cysticerque demeuré quatorze ans dans l'œil sans déterminer aucun trouble sympathique, malgré des poussées inflammatoires violentes du globe intéressé. Une intervention de ce côté suffit pour provoquer l'apparition d'une ophtalmie sympathique. L'énucléation de l'œil révéla la présence du cysticerque et montra une infiltration purulente partie des lèvres de la plaie opératoire qui avait gagné l'intérieur du globe.

b. *Ruptures sous-conjonctivales.* — Elles surviennent à la suite de contusions violentes du globe oculaire : la sclérotique, peu extensible, éclate et se rompt sur une plus ou moins grande étendue; la conjonctive, lâche et très extensible, résiste et se laisse distendre. Il s'agit, en quelque sorte, d'une fracture fermée, par opposition aux précédentes : la muqueuse conjonctivale protège le globe oculaire contre la pénétration de germes septiques et le pronostic est beaucoup plus favorable, tant pour l'œil blessé que pour l'œil sain, moins exposé ici aux troubles sympathiques que dans les cas précédents.

Cependant, dans le travail mentionné plus haut, Schirmer a pu réunir 27 cas de sympathie à la suite de ruptures sous-conjonctivales. Mais trois d'entre eux se rapportaient seulement à des troubles d'irritation sympathique et, pour les autres, il existait presque toujours en même temps une inflammation du tractus uvéal. Si bien que, d'après l'auteur, une rupture sous-conjonctivale du bulbe n'est capable de déterminer une inflammation sympathique que si elle se complique d'inflammation du tractus uvéal. L'irido-cyclite aurait une influence prépondérante ; la blessure, même si elle est très étendue, compliquée d'irido-dialyse, de déchirure du corps ciliaire ou d'enclavement de la choroïde entre les lèvres de la plaie, ne joue qu'un rôle accessoire.

C'est donc encore l'infection qui jouerait ici le principal rôle. Mais comment expliquer cette infection, la conjonctive étant respectée? Elle ne peut être considérée comme la conséquence du traumatisme, qui à lui seul est incapable de la produire. Un cas de Meyer nous montre que l'infection était partie de la cicatrice (3), preuve que peut-être la muqueuse conjonctivale n'oppose pas aux microbes une barrière infranchissable, ou plus probablement, parce qu'une petite déchirure de la conjonctive, demeurée inaperçue, avait permis la pénétration des germes septiques. A côté de cette infection d'origine ectogène, on peut supposer une infection d'origine endogène, les bactéries charriées avec le courant sanguin trouvant dans l'œil, à la faveur de la rupture vasculaire, un terrain favorable à leur développement. Il est vrai qu'alors l'inflammation du second œil, si elle survient, peut également reconnaître une origine endogène; nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Retenons pour le moment la possibilité d'accidents sympathiques à la suite de ruptures sous-conjonctivales du globe oculaire, accidents moins à craindre qu'avec les plaies pénétrantes du globe oculaire, mais qui peuvent exister cependant et seraient toujours imputables, d'après Schirmer, à une infection concomitante du tractus uvéal.

Nous souscrivons volontiers à cette opinion, mais avec quelques réserves. Cette infection, si elle existe le plus souvent, ne peut pas toujours être démontrée. Nous en avons observé un cas très net. Il s'agissait d'un individu de quarante ans atteint, à la suite de contusion violente, de rupture sous-conjonctivale étendue du globe oculaire gauche, avec irido-dialyse totale, luxation sous-conjonctivale du cristallin, et hémorragie intra-oculaire abondante empêchant tout examen ophtalmoscopique. La guérison survint sans réaction : le vitré s'éclaircit et montrait de larges flocons hémorragiques dans son intérieur avec une déchirure de la choroïde. V = compte les doigts à 30 centimètres. Trois mois après le malade revient avec une papillo-rétinite sympathique de l'œil droit et V = 1/10 de cet œil. L'état de l'œil gauche ne s'est pas modifié et le globe n'est *pas douloureux à la pression.* Un faible degré d'acuité visuelle existant encore de ce côté, je rejetai l'énucléation et me contentai du traitement médical : le malade guérit avec 1/6 d'acuité visuelle à droite et 1/50 à gauche.

Il s'agissait donc ici d'une inflammation sympathique de l'œil droit, survenue à la suite de rupture sous-conjonctivale de l'œil gauche, sans que l'infection de ce côté ait pu être constatée cliniquement.

c. *Plaies post-opératoires.* — Elles exposent beaucoup moins que les précédentes aux accidents sympathiques, sans aucun doute parce qu'elles sont pratiquées avec toutes les précautions requises de soin et d'antisepsie. On les signale cependant quelquefois à la suite des diverses opérations pratiquées sur le globe : discission, iridectomie, irido-capsulotomie, mais surtout après l'opération de cataracte [0,14 p. 100 des opérés d'après Eversbuch et Pemerl (1)]. Il n'était pas rare de les rencontrer après la réclinaison (Mooren, De Græfe, Pagenstecher).

On a incriminé successivement, pour expliquer la venue de ces accidents, l'enclavement de fragments d'iris ou de débris de capsule entre les lèvres de la plaie, ou bien une section trop périphérique. Mais cet enclavement est fréquent après l'extraction, presque constant, croyons-nous, si on pouvait examiner histologiquement tous les yeux opérés par l'extraction combinée. On ne peut donc lui rapporter l'apparition des troubles sympathiques qui, ici, est exceptionnelle. D'autant plus que des enclavements,

(1) Gepner. Eine seltene Art von sympathischer Augenaffektion, *Centralbl. f. Augenh.*, p. 138, 1886.

(2) Pincus. Anatomischer Befund von zwei sympathisierenden Augen, darunter eins mit Cysticercus intraocularis, *Arch. f. Ophtalm.*, XL, 4, p. 231.

(3) O. Meyer. Ein Fall von sympatischer Ophtalmie nach subconjunctivaler Bulbus ruptur, *Dissert. inaug.*, Iéna 1896.

(1) Eversbuch et Pemerl. Bericht über 1420 in der Münchener Augenklinik ausgeführte Staarentbindungen, *Arch. f. Augenheilk.*, XIII, p. 472, 1884.

beaucoup plus considérables (leucomes adhérents étendus, staphylomes ciliaires ou intercalaires, buphtalmie), ne se compliquent jamais de symphathie.

Il faut donc autre chose pour expliquer cet accident. La cause probable est l'inflammation de l'iris et du corps ciliaire de l'œil opéré qu'on rencontre mentionnée dans la plupart des observations. Elle était très nette dans un cas observé par nous et était apparue huit jours après l'extraction.

Ici encore, l'infection joue le rôle principal dans la genèse des accidents; l'irritation mécanique pouvant résulter de l'enclavement de l'iris ou de la capsule, à supposer qu'elle existe, n'intervient qu'accessoirement.

Affections non traumatiques. — a. *Irido-cyclites et irido-choroïdites spontanées.* — Comme on pouvait s'y attendre et avec ce que nous savons sur le danger de l'infection dans les plaies du globe oculaire, les inflammations de l'un des deux yeux tiennent la première place dans le groupe des affections non traumatiques capables d'entraîner la sympathie. Ces inflammations, quelle que soit l'origine de l'agent pathogène, sont toujours infectieuses. La qualification d'« idiopathiques » donnée à quelques-unes d'entre elles ne signifie rien, sinon que la cause nous échappe.

On comprend que toute irido-choroïdite, quelle qu'en soit la cause, puisse se compliquer de troubles sympathiques. Mais il faut ici faire une réserve : de ce qu'une inflammation apparue spontanément sur l'un des deux yeux et due au diabète, à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis ou à toute autre cause, se complique ensuite d'inflammation de l'œil congénère, on ne peut nécessairement parler de sympathie, la même cause qui a produit la première pouvant déterminer la seconde.

L'irido-choroïdite suppurative et la panophtalmie peuvent également se compliquer d'ophtalmie sympathique (Gunn). Mais ces cas sont exceptionnels et ce sont surtout les formes légères, les irido-choroïdites subaiguës ou chroniques, n'aboutissant pas à la panophtalmie qui sont à redouter.

b. *Kératites ulcéreuses.* — Les ulcères étendus de la cornée; même avec hypopyon, ne se compliquent jamais de sympathie; si une irido-cyclite apparaît, elle est d'ordre purement toxique, l'agent microbien restant localisé dans la cornée.

Même si la perforation apparaît, les troubles sympathiques sont peu à craindre, à moins que le leucome adhérent ne se complique d'inflammation du tractus uvéal. On la reconnaîtra à la persistance de l'injection ciliaire, à la douleur à la pression et à l'hypotonie. Cette irido-cyclite peut d'ailleurs apparaître très tardivement, plusieurs années après l'apparition du leucome adhérent, et il n'est pas rare de voir un moignon qui, pendant très longtemps, n'avait déterminé aucune gêne et aucune douleur devenir tout à coup rouge et douloureux et être le point de départ de troubles sympathiques. Nous en avons observé un exemple récent où l'inflammation n'apparut que trente années après la perforation de la cornée.

c. *Tumeurs intra-oculaires.* — On a quelquefois signalé l'apparition de l'ophtalmie sympathique dans les tumeurs de l'œil (13 cas environ). Un point à noter dans tous ces cas est la coexistence avec la tumeur d'une irido-cyclite plastique. Nous-même en avons rapporté une observation. Il s'agissait d'un sarcome de la choroïde compliqué de phtisie du globe oculaire. Le moignon, douloureux, dut être enlevé à cause de l'apparition de troubles sympathiques sur l'œil congénère et l'examen anatomique révéla une irido-choroïdite antérieure (1).

C'est donc l'irido-choroïdite et non pas la tumeur qu'il faut incriminer ici comme facteur de la sympathie. Quant à l'origine de l'infection, il semble qu'il faille plutôt admettre une infection surajoutée accidentelle, d'origine endogène (Deutschmann, Nieden), quelquefois ectogène, plutôt qu'une infection venue de la tumeur elle-même, et d'origine toxique (Panas, Rochon-Duvigneaud, Leber), car elle serait alors bien plus fréquente. Toute tumeur en effet produisant des toxines et celles-ci se trouvant ici en contact immédiat avec le corps ciliaire, l'irido-cyclite devrait être la règle au lieu d'être l'exception.

A côté des tumeurs il faut placer l'ossification de la choroïde, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les vieux moignons atrophiques. Cette ossification choroïdienne, par l'irritation et la réaction qu'elle détermine quelquefois, est capable de contribuer au développement de troubles sympathiques.

d. *Glaucome.* — L'inflammation sympathique n'a jamais été observée à la suite de glaucome. Sans doute le glaucome peut survenir sur l'œil congénère un temps variable après l'apparition de l'affection sur le premier œil, mais il n'y a là rien de sympathique, d'autant plus que le glaucome, on le sait, n'est rien moins qu'une inflammation. Sur les vingt-neuf cas de glaucome sympathique relatés par Schirmer dans le travail précédemment cité, pas un ne peut être accepté sans discussion. Le glaucome sympathique n'existe pas au sens étroit du mot, mais certaines gens ont une prédisposition particulière au glaucome et une attaque sur le premier œil peut favoriser l'apparition de l'affection sur le second.

e. *Orbite anophtalme.* — On a rapporté quelques cas d'ophtalmie sympathique apparus un temps variable après l'énucléation du premier œil à la suite du port de l'œil artificiel. Tous sont sujets à caution.

Il faut d'ailleurs distinguer ici trois cas. Dans le premier, les troubles apparaissent rapidement, dans les quatre ou cinq premières semaines qui suivent l'énucléation, et il n'est pas sûr que le premier œil ne puisse être incriminé dans la genèse de l'infection.

Dans le second, l'orbite n'est pas complètement vide et contient encore un petit moignon scléral atrophique, résultat d'une exentération du globe par exemple. On peut alors observer des complications sympathiques inflammatoires, plus souvent irritatives (2).

Reste le cas où l'énucléation a été pratiquée depuis longtemps, plusieurs mois au moins, et où des troubles d'inflammation sympathique apparaissent à la suite du port de l'œil artificiel. Les observations rapportées sont, nous le répétons, sujettes à caution. On ne peut guère invoquer en faveur de la doctrine sympathique que la coexistence d'une

(1) F. Terrien. Sarcome de la choroïde compliqué de phtisie du globe oculaire, *Arch. d'ophtalm.*, p. 471, 1899.

(2) Nous en avons observé un exemple très net. Un volumineux corps étranger métallique ayant entraîné une panophtalmie du globe oculaire droit et nécessité l'exentération de cet œil, le malade revint quatre mois après avec des troubles d'irritation sympathique (asthénopies rétinienne et accommodative, photophobie, larmoiement, douleurs péri-orbitaires). En même temps, le petit moignon scléral à droite était douloureux à la pression. L'énucléation de ce moignon, pratiquée aussitôt sous le chloroforme, fit cesser définitivement tous ces symptômes.

inflammation survenue sur l'œil congénère plusieurs mois, ou plusieurs années auparavant. C'est peu pour étayer une telle opinion. Il est plus probable qu'il s'agit en pareil cas d'irido-choroïdite spontanée due à une infection endogène et n'ayant rien à voir avec la sympathie.

III

Epoque d'apparition des troubles sympathiques. — Avant de passer en revue les différents accidents pouvant apparaître sur le second œil et qui constituent les troubles sympathiques, il est important pour le diagnostic de rechercher l'espace de temps qui peut s'écouler entre leur apparition et la lésion du premier œil. La sympathie semblera d'autant plus probable que l'intervalle est minime.

Cet espace est d'ailleurs tout à fait variable. Le moment le plus dangereux pour l'éclosion des troubles sympathiques se place entre la deuxième et la sixième semaine après le traumatisme (Schirmer). Rarement ils apparaissent avant la quatrième semaine; on en a cependant rapporté quelques cas survenus à la fin du second septenaire. Ceux parus seulement après quelques jours demeurent très douteux.

Mais s'il est possible de fixer à quinze jours environ l'intervalle minimum pouvant exister entre la lésion du premier œil et l'apparition des accidents sur le second, nous ne connaissons pas encore la limite après laquelle ces derniers ne sont plus à craindre. Ils peuvent apparaître après quinze, vingt-cinq, trente ans. Nous en avons observé un cas où ils se déclarèrent trente-deux ans après la lésion du premier œil; dans une observation de Weeks, l'intervalle était de quarante-deux ans (1). On n'oubliera donc pas qu'un œil blessé, un leucome adhérent, ou un moignon atrophique demeuré tranquille et n'ayant jamais occasionné aucune douleur pendant de longues années est toujours capable à un moment donné de s'enflammer et de devenir le point de départ de troubles sympathiques.

Il est difficile d'en expliquer l'origine. L'œil enlevé montre d'ordinaire des foyers circonscrits d'inflammation récente; ailleurs, les phénomènes réactionnels coïncident avec l'ossification du moignon. Mais celle-ci, peut-être suffisante à elle seule pour déterminer des troubles irritatifs, ne peut être la cause déterminante de l'inflammation, toujours d'origine infectieuse.

Comment expliquer cette infection tardive? Les théories les plus diverses ont été proposées. S'agit-il du réveil d'une inflammation ancienne et peut-on admettre que des bactéries, demeurées longtemps au sein des tissus sans y déterminer aucune réaction, acquièrent tout à coup, sous des influences mal déterminées, une virulence nouvelle? L'hypothèse est peu admissible; une infection surajoutée venue de la cicatrice ou de tout autre point de l'économie semble plus probable.

IV

Manifestations sympathiques. — Les troubles sympathiques pouvant survenir sur le second œil après la lésion du premier revêtent des formes multiples. On peut néanmoins les ranger sous deux chefs : l'*irritation sympathique* et l'*inflammation sympathique*.

La première est caractérisée par des phénomènes réactionnels et névralgiques d'une intensité quelquefois considérable et pouvant atteindre les différents nerfs de l'œil, moteurs et sensitifs, avec diminution plus ou moins grande de la vision. Mais ces phénomènes, quelle que soit leur intensité, sont purement irritatifs, *jamais infectieux*, et disparaissent toujours avec l'énucléation de l'œil sympathisant.

L'inflammation sympathique revêt également des formes multiples d'intensité variable : irido-choroïdites, papillites, papillo-rétinites, etc., mais ces phénomènes sont à la fois inflammatoires et *infectieux* et ne sont guère influencés par l'énucléation de l'œil sympathisant.

Cette notion bien établie, étudions maintenant successivement ces deux formes.

Irritation sympathique. — Elle se manifeste par des troubles d'intensité variable : troubles sécrétoires, moteurs, troubles d'accommodation, douleurs névralgiques, photopsies, etc., qui apparaissent sur l'œil jusque-là indemne et peuvent atteindre tous les nerfs de l'œil. On peut donc les diviser en troubles sensitifs et sensoriels, troubles moteurs et sécrétoires, et troubles sympathiques.

a. *Troubles sensitifs.* — Ce sont des douleurs névralgiques intra et péri-oculaires, dues à l'irritation du trijumeau (branches ciliaires et branches terminales péri-orbitaires). Elles sont quelquefois accompagnées de photopsies. Ces névralgies ciliaires ne doivent pas être confondues avec les douleurs irradiées venues de l'œil sympathisant et qui semblent au malade partir de l'œil blessé et se propager le long du front vers le deuxième œil. Elles se calment ou disparaissent avec le repos absolu et l'absence de toute excitation, mais une lumière vive, un effort d'accommodation suffisent à les réveiller, ce qui semblerait indiquer qu'une cause d'irritation extérieure est nécessaire pour les produire, fait que nous avons assez souvent constaté. Elles pourraient cependant être spontanées (Laqueur, Vignaux, Mauthner).

b. *Troubles sensoriels.* — On peut les ranger sous deux chefs : l'*asthénopie sympathique* et l'*amblyopie sympathique*.

La première revêt des formes très diverses. Tantôt c'est une simple parésie ou faiblesse de l'accommodation ; elle apparaît après quelques minutes de fixation dans le travail de près et disparaît avec le repos de l'organe. Cette faiblesse peut s'accompagner de larmoiement, de photophobie et aller jusqu'à l'asthénopie rétinienne, qui n'est que l'exagération de l'état précédent (Liebreich, Laqueur). L'objet fixé s'estompe, se voile ou même disparaît complètement, la vision étant tout à fait supprimée pendant un temps variable. Ceci est à rapprocher de ce qu'on observe à l'état normal après une fixation longtemps prolongée du même point qui peu à peu s'estompe et est vu trouble, la rétine se fatiguant rapidement. Le phénomène est seulement exagéré ici et se produit sans aucun effort préalable. En même temps la photophobie peut être considérable (Hirschberg). On observe aussi quelquefois des phosphènes et la persistance des images rétiniennes (Cuignet).

L'amblyopie sympathique, très rare, est caractérisée par la diminution de la vision centrale avec rétrécissement concentrique du champ visuel. Très rarement on observe en même temps des scotomes. Comme pour la première forme, il s'agit ici de troubles purement irritatifs et ne doivent pas rentrer dans ce groupe les cas où une atrophie du nerf optique a été constatée en même temps (Nuel). Nous reviendrons plus loin sur ces derniers.

(1) Weeks. A case of symp. opht. occurring 42 years after the loss of the exciting eye; recovery, *New-York eye and ear infirmary Rep.*, 1894, II, p. 30.

c. *Troubles moteurs.* — Les plus fréquents se manifestent du côté de l'accommodation qui peut être paralysée, et le plus souvent parésiée. Le travail de près ne peut être soutenu longtemps et le sujet est obligé d'éloigner le livre ; les verres convexes n'apportent guère d'amélioration, car le plus souvent il existe en même temps de l'asthénopie rétinienne. Quelquefois, mais plus rarement, on observe un spasme du muscle ciliaire.

On a signalé aussi le myosis sympathique. Pagenstecher en a rapporté une observation remarquable dans laquelle le myosis, accompagné de larmoiement et de photophobie, n'était nullement influencé par l'atropine et disparut par la simple énucléation de l'autre œil (1).

On peut observer aussi des contractions toniques et cloniques du muscle orbiculaire, mais il s'agit là d'un simple phénomène de fatigue bien plutôt que de troubles d'irritation sympathique. Cuignet aurait observé du nystagmus apparaissant au moment de l'examen de l'œil (2).

d. *Troubles sécrétoires.* — Ils consistent en une hypersécrétion lacrymale apparaissant même sur l'œil au repos, mais exagérée par la lumière vive et le travail de près.

e. *Troubles sous la dépendance du grand sympathique.* — Ce sont des troubles vaso-moteurs, caractérisés par une injection péri-cornéenne ou conjonctivale ou par les deux à la fois. Ils sont à rapprocher des troubles légers qu'on peut observer à la suite de corps étrangers de la cornée, si on examine l'œil non atteint, et le mécanisme est identique. Enfin on a signalé des troubles trophiques consistant en un changement de couleur de quelques cils ou de tous les cils du côté sympathisé, qui deviendraient gris ou même blancs (Schenkel, Jacobi, Nettleship, Bock, Warren Tay) ; mais ceci est tout hypothétique. (*A suivre.*)

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE (DENTIER)

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE ; GUÉRISON

Par M. Léon Labbé,
Membre de l'Académie de médecine.

Le 20 mars 1895, le docteur Tison (de Chauny) me conduit un homme âgé de trente-cinq ans, qui dans la nuit avait avalé une pièce dentaire. Cet homme avait l'habitude, en s'endormant, de laisser fondre dans sa bouche une pastille de menthe, et le jour de l'accident, il fut subitement réveillé par une douleur à la base du cou, qu'il attribua d'abord à ce qu'il avait avalé sa pastille avant qu'elle ne soit complètement fondue. La gêne de la déglutition augmentant, ainsi que la douleur, et comme en même temps il se produisait nne suffocation violente et une angoisse très pénible, le malade se leva pour boire et ce n'est que fortuitement qu'il s'aperçut que sa pièce dentaire n'était plus en place, et qu'il pensa que c'était bien elle qu'il avait avalée. Le malade n'étant pas du tout soulagé par la déglutition de quelques gouttes de liquide, envoya chercher le docteur Tison, qui ne fit pas de tentatives d'extraction du corps étranger et ordonna au malade de prendre immédiatement un vomitif. Le malade absorba un vomitif à 1 gramme d'ipéca, et une dizaine de minutes après, les efforts de vomissements ne firent qu'accentuer les douleurs, les suffocations, ainsi que les efforts désespérés de déglutition que faisaient instinctivement le malade. Le docteur Tison, en présence de l'échec de son intervention, demanda à son client de se tenir prêt à partir immédiatement pour Paris.

A son arrivée à Paris, vers dix heures du matin, au moment où je l'examinai, la suffocation avait diminué notablement, probablement à cause de l'absence de tentatives d'extraciion depuis le moment où il avait pris le vomitif. Le malade accusait une douleur dans l'arrière-gorge et dans la poitrine, au niveau approximativement de la quatrième dorsale, les efforts instinctifs de déglutition, la salivation, etc., persistaient au même degré.

A l'examen du cou, on ne sent pas d'anomalie dans la consistance des parties profondes du cou, et rien qui puisse déceler le point exact du siège d'arrêt de la pièce dentaire ; la palpation profonde, à la base du cou, presque immédiatement au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule gauche, produit une douleur localisée. Quand, des deux côtés du cou, on cherche à insinuer l'extrémité des doigts dans la gouttière, formée par le sterno-mastoïdien et par la trachée, on ne sent pas le corps dur, rien d'anormal.

Je tente alors de faire l'exploration de l'œsophage et du même coup l'ablation, si possible, de la pièce dentaire, avec un cathéter spécial. Je pus ainsi constater que le corps étranger était fixé à la base du cou, à peu près à l'union de la septième cervicale et de la première dorsale. Les tentatives d'extraction par les voies naturelles ne furent pas couronnées de succès. Je n'insistai pas ; le malade, en effet, les supportait très mal et était pris immédiatement d'efforts de vomissements très pénibles et de suffocation. Il fut donc décidé que le malade se rendrait tout de suite à la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu et que je ferais l'ablation du corps étranger par l'œsophagotomie externe.

L'opération eut lieu à trois heures de l'après-midi, dix-sept heures après la déglutition accidentelle du corps étranger par le malade. Le malade fut chloroformé. L'œsophagotomie externe fut faite sans sonde conductrice dans l'œsophage, pour ne pas risquer de faire descendre la pièce dentaire plus profondément du côté de l'estomac. La trachée, du côté gauche, était déjà complètement à découvert, qu'il était encore difficile de sentir le dentier avec le doigt celui-ci s'étant fixé presque obliquement d'avant en arrière et de bas en haut. Le bord gauche de l'œsophage ayant été reconnu à l'aspect de ses fibres, il fut incisé au bistouri, sans que le dentier ait pu servir encore de point de repère.

L'issue de quelques bulles d'air mélangées à de la salive avertit de l'ouverture de l'œsophage, et l'incision fut agrandie, dans le sens longitudinal, aux ciseaux. Le doigt introduit dans l'ouverture œsophagienne permit enfin de se rendre compte de la position exacte de la pièce dentaire. J'introduisis une pince courbe par l'incision, et je pus saisir le corps étranger qui ne put être extrait qu'après que l'incision œsophagienne eût été agrandie pour la deuxième fois. L'incision se trouvait avoir environ 4 centimètres de longueur.

L'incision de l'œsophage fut suturée complètement au moyen de six sutures séparées au catgut nº 2. Les chefs de chacun des fils de catgut ne furent pas coupés mais gardés pour servir de drainage. Les parties superficielles furent suturées au moyen de huit sutures au crin de Florence. Par l'extrémité inférieure de la plaie sortaient les chefs des catguts formant drain.

La pièce dentaire était constituée par un ratelier complet à crochets pour maxillaire supérieur. Il était composé de cinq dents, deux incisives, la canine droite, la première molaire gauche et la deuxième molaire droite. La partie qui s'appuyait contre la voûte palatine avait 16 millimètres de largeur. Les dimensions transversales de la pièce allant d'un crochet à l'autre mesuraient près de 5 centimètres.

Les suites de l'opération furent très favorables. Le malade fut nourri les six premiers jours au moyen de lait et d'œufs délayés dans le lait, injectés au travers d'une sonde en

(1) Pagenstecher. *Klinische Beobachtungen*, Wiesbaden 1862.
(2) Cuignet. Ophtalmie sympathique, *Recueil d'ophtalm.*, 1878, p. 193.

caoutchouc rouge de Nélaton, introduite par la narine gauche et laissée à demeure. Au quatrième jour, au moment de l'ingestion de ces repas liquides, il sortit une très petite quantité de lait par la plaie du cou, ce qui indiquait que la plaie œsophagienne ne se réunissait pas sur toute la longueur. Le sixième jour la sonde fut retirée et replacée seulement pour les repas; il passait toujours une très petite quantité de liquide par la plaie. Le huitième jour, je recommande au malade de se pencher sur le côté droit au moment de ses repas; à partir de ce moment il ne passa plus rien par la plaie, qui se cicatrisa très rapidement. Le malade s'était trouvé très bien pendant tout ce temps, malgré ce léger inconvénient. La température ne monta jamais au-dessus de la normale.

Il quitta enfin la maison de santé complètement guéri seize jours après l'opération.

Les conclusions que l'on peut tirer de cette observation sont les suivantes :

1° D'abord éviter de donner au malade des vomitifs qui suffisent rarement à expulser le corps étranger, et qui ont le grave danger au contraire de faire contracter l'œsophage qui se meurtrit et peut même se perforer au contact du corps étranger. Cette notion est admise par tout le monde; il ne peut y avoir de discussion à ce sujet.

2° Ne pas insister outre mesure sur les tentatives d'extraction par la bouche, lesquelles ne sont pas toujours sans danger et ne réussissent pas toujours. Martin, sur une analyse de 167 cas, ne note que 40 succès.

3° Dès que l'on s'est rendu compte du siège d'arrêt du corps étranger, opérer le plus tôt possible par l'œsophagotomie externe, même si le corps étranger s'est arrêté dans la partie supérieure de la région thoracique, qui devient alors généralement accessible au moyen d'une pince courbe.

Dans son mémoire, Fischer relève 15 p. 100 de mortalité quand l'opération est faite avant le troisième jour, et 30 p. 100 de mortalité quand elle est faite après le troisième jour. La statistique de Fischer porte sur 108 cas, elle date de 1887. Il est à présumer que le taux de la mortalité serait considérablement abaissé, eu égard aux progrès de la thérapeutique opératoire depuis cette époque. La statistique de Fischer en 1887 dénote un progrès sur celle de Kœnig qui date de 1880 et qui cependant indique 26 cas de guérison sur 32 cas personnels.

4° Il n'est pas indispensable pour faire l'œsophagotomie externe d'employer la sonde conductrice de Vacca Berlinghieri. Celle-ci, d'ailleurs, peut n'être introduite et par conséquent servir, qu'en faisant courir certains risques, par exemple, celui de repousser le corps étranger du côté de l'œsophage.

5° Pour les sutures de l'œsophage, il est bon, je crois, comme il résulte des expériences de Colin (d'Alfort) relatées dans la thèse de M. Terrier (1870), de limiter les sutures de l'œsophage à la tunique muqueuse, bien que ce temps de l'opération soit difficile à faire à cause de la profondeur où l'on opère. On a accusé la suture de la tunique musculaire de ne pas tenir à cause des contractions réflexes, pendant la déglutition, de l'œsophage, contractions qui provoqueraient la section des parties suturées.

6° Je crois indispensable de mettre une sonde à demeure pour alimenter le malade; mais je préfère mettre une sonde naso-pharyngo-œsophagienne plutôt qu'une sonde introduite et fixée à la plaie du cou. La sonde introduite par le nez et fixée à demeure est très bien supportée, elle permet de plus une cicatrisation plus rapide de la plaie œsophagienne.

7° Enfin il serait très dangereux de ne pas drainer la plaie du cou jusque directement sur l'œsophage. Le drainage permet d'éviter, si les sutures œsophagiennes ne tiennent pas, les accidents de phlegmon profond du cou et de médiastinite qui ont été observés plusieurs fois à la suite de l'œsophagotomie externe.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(11 DÉCEMBRE 1901)

A propos de la discussion pendante sur les **plaies de la moelle**, M. Delbet a fait une série d'expériences intéressantes sur la section de la moelle avec ou sans ouverture de la dure-mère. La première question que se posait M. Delbet était de savoir dans quelle mesure intervenait le liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes de la moelle. C'est pour résoudre cette question qu'il fit, dans certains cas, la section de la moelle après avoir ouvert la dure-mère et que, dans d'autres, il sectionna la moelle entre deux ligatures comprenant la dure-mère. L'absence ou la présence du liquide céphalo-rachidien n'ont pas semblé modifier beaucoup les résultats de la section médullaire.

Après les solutions de continuité de la moelle, l'abolition des réflexes est la règle. On a prétendu, ajoute M. Delbet, qu'il ne fallait pas conclure des animaux à l'homme et que, chez ce dernier, les choses ne se passaient pas de même que chez le chien ou le lapin. M. Delbet n'admet pas ces distinctions et se croit parfaitement en droit de conclure que les choses se passent chez l'homme comme elles se sont passées, dans ses expériences, chez les animaux.

Il se livre, à ce sujet, à des considérations de haute philosophie dans lesquelles nous ne le suivrons pas.

On a dit que la continuation du cerveau avec la moelle était nécessaire, la moelle, par elle seule, n'étant pas capable de donner lieu à des réflexes. C'est la théorie de Bastian; théorie fausse si l'on s'en rapporte aux expériences faites par M. Laborde sur les suppliciés et dans lesquelles l'excitation de la moelle a donné lieu à des mouvements réflexes.

Chez l'homme, les réflexes sont complètement abolis après la section de la moelle. C'est là un fait maintes fois démontré par la clinique. On sait qu'une moelle sectionnée ne se répare jamais. Or, la suppression totale des réflexes indique-t-elle toujours la section complète de la moelle et, par ce fait, commande-t-elle l'abstention? Telle est la question pratique que cherche à trancher M. Delbet. Il a fait sur un un chien, la section partielle de la moelle; ce chien a présenté immédiatement une paraplégie complète et une abolition totale des réflexes. Après deux mois, il était complètement guéri. On aurait donc tort ici, se basant sur la paraplégie et la perte des réflexes, de diagnostiquer une section complète de la moelle. Un homme tombe de quatre étages, se fait, entre autres lésions, une fracture du radius et une fracture du corps de la dixième vertèbre dorsale; il a une paraplégie complète et, dès le lendemain, les réflexes sont totalement abolis. M. Delbet opère la réduction de la vertèbre fracturée. Le lendemain, on constate le retour de quelques mouvements volontaires. Ce malade meurt d'un phlegmon diffus consécutif à la fracture du radius et à l'autopsie on constate que la moelle est incomplètement sectionnée.

En résumé, M. Delbet termine sa communication par les conclusions suivantes : une moelle séparée du cerveau est susceptible de réflexes. La paraplégie absolue n'indique pas fatalement une section complète de la moelle; elle ne commande donc pas formellement l'abstention.

M. Routier apporte au débat l'observation suivante : un homme de vingt-deux ans tombe sur la nuque; une heure après l'accident, il est complètement paralysé dans toutes les parties du corps se trouvant au-dessous du cou. Pas le moindre réflexe. Il meurt quarante-huit heures après avec élévation de la température : on constate une luxation totale en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième. La moelle avait dû être fortement endommagée.

M. Terrier, étant élève à l'école d'Alfort et plus tard prosecteur à la Faculté, a fait de nombreuses expériences, en assistant M. Colin et en présence de M. Brown-Séquard, sur la section de divers faisceaux de la moelle. Il a souvent remarqué ce fait qu'avant même qu'on pût ouvrir la dure-mère, il y avait déjà de la paraplégie et cette paraplégie durait un certain temps. Prosecteur à la Faculté, M. Terrier préparait les cours de Longet; or Longet recommandait toujours de ne pas toucher la moelle des chiens en expérience quand on enlevait les apophyses épineuses, parce que le moindre attouchement de la moelle déterminait de la paraplégie.

M. Reclus rapporte l'histoire d'un officier qui, à la suite d'une chute de cheval, se fait une fracture des vertèbres dorsales, avec paraplégie complète et abolition absolue des réflexes. M. Chipault, consulté, porte un pronostic très grave. Après cinq mois, ce malade est complètement guéri; il regrette aujourd'hui d'avoir donné sa démission et exerce les fonctions de percepteur dans une commune importante.

M. Hartmann a pratiqué la duodénostomie sur une femme qui avait avalé un caustique et qui avait un rétrécissement et un étranglement de la région pylorique. Jusqu'ici, dans ces cas, on avait recours à la jéjunostomie sous prétexte que la première partie du duodénum est fixe. L'observation de M. Hartmann, la première suivie de succès, en France, prouve qu'on peut très facilement dans ces cas pratiquer la duodénostomie. Les indications de cette opération sont celles de la jéjunostomie.

Parmi les présentations, signalons un appendice contenant une épingle point de départ de l'appendicite, présenté par M. Felizet; une hernie ombilicale embryonnaire contenant la presque totalité du foie, présentée par M. Hue (de Rouen); une thrombose de la veine poplitée, occupant la ligne médiane, donnant toutes les apparences d'un kyste de la synoviale, opérée par M. Ricard.

Les difficultés d'interprétation de la radiographie continuent : M. Ricard montre une radiographie des poumons d'un malade atteint de fistule purulente de la plèvre gauche; un peu traîtreusement, il demande à ses collègues leur avis sur l'interprétation de cette radiographie et sur les indications opératoires qu'elle comporte; chacun de donner son avis, plus ou moins différent, après quoi M. Ricard apprend qu'il a opéré ce malade et qu'au lieu d'une petite cavité aplatie, il a trouvé une cavité énorme remontant jusqu'à la clavicule. Morale : Méfions-nous encore des radiographies.

REVUE DES THÈSES

Des néoplasmes prérotuliens, par le docteur O. Candegabe. (Paris, 1901.)

M. Candegabe a observé, dans le service de M. Launois, un cas de néoplasme prérotulien. Il a recherché dans la littérature médicale les cas analogues, et il tire de sa très intéresssnte étude les conclusions suivantes :

Lorsqu'on a affaire à une tumeur de la région prérotulienne, il faut toujours faire des réserves sur le diagnostic, et songer à la possibilité d'un néoplasme malin.

Le diagnostic devra être tranché par l'examen anatomopathologique; le microscope renseignera sur la nature de la tumeur.

L'étiologie a jusqu'à présent pour nous quelques secrets; toutefois, nous croyons que l'irritation produite par les frottements professionnels est facilitée par un processus sur la nature duquel on ne peut encore se prononcer. Nous nous bornerons donc pour le moment à émettre l'hypothèse d'un agent infectant.

Tout néoplasme prérotulien doit être extirpé; c'est là le traitement de choix.

Contribution à l'étude des adénomes du rectum, par le docteur Henri Jodin. (Paris, 1901.)

Les adénomes du rectum peuvent se rencontrer chez l'enfant et chez l'adulte.

L'enfant présente le plus souvent un polype mou, petit et bien pédiculé; l'adulte, au contraire, des tumeurs généralement plus grosses, plus dures et plus sessiles.

La cause de ces tumeurs reste encore à démontrer; l'influence des parasites, incriminée par quelques auteurs, n'est pas certaine.

Dans un certain nombre de cas, on a constaté de véritables polyposes du rectum, de l'S iliaque et même de tout le gros intestin.

La structure histologique paraît être à peu de chose près la même dans tous les cas.

Les symptômes sont constitués par des troubles mécaniques dans la circulation des matières, par des phénomènes réflexes, de la rectite et des rectorragies.

Quand le polype est procident, le diagnostic s'impose; mais, dans tous les cas, il faut faire le toucher rectal pour s'assurer du siège de l'implantation, ainsi que du nombre des tumeurs.

On peut observer une modification de l'état général rappelant de près la cachexie.

La récidive après extirpation est possible; mais c'est toujours une récidive sur place qui se fait aux dépens d'un reste de pédicule. Le pronostic, essentiellement bénin pour l'adénome pédiculé chez l'enfant, comporte des réserves beaucoup plus grandes chez l'adulle, surtout dans les cas de prolifération polypeuse tendant à se généraliser au gros intestin. Suivant beaucoup d'auteurs, on devrait craindre dans ces cas la dégénérescence maligne.

Le traitement consiste dans l'extirpation de ces adénomes, et le procédé à employer varie suivant le volume et surtout le siège plus ou moins élevé et le nombre des tumeurs. Les unes sont facilement abordables par les voies naturelles; les autres relèveront d'une intervention large, par la voie sacrée, le plus souvent.

Maladie osseuse de Paget chez l'homme et maladie du son chez le cheval; analogie de ces deux maladies, par M. le docteur René Barthélemy. (Paris, 1901.)

Pendant son stage dans le service de M. le professeur Poncet, l'auteur a eu l'occasion d'étudier le squelette d'un sujet atteint de la maladie osseuse de Paget. Sur les conseils de M. Dor, il a comparé ce squelette avec celui d'un cheval at-

teint d'une affection assez rare du système osseux, la maladie du son, et il a cherché si les deux maladies présentaient entre elles des analogies.

La maladie du son chez le cheval est peu connue; elle a été souvent confondue avec d'autres affections du squelette, et l'on n'en a point donné jusqu'ici de description d'ensemble. M. Barthélemy montre que par les lésions anatomiques et l'allure clinique qui lui sont propres, elle forme bien une entité morbide.

Il pense que la maladie de Paget et la maladie du son présentent de grandes analogies, d'après la similitude du processus anotomo-pathologique qui peut se résumer pour les deux cas dans la formule suivante : raréfaction et ramollissement de l'os ancien, édification d'os médullo-périostique nouveau.

Au point de vue clinique, les deux maladies ont des caractères communs. Toutefois la maladie du son frappe chez le cheval avec une préférence marquée les maxillaires, surtout l'inférieur, tandis que la maladie de Paget les respecte généralement chez l'homme. L'auteur pense cependant qu'il ne faut pas voir là une différence fondamentale, car le maxillaire inférieur du cheval est un véritable os long, s'ossifiant suivant les lois de l'ossification des os longs, tandis que chez l'homme il s'ossifie comme un os fibreux.

La maladie du son paraît se comporter comme une forme aiguë et juvénile de la maladie de Paget.

Au point de vue étiologique et pathogénique, le rapprochement est difficile à établir. En effet, si le développement de la maladie du son paraît dû à l'action combinée d'une alimentation trop pauvre en sels de chaux et d'un facteur morbigène encore indéterminé; les causes de la maladie de Paget sont d'autre part encore entourées d'une grande obscurité.

Le traitement reste sans effet dans les deux cas à la période moyenne de la maladie; mais, chez le cheval, on peut en enrayer le développement si, dès ses premières manifestations, on change le régime de l'animal et si l'on introduit dans sa nourriture une forte proportion de sels de chaux.

En raison des grandes analogies qui existent entre la maladie du son et la maladie de Paget, on est en droit de se demander si la genèse de cette dernière n'est pas, elle aussi, liée à un manque de sels de chaux, à la faveur duquel évoluerait un facteur morbigène encore inconnu, cause efficiente de la maladie. Ce défaut de sels calcaires résulterait soit de leur trop faible proportion dans l'alimentation habituelle des sujets atteints, soit d'un défaut d'assimilation de ces principes.

Ces considérations paraissent donc de nature à jeter un jour nouveau sur la pathogénie et le traitement de la maladie de Paget.

Quelques observations d'urétrites primitives aseptiques,
par le docteur André Burty. (Paris, 1901.)

On observe chez des sujets vierges de tout passé urétral des écoulements dans lesquels les examens microscopiques directs, les mieux conduits, ne permettent de trouver ni gonocoques ni aucune autre variété de microorganismes.

Ces urétrites reconnaissent des causes multiples; la plus fréquente est une infection des glandes de la prostate qui ne donne lieu à aucun symptôme et qui ne peut être révélée que par l'examen du liquide, obtenu par expression digitale en pratiquant le toucher.

Les symptômes et l'évolution clinique de ces urétrites diffèrent sensiblement de ceux de l'urétrite à gonocoques.

Le traitement consiste en lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, soit en lavages par pression simple, soit en lavages à la sonde. En cas d'infection persistante de la prostate, on aura recours à la méthode du gargarisme de la prostate de M. le professeur Guyon.

FORMULAIRE

Contre la grippe.

Antipyrine	2 grammes.
Teinture d'aconit	XII à XV gouttes.
Eau de tilleul	90 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	30 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures. (Grasset.)

L'ichthyol contre les brûlures.

Ichthyol	10 à 25 grammes.
Eau distillée	100 —

Usage externe. Dans les brûlures des premier, deuxième et troisième degrés, appliquer une bande constamment imbibée de cette solution. (Unna.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1),
par Gaston Lyon.

Peu d'ouvrages ont eu un succès comparable à celui dont M. Gaston Lyon vient de publier, moins de sept ans après son apparition, la quatrième édition.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car si la clinique thérapeutique est l'un des genres qui ont toujours été les plus utiles aux praticiens, l'ouvrage de M. Lyon est en outre d'une lecture facile et attrayante.

La quatrième édition comprend un certain nombre de chapitres nouveaux, parmi lesquels nous citerons ceux qui sont consacrés aux *accidents de la dentition*, aux *ulcérations des amygdales*, aux *abcès rétro-pharyngiens*, à l'*œsophagisme*, aux *œdèmes laryngés*, à *la syncope*, aux *phlébites*, à la *sclérose en plaques*, aux *tics*, aux *crampes*, aux *pseudo-rhumatismes infectieux*.

D'autres parties de cet ouvrage ont bénéficié d'une rédaction entièrement nouvelle, notamment les chapitres qui traitent des *végétations adénoïdes*, de l'*aérophagie*, des *dyspepsies et toxi-infections gastro-intestinales infantiles*, de l'*appendicite*, de la *tuberculose pulmonaire*, de la *grippe*, des *maladies de croissance*, etc.

En ce qui concerne l'appendicite, si l'auteur a exprimé, dans cette édition, des opinions différentes de celles qui sont exposées dans les précédentes, on ne saurait l'incriminer, non plus que les nombreux médecins et chirurgiens qui, avec le temps, se sont déjugés, et d'interventionnistes à outrance sont devenus ou redevenus sagement temporisateurs !

Partisan convaincu du traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire, M. Gaston Lyon a développé, avec plus de soin encore que par le passé, la partie de ce livre consacrée à ce traitement, et a insisté, sans omettre aucun détail, sur les moyens de mettre en pratique la cure d'air, dans toutes les circonstances, sous toutes les latitudes. Il donne notamment une liste très complète des stations d'altitude, en indiquant pour beaucoup d'entre elles, qu'il a lui-même visitées, leurs avantages et inconvénients respectifs.

Le chapitre consacré à la grippe a reçu de notables additions, justifiées par la fréquence de plus en plus grande de cette maladie, par la multiplicité des formes qu'elle peut revêtir et qui sont mieux connues aujourd'hui.

Si celui qui traite des maladies de croissance a été restreint, en revanche on a dû mentionner les applications inté-

(1) 4e édit., revue et augmentée. Gr. in-8° de 1540 p., relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

ressantes du traitement thyroïdien, à certains arrêts de développement, dus à l'atrophie du corps thyroïde.

Le formulaire qui termine l'ouvrage a subi les modifications nécessitées par l'adjonction de quelques médicaments nouveaux; mais, fidèle à la règle qu'il s'est imposée, l'auteur n'a mentionné que les médicaments d'une utilité incontestable.

Le lecteur trouvera en outre, dans cette quatrième édition, un tableau des principales eaux minérales françaises, avec l'exposé de leurs indications essentielles, en insistant sur celles de ces indications qui constituent pour ainsi dire la « spécialisation » de chacune de ces eaux.

Ce rapide aperçu des principales modifications apportées à ce livre montre que M. Gaston Lyon a mis tous ses soins à le tenir au courant de l'évolution incessante de la thérapeutique et qu'il a accentué encore son caractère pratique.

La léprose (1), par le docteur dom SAUTON.

« On a englobé, dit dom Sauton, sous le nom de *lèpre*, de nombreuses dermatoses, la gale, les maladies vénériennes et en particulier la syphilis, aussi a-t-on attribué souvent à la lèpre les ravages et la contagiosité de ces autres maladies avec lesquelles elle était confondue. Nous avons donc à corriger de grandes erreurs, à détruire des préjugés accumulés depuis des siècles et profondément enracinés dans l'opinion publique. C'est dans ce but et pour ces motifs que nous avons substitué au nom de *lèpre* celui de *léprose* représentant une *entité morbide parfaitement définie*. »

On sait que depuis de longues années dom Sauton s'est consacré à l'étude de la lèpre et qu'il a visité tous les pays ravagés par cette maladie.

Nul n'était donc plus qualifié que lui pour mettre au point la question de la lèpre qui est devenue toute d'actualité.

Après une étude historique et étiologique extrêmement complète, l'auteur donne une étude clinique fort remarquable de la maladie. Sans vouloir la comparer, à la syphilis, il se trouve amené à décrire à la léprose quatre périodes : l'incubation, l'infection, les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

Cette façon d'envisager la symptomatologie éclaire d'un jour tout nouveau la grave question de la prophylaxie et permet à l'auteur d'arriver à des conclusions aussi simples que pratiques et pleines d'actualité, tant dans nos colonies qu'en Europe.

Un dernier problème, celui de la thérapeutique, fournit au docteur Sauton l'occasion de rechercher les bases d'un traitement rationnel et scientifique; dans ce but, il étudie le mécanisme et les ressources de la bactériothérapie, de la sérothérapie, de la physicothérapie, de l'opothérapie et de la thérapeutique symptomatique.

Enfin une abondante bibliographie, la description d'un sanatorium modèle, des planches et des gravures ajoutent encore à la valeur de ce savant ouvrage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie de médecine. — La séance annuelle aura lieu mardi prochain 17 décembre.

Ordre du jour : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1901, par M. Vallin, secrétaire annuel; 2° Proclamation des prix, par M. Guyon, président; 3° Un adieu à la rue des Saints-Pères, par M. Jaccoud, secrétaire perpétuel.

Les portes seront ouvertes à deux heures, la séance commencera à trois heures.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 49e semaine, 975 décès, au lieu de 925 pendant la semaine précédente et au lieu de 949, moyenne ordinaire des semaines de décembre. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à être assez fréquentes.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès comme pendant la précédente semaine (la moyenne est 7). Le nombre des cas nouveaux est à peu près stationnaire (50 au lieu de 57).

La variole a causé 1 décès, au lieu de 2, 9, 3 et 4 pendant les semaines précédentes (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a un peu augmenté (30 au lieu de 21); de même que le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux (54 au lieu de 50).

La rougeole a causé 3 décès (au lieu de 9 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 4); la scarlatine 2, comme pendant la semaine précédente (au lieu de la moyenne 1); la coqueluche 6, comme pendant la semaine précédente (au lieu de la moyenne 4); la diphtérie, continuant son ascension, a causé 21 décès, au lieu de 18, 20, 11 et 7 pendant les semaines précédentes (la moyenne est 7); le nombre des cas nouveaux signalés à la préfecture de police augmente aussi (140, au lieu de 114, 123 et 77).

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 26 pendant la 48e semaine et au lieu de la moyenne 22.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 204 décès, au lieu de 171 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 32 (au lieu de la moyenne 24); pneumonie, 55 (au lieu de la moyenne 41); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 107 (au lieu de la moyenne 103), dont 40 sont dus à la congestion pulmonaire et 47 à la broncho-pneumonie. En outre 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 238 décès (chiffre qui n'avait pas été enregistré depuis le milieu de mai); la méningite tuberculeuse, 22 décès; la méningite simple, 10; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 52 décès; les maladies organiques du cœur, 62; le cancer a fait périr 52 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 20; enfin, 44 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cattelin (de Quiévy).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Vient de paraître, publié par la compagnie P.-L.-M., l'*Itinéraire de Marseille à Vintimille* sous la forme d'un dépliant donnant la carte en couleurs de la région traversée par la ligne qui dessert la Côte d'Azur, avec un texte de renseignements sur les villes et stations hivernales de cette ligne.

Cette publication est en vente, au prix de 0 fr. 25, aux bibliothèques des gares P.-L.-M., ainsi que dans toutes les gares et stations de la ligne de Marseille à Vintimille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies infectieuses, par G.-H. ROGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Porte-d'Aubervilliers, membre de la Société de biologie, 2 vol. in-8° de 1520 p. avec 117 fig. dans le texte. — Prix : 28 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guérison de la tuberculose, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. Un vol. gr. in-8°. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8°, raisin cart. à l'angl. Prix : 22 francs. — Paris, C. Naud.

N° 145. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1901. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT, par M. P. PUECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des affections gastro-intestinales des nourrissons, par M. LEVI-SIRUGUE, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés. — FORMULAIRE. L'acide trichloracétique dans le traitement de la fièvre des foins. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT

Par M. P. PUECH, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Tous les auteurs reconnaissent que les kystes dermoïdes sont, parmi les tumeurs kystiques dont l'ovaire peut être le siège, celles qui créent les plus grandes difficultés au travail de l'accouchement. Alors que le rapport habituel des dermoïdes aux autres kystes de l'ovaire est seulement de 3,5 p. 100 (Olshausen), cette proportion s'élève considérablement si l'on ne considère que les observations de kystes compliquant la puerpéralité : c'est ainsi que Vinay (1) donne la proportion de 18,6 p. 100; que Rémy (2) sur 257 cas en compte 58 de kystes dermoïdes ; que Mangin (3), qui a réuni 47 faits publiés postérieurement à la thèse de Rémy, en trouve 17 concernant des tumeurs dermoïdes.

La fréquence relative des kystes dermoïdes comme cause de dystocie s'explique facilement.

D'ordinaire, de volume médiocre, ces kystes restent volontiers dans l'excavation pelvienne, sans tendance à s'élever au-dessus du détroit supérieur. Ils sont souvent fixés aux organes voisins et aux parois de l'excavation par des adhérences solides. La nature de leur contenu, d'évacuation moins aisée que le liquide des kystes mucoïdes, les rend plus ou moins irréductibles. Enfin, ainsi que Fritsch (4) le fait justement remarquer, ils se rencontrent souvent chez des personnes jeunes, comme tumeurs congénitales.

Je me suis trouvé une fois aux prises avec les difficultés créées à l'accouchement par un kyste dermoïde de l'ovaire. Cette observation, dont mon élève Dravet a pris texte pour consacrer sa thèse inaugurale (5) à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire compliquant la grossesse, m'a paru digne d'être publiée en raison des enseignements qu'elle fournit.

P... (Julie), vingt-six ans, primipare, domiciliée à G...
Antécédents héréditaires et personnels excellents. Pas de maladies antérieures.

La menstruation s'est établie à l'âge de quatorze ans; depuis, elle s'est montrée toujours très régulièrement, durait de trois à quatre jours et était assez abondante en même temps qu'un peu douloureuse. Dans l'intervalle et de temps en temps, quelques pertes blanches.

Mariée depuis un an, elle est devenue grosse trois mois après. A part quelques varices qui se sont montrées sur le membre inférieur droit dès le quatrième mois, la grossesse a été absolument normale : il n'y a jamais eu de phénomène de compression, ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

Le samedi 5 mai 1900, dans la matinée, au terme de la grossesse, apparition des premières douleurs de l'accouchement. Ces douleurs restent faibles et espacées toute la journée; et ce n'est que le soir, que les douleurs devenant plus fortes, la sage-femme est appelée. Elle constate que le col et la partie fœtale ne sont pas accessibles.

Toute la nuit du samedi au dimanche et toute la journée du dimanche, les contractions utérines se produisent régulièrement et assez énergiquement; dans la soirée du dimanche, rupture spontanée de la poche des eaux. Le travail ne paraissant toutefois faire aucun progrès, on prie le médecin de la localité de venir voir la parturiente. L'examen auquel il se livra ne lui fournit que des constatations peu nettes : le col difficilement accessible lui parut dévié en avant et à gauche; l'excavation est occupée en arrière par une masse ronde et assez résistante; d'autre part, à travers le col, on avait la sensation de petites parties fœtales (mains ou pieds ?). Aussi, en me faisant appeler le lundi matin pour terminer l'accouchement, mon confrère croyait-il avoir affaire à une grossesse gémellaire avec un fœtus se présentant par le sommet, l'autre par le siège ou l'épaule.

Quand, à une heure de l'après-midi, je procédai, à mon tour, à l'examen de la femme, je fis les constatations suivantes :

Femme fatiguée, pouls à 104; température 37°2. Les contractions utérines sont faibles et espacées et permettent de pratiquer assez facilement dans leurs intervalles l'exploration de l'abdomen.

L'utérus, dont le grand axe est dirigé longitudinalement, a son fond très élevé. Au niveau de la région épigastrique, on perçoit très nettement le ballottement de la tête fœtale ; du côté gauche on sent le dos; à la région hypogastrique on trouve le siège du fœtus, un peu déjeté vers la fosse iliaque

---

(1) VINAY. *Maladies de la grossesse*, Paris 1894, p. 175.

(2) RÉMY. *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, Th. d'agrég., 1886.

(3) MANGIN. *La gynécologie*, 15 juin 1896.

(4) FRITSCH. *Traité clinique des opérations obstétricales*, traduct. de Stass, 1892, p. 238.

(5) DRAVET. Th. de Montpellier, 22 mai 1901.

gauche. En explorant profondément la fosse iliaque droite, on a une sensation de résistance assez grande.

L'auscultation m'apprend que le fœtus est vivant.

Après avoir fait placer la femme en position obstétricale et introduit dans la vessie une sonde molle qui n'amena que très peu d'urine, je pratiquai le toucher vaginal. A peine l'orifice du vagin franchi, le doigt tombe sur une tumeur remplissant aux trois quarts l'excavation pelvienne. Cette tumeur, arrondie, lisse, de consistance plutôt molle, n'offre pas de fluctuation; elle semble provenir de la paroi postérieure du bassin, et repousse fortement en avant vers le pubis la paroi postérieure du vagin. Le doigt glissé dans l'étroit canal qui existe entre la tumeur et le pubis arrive difficilement au niveau du col, haut placé, et qui me parut complètement dilaté; à travers le col je sentis très nettement un des pieds du fœtus.

Par le toucher rectal, je pus me rendre compte que la tumeur était complètement indépendante des parois de l'excavation.

Bien que la tumeur ne présentât pas la résistance fournie par les tumeurs solides, en l'absence de fluctuation, je pensai que j'avais affaire à un fibrome développé au niveau du segment inférieur de l'utérus.

Avec ce diagnostic, dans l'espoir que le cône pelvien du fœtus pénétrant dans l'excavation faciliterait le mouvement ascensionnel de la tumeur, j'allai saisir le pied que j'avais senti au niveau du col et, avec lui, j'abaissai le membre correspondant (membre inférieur gauche). La femme fut replacée dans son lit et nous laissâmes pendant deux heures agir les contractions utérines.

Au bout de ce temps, je constatai que la situation n'avait pas changé : la tumeur encombrait toujours l'excavation et le siège n'avait aucune tendance à s'engager. En raison de l'état de la femme je ne crus pas devoir différer plus longtemps l'intervention, et me mis en mesure de terminer l'accouchement.

J'essayai tout d'abord de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur : la femme placée sur une table et anesthésiée par mon confrère, j'introduisis la main gauche dans les voies génitales et, avec cette main, j'appuyai fortement sur la tumeur, tandis qu'avec l'autre je tirai sur le membre inférieur du fœtus précédemment abaissé. Ces manœuvres restèrent sans résultat.

Je me voyais dans la nécessité de pratiquer une opération césarienne, à laquelle j'avais beaucoup de peine à me décider, étant donné le milieu où je me trouvais, la longue durée du travail, la négligence jusqu'à l'arrivée du médecin des plus élémentaires précautions d'antisepsie.

Aussi, avant de l'entreprendre, espérant qu'en ce qui concernait la nature de la tumeur, j'avais peut-être commis une erreur de diagnostic, je pratiquai par le vagin une ponction. Cette ponction, faite avec un trocart ordinaire, amena l'écoulement d'un liquide puriforme (environ 5 ou 600 grammes) et l'affaissement presque complet de la tumeur.

Les voies génitales étant libres, je procédai alors à l'extraction du fœtus. La sortie du siège s'opéra aisément; le relèvement des bras rendit déjà plus difficile le passage des épaules; mais ce fut surtout pour extraire la tête dernière que se rencontrèrent les plus grosses difficultés. Quand enfin j'eus amené dehors cette tête, l'enfant, vivant jusque-là, avait succombé : c'était un garçon de très gros volume. Délivrance sans incident.

Les suites de couches ont évolué normalement. Au sixième jour, la malade attirait l'attention de son médecin sur une tumeur du volume du poing occupant la fosse iliaque droite et qui rapidement atteignait le volume que je lui trouvai le 1er août lorsqu'elle entra, sur mes conseils, dans le service de la Clinique obstétricale et gynécologique. Le vingt-et-unième jour, la malade s'est levée : pendant les premiers temps, elle éprouvait de la gêne pour marcher; il existait encore des douleurs dans l'abdomen, particulièrement au niveau de la région occupée par la tumeur. Pas de troubles de la défécation. La miction est un peu douloureuse à la fin. En juin et en juillet, menstruation normale.

Le 5 août, je pratiquai par la laparotomie l'ablation de la tumeur. Pas d'incidents opératoires. L'examen de la tumeur, qui avait le volume d'une tête d'enfant de cinq ans, montra qu'il s'agissait d'un *kyste dermoïde de l'ovaire droit*, renfermant de nombreux cheveux libres dans le liquide, mais pas de productions cartilagineuses et osseuses.

Quatre semaines après, la malade quittait le service complètement rétablie. Je l'ai revue dans les derniers jours du mois d'avril 1901 : les règles qui avaient eu lieu normalement depuis l'opération se sont montrées pour la dernière fois le 25 décembre. A l'exploration on constate un utérus gravide de trois mois (1).

I. Le premier point qui, dans cette observation, mérite de nous arrêter, est l'absence complète de troubles pendant tout le cours de la grossesse. Bien que la tumeur eût un volume assez considérable, à en juger d'après les difficultés de l'accouchement et le liquide évacué par le trocart, elle n'a donné lieu à aucun phénomène de compression; jusqu'au moment du travail, sa présence est restée absolument inaperçue, n'entravant en rien l'évolution de la grossesse.

Ce fait démontre une fois encore l'importance au point de vue obstétrical de la division des tumeurs ovariques en tumeurs extra-pelviennes et tumeurs intra-pelviennes : lorsqu'il s'agit de kystes abdominaux, la tumeur d'ordinaire considérable, ajoutant son volume à l'utérus gravide, détermine un développement du ventre tel, que des accidents peuvent surgir au cours de la grossesse; par contre, la filière pelvienne restant libre, la sortie du fœtus s'opère d'ordinaire sans trop de difficulté. Lorsqu'il s'agit de kystes intra-pelviens, pendant la grossesse les phénomènes seront peu ou point marqués; au contraire, pendant l'accouchement, si la tumeur ne remonte point au-dessus du détroit supérieur, elle produit un véritable rétrécissement qui empêche l'engagement du fœtus. C'est ce que Rémy a très heureusement résumé dans la formule suivante : aux kystes intra-pelviens les troubles, les accidents pendant l'accouchement; aux kystes abdominaux les malaises, les accidents pendant la grossesse.

II. Comme on l'a vu, nous avons commis, mon confrère et moi, une erreur de diagnostic, lorsque nous avons voulu déterminer la cause qui rendait l'accouchement difficile : le médecin traitant en croyant à la présence de deux fœtus, moi en prenant la tumeur pour un fibrome utérin.

De pareilles méprises sont loin d'être rares dans l'histoire des tumeurs pelviennes compliquant la puerpéralité.

En ce qui concerne notamment la confusion entre les kystes de l'ovaire intra-pelviens et les tumeurs fibreuses, il suffit de se rappeler les modifications que leur font subir la grossesse et le travail de l'accouchement, pour comprendre combien l'erreur est souvent difficile à éviter. Sous l'influence de la compression exercée par la poussée du muscle utérin, les kystes de l'ovaire acquièrent une tension considérable, qui leur donne les caractères d'une tumeur solide : partout se trouve cité le cas de Baudelocque, prenant un kyste dermoïde pour une exostose du petit bassin; Tar-

(1) Dans les premiers jours de novembre, cette femme a accouché normalement et à terme d'un enfant pesant 3900 grammes.

nier (1) racontait dans ses cours qu'il crut une fois avoir affaire à une tumeur fibreuse de l'utérus, alors qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, ainsi que le démontra l'autopsie de la femme morte dans les jours qui suivirent la délivrance. Inversement les fibromes utérins, ramollis pendant la grossesse, perdent leur consistance habituelle et peuvent même donner parfois la sensation d'une fausse fluctuation.

Aussi, bien que dans le cas présent la tumeur n'eût point offert au toucher la sensation qu'en dehors de la grossesse l'on trouve aux tumeurs solides, j'écartai tout d'abord l'idée d'un kyste de l'ovaire en raison de l'absence de toute fluctuation, et m'arrêtai au diagnostic de fibrome de l'utérus.

III. La ponction, comme dans la plupart des cas de ce genre, où le diagnostic reste hésitant entre une tumeur solide et une tumeur liquide, m'a fait reconnaître la nature de l'obstacle à l'accouchement. Elle a eu encore ce résultat précieux d'assurer la désobstruction de la filière pelvienne, consécutivement me permettre d'engager le siège du fœtus, jusque-là maintenu au-dessus du détroit supérieur et de terminer l'accouchement.

J'avoue ne m'y être décidé qu'en dernier ressort, après que mes tentatives de refoulement eurent échoué, alors que, croyant à une tumeur fibreuse, je me voyais dans la nécessité de pratiquer une opération césarienne.

Conseillée en pareils cas par bon nombre d'accoucheurs, la ponction du kyste par le vagin a cependant soulevé certaines objections. Heiberg (2) a produit une statistique défavorable et la redoute. Fischel (3) va jusqu'à conclure que des essais de reposition même forcés, malgré le danger de rupture, doivent être préférés à la ponction.

A la plupart des reproches formulés contre l'évacuation du kyste par le trocart ou par l'aspirateur, il est facile de répondre : Si la statistique de Litzmann, mise en avant par Fischel, donne sur sept cas deux morts maternelles, quatre puerpéralités très sérieusement compromises et un unique enfant vivant, celle de Playfair, basée sur neuf cas où la ponction fut le seul traitement employé, ne fournit, par contre, aucun décès maternel, et six fois l'accouchement se termina par la naissance d'un enfant vivant. Si jadis la ponction a été bien des fois le point de départ d'accidents d'infection, aujourd'hui, grâce à l'emploi des précautions antiseptiques, ces accidents sont devenus de plus en plus rares. Si la ponction ne suffit pas dans tous les cas, nombreux encore sont ceux où elle donne de bons résultats et où, en amenant la désobstruction totale ou partielle de l'excavation pelvienne, elle permet à l'accoucheur de faire par les voies naturelles l'extraction du fœtus.

En somme, comme l'avait remarqué Litzmann, à qui sa statistique n'a point inspiré les mêmes conclusions défavorables qu'à Fischel, la ponction d'un kyste ovarique par le vagin ne doit pas être rendue responsable de tous les accidents qu'on lui a plus ou moins légitimement attribués. Pour ma part, j'hésiterai à l'avenir beaucoup moins à y recourir, ne serait-ce que pour éclairer le diagnostic bien souvent incertain sur la nature de la tumeur pelvienne apportant obstacle à l'accouchement.

Il faut bien reconnaître, en effet, qu'au cas de kyste dermoïde de l'ovaire, la ponction peut ne pas suffire pour amener l'évacuation de la tumeur et lever l'obstacle. La constitution anatomique du kyste, la consistance particulière de son contenu expliquent les échecs observés en pareils cas; c'est pour éviter les ponctions blanches que M. Fochier a donné le conseil de se servir d'un trocart chauffé à une température au moins égale à 37 degrés, si l'on ne veut pas que le contenu graisseux du kyste, maintenu à l'état liquide dans la poche par la chaleur intérieure, se coagule au contact des parois froides du trocart. Pratiquée avec ces précautions, la ponction, si elle ne détermine pas à tout coup une diminution suffisante du volume de la poche, du moins fournira toujours des renseignements utiles au diagnostic.

Aussi est-elle indiquée, avant de prendre une décision thérapeutique, lorsque les tentatives de refoulement au-dessus du détroit supérieur auront échoué et que l'on conservera quelque doute sur la nature de la tumeur. Notre observation témoigne que, même avec un kyste dermoïde, elle peut servir, en outre, au résultat cherché : la désobstruction de la filière pelvienne.

(1) Tarnier. Cité par Rémy, *loc. cit.*, p. 112.
(2) Heiberg. Dissert. inaug., Copenhague 1881, et *Centralbl. f. Gynæk.*, 1882, p. 405.
(3) Fischel. *Prag. med. Wochens.*, 1884, p. 14-16.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[6 décembre (*suite*) et 13 décembre 1901]

Quelques communications n'ont pas trouvé place dans notre précédent compte rendu. Réparons cette lacune que les travaux de plus en plus nombreux lus à la Société médicale rendent presque fatale.

MM. Triboulet et Lippmann rapportent deux nouveaux cas de **leucémie myélogène.** Ces deux observations sont presque superposables tant elles offrent entre elles de points de contact : les chiffres des formules hémoleucocytaires diffèrent à peine de quelques unités. Dans l'un comme dans l'autre cas, seul l'examen du sang coloré a pu trancher un diagnostic que la clinique, avec ses seules ressources, ne suffisait pas à établir d'une façon péremptoire. Il était évident qu'une splénomégalie aussi marquée, survenant chez une malade ne présentant aucune tare paludéenne, syphilitique ou tuberculeuse, avec intégrité complète du système ganglionnaire, ne pouvait soulever que deux hypothèses. Tuberculose primitive de la rate et lymphadénie splénique. L'hématologie trancha le débat en démontrant d'une façon frappante la leucémie et son caractère myélogène.

L'histoire des manifestations pathologiques engendrées par la symbiose du bacille fusiforme de Vincent et des spirilles, n'est pas encore achevée, et surtout la fréquence relative d'accidents variés au cours de la maladie est indéterminée. M. Simonin a essayé de combler cette lacune, et a réuni cinq observations intéressantes de la lecture desquelles on peut conclure que le pronostic des complications de l'angine de Vincent, se confond avec celui de la streptococcie associée ou secondaire. C'est assez dire qu'il doit être circonspect et réservé. Si les éruptions polymorphes bénignes (maculeuses, papuleuses, noueuses, vésiculeuses, scarlatiniformes) et les arthralgies transitoires en forment l'appoint ordinaire, on peut observer plus exceptionnellement des manifestations purpuriques graves et étendues, des atteintes plus ou moins profondes des grands parenchymes, des séreuses viscérales, ou bien encore la septicémie généralisée.

La présence du bacille d'Éberth dans l'urine des typhiques n'est pas chose rare. Bouchard l'a signalée dès 1881,

puis Hueppe, Seitz, Chantemesse et Widal, Ribbert, Berlioz, Neumann, Karlinski, Enriquez. Plus récemment, Petruski, Richardson, Horton Smith et Neufeld, mieux armés pour caractériser le bacille d'Eberth depuis la découverte de la séro-réaction, ont étudié soigneusement cette question et ont insisté sur son importance au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Mais la coexistence avec cette bactériurie typhique de signes de cystite est beaucoup moins fréquente. En 1893, Melchior signale un cas de cystite assez sérieuse à bacilles d'Eberth; puis Blumer en 1895. Le premier travail d'ensemble sur la question a été fait par Curschmann. Enfin, tout récemment M. Vincent a fait connaître à la Société de biologie deux observations personnelles de cystite à bacille d'Eberth.

Dans l'observation que rapportent actuellement MM. Lévi et Lemierre, il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde à évolution bénigne. Au dix-neuvième jour de la maladie, alors que la température oscillait aux environs de 37 degrés, apparurent les phénomènes de cystite; douleurs en urinant, mictions fréquentes, un peu de sang à la fin de la miction, pyurie. Les urines étaient acides. L'examen bactériologique fit reconnaître dans l'urine des bacilles mobiles, ne prenant pas le Gram, aussi nombreux que dans un bouillon de culture. L'absence de coagulation du lait, du fait de ces microbes, leur agglutination par le sérum des typhiques, les caractères des cultures, démontrèrent que c'étaient des bacilles d'Eberth. Après l'ingestion de 2 grammes d'urotropine pendant six jours, les urines ne contenaient plus ni pus ni bacilles d'Eberth.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE

MM. Souques et Ribierre rapportent un cas d'**idées mélancoliques ayant entraîné le suicide dans un cas de fièvre typhoïde**. Une jeune femme, arrivée au 16e jour d'une fièvre typhoïde grave, se jette brusquement un matin par la fenêtre. Elle ne se tue pas sur le coup, et elle raconte avec toute sa lucidité, qu'elle a agi ainsi pour échapper à une conception mélancolique, à une sorte d'idée fixe qui la hantait. Pour la punir d'avoir uriné au lit, les infirmières, croyait-elle, voulaient lui « décoller les épaules » et la faire enterrer vivante. Elle se voyait sur la dalle d'amphithéâtre, les épaules décollées, condamnée à être enterrée vivante. Or, aimant mieux être enterrée morte, elle s'est précipitée par la fenêtre.

Les cas de suicide dans la fièvre thyphoïde ne sont pas exceptionnels, encore qu'ils soient rares. L'intérêt de l'observation précédente réside surtout dans le mécanisme psychologique qui a pu être reconstitué, dans le caractère suivi, onirique, somnambulique, de cette sorte d'idée fixe.

L'enseignement qui se dégage de ce fait c'est que les suicides de cet ordre pourraient être prévenus et évités. Il faudrait rechercher directement ou indirectement la nature des préoccupations délirantes des typhoïdiques. Si on y retrouve la trace d'idées suivies mélancoliques ou de persécution, il faut, sinon recourir à la suggestion, impossible en pareil cas, du moins redoubler de surveillance pour prévenir soit un suicide, soit un homicide.

M. Claude lit un mémoire sur l'**endocardite infectieuse suraiguë et sur l'endocardite infectieuse chronique**. La première observation est relative à un homme qui fut pris brusquement d'une dyspnée qui progressa rapidement, s'accompagnant de cyanose, de transpirations profuses, et d'albuminurie. La fièvre s'éleva à 40 et 41 degrés. Le tableau clinique fut celui d'une septicémie aiguë. La mort survint en moins de huit jours. Dans le second cas, la maladie dure neuf mois et débute après une première atteinte de rhumatisme. Pendant plusieurs mois, les seuls symptômes furent la faiblesse, l'anorexie, quelques poussées fébriles: puis survinrent de la diarrhée, des douleurs abdominales et des hémorragies intestinales. Pendant sa mort, les accidents aigus persistèrent, et lorsque la malade entra à l'hôpital on constatait un état cachectique très prononcé, une diarrhée intense et des hémorragies répétées, un souffle diastolique de la base ne se modifiant pas. On ne constata jamais de fièvre. La malade succomba et on trouva une endocardite végétante des valvules de l'aorte. Ce deuxième cas peut être considéré comme un exemple de toxi-infection, de toxhémie due à l'endocardite des valvules aortiques.

MM. C. Oddo et V. Audibert (de Marseille) lisent une note sur **la paralysie familiale périodique**. Ce syndrome très peu connu en France, à cause de son extrême rareté, peut se définir : un état le plus souvent, mais non constamment, héréditaire, caractérisé par une perte transitoire, périodique, plus ou moins généralisée des mouvements volontaires, avec suppression des réflexes tendineux, et troubles profonds des réactions électriques, sans atteinte de la sensibilité et de l'intelligence.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des infections gastro-intestinales des nourrissons.

Par M. Levi-Sirugue,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Le tube digestif est, chez le nourrisson, l'organe dont le fonctionnement est le plus facilement altéré; et l'histoire des entérites aiguës de la première enfance résume la plus grande partie de la pathologie du nourrisson. Normalement les selles à cette époque de la vie sont jaunes, demi-molles, non fétides, et on compte en moyenne deux selles par jour. Mais de multiples conditions peuvent venir altérer cet état physiologique. L'enfant, soumis à un allaitement artificiel par du lait qui n'est pas convenablement stérilisé le plus tôt possible après la traite, y est particulièrement exposé. La chaleur a sur ces accidents une influence bien connue et on sait la haute mortalité par diarrhée infantile des périodes très chaudes de l'été. Les enfants qui ont été sevrés trop tôt et dans ces périodes dangereuses peuvent en être atteints; de même ceux qu'on suralimente et qui reçoivent une nourriture disproportionnée avec leur jeune âge. Qu'il s'agisse des microbes hôtes ordinaires du tube digestif exaltés dans leur virulence ou de microbes étrangers introduits en masse avec les aliments, ou qu'il s'agisse plutôt de toxines que d'agents microbiens, peu nous importe ici au point de vue de la pratique et de la thérapeutique, qui est le seul que nous envisagions.

Entre les formes les plus bénignes et les plus graves des gastro-entérites il y a toute une chaîne ininterrompue de formes d'intensité moyenne. Dans les formes bénignes, il y a seulement une fréquence plus grande des selles, qui montent à cinq, six, ou plus, dans les vingt-quatre heures; elles deviennent selon les cas un peu verdâtres, selles panachées, ou sont blanches et fétides. Le ventre est manifestement douloureux, et avec ces accidents coïncide une légère hyperthermie. Bientôt si un traitement énergique n'intervient pas on voit s'ajouter des vomissements; l'enfant rejette le lait caillé presque aussitôt après son ingestion et l'état ne

tarde pas à s'aggraver par la survenue de complication broncho-pneumonique. Mais, enrayés à temps, ces accidents guérissent le plus souvent.

Beaucoup plus sérieux sont les troubles qui caractérisent la forme que l'on connaît depuis Trousseau sous le nom de *choléra infantile*. Ici les accidents se précipitent; les yeux sont excavés, les cris étouffés; les vomissements se répètent et l'enfant, pris d'une soif vive, se précipite avec avidité sur les boissons qu'on lui offre. Les selles sont formées par une sérosité verdâtre où nagent des débris solides qu'on a pu comparer à de la hachure d'épinards. Le ventre s'excave ou au contraire du tympanisme apparaît. La cyanose, le refroidissement indiquent l'imminence d'une terminaison fatale.

Il existe des entérocolites aiguës non moins graves où la diarrhée fait défaut; il s'agit vraiment d'un CHOLÉRA SEC (Hutinel), forme plus rare chez le nourrisson que chez les enfants déjà sevrés. Frappant des enfants de la classe riche suralimentés et constipés, cette affection débute par des vomissements, de la fièvre; les selles extrêmement fétides sont souvent sanguinolentes et deviennent tout à fait dysentériformes. Des phénomènes nerveux sont fréquents et réalisent un véritable méningisme; des érythèmes polymorphes ou purpuriques peuvent également s'observer.

Quelle que soit la forme clinique que revête une gastro-entérite aiguë au premier âge de la vie, la thérapeutique varie peu. Que ce soit un choléra avec catarrhe intestinal ou au contraire un choléra sec, peu importe, il s'agit toujours de phénomènes produits par la rétention de toxiques, et la conduite du médecin doit toujours viser à *supprimer d'une manière absolue l'apport de toxiques*, et à *faire éliminer ceux qui existent déjà*. La conduite varie peu, même s'il s'agit d'une forme légère; car ces petites entérites ne doivent jamais être négligées, surtout pendant la saison des chaleurs.

Pour *supprimer l'apport des substances toxiques*, il faut faire chez l'enfant ce qu'on ferait chez l'adulte en pareil cas: il faut instituer une diète sévère. Cette pratique si sage, déjà préconisée autrefois par Niemeyer, Trousseau, n'a que difficilement eu raison des préjugés du public et des médecins. Il semblait qu'il y eût danger de laisser à jeun un nourrisson, or le nouveau-né supporte très bien une privation d'aliments même assez prolongée à condition qu'on lui fournisse de l'eau en quantité suffisante pour empêcher la déshydratation de ses tissus, ce qui est surtout nécessaire lorsqu'il y a une diarrhée abondante. On mettra donc l'enfant dès le début des accidents à la *diète hydrique* et on la continuera tant que persisteront les symptômes graves. On donnera par cuillerées 25 grammes tous les quarts d'heure d'eau bouillie ou de l'eau légèrement sucrée, ou encore de l'eau albumineuse que l'on prépare en mettant deux à trois blancs d'œuf dans 1 litre d'eau bouillie. Dans les cas très graves, l'eau sucrée et l'eau albumineuse pourraient être l'origine de fermentations. Aussi leur préférera-t-on l'eau pure ou du thé ou du grog léger.

La diète hydrique sera prolongée pendant vingt-quatre heures au moins; on pourra la continuer au besoin pendant trente-six heures. Au bout de ce temps l'amélioration est en général assez manifeste, même dans les cas graves, pour qu'on puisse donner à l'enfant un peu d'eau panée ou du kéfir pendant quelques jours. S'il y avait une menace de reprise des accidents on reviendrait à la diète complète. L'enfant qui vomit supportera mieux les boissons froides ou même glacées.

La seconde indication est, comme nous avons dit, de *débarrasser l'intestin des produits en putréfaction*. Pour cela rien ne vaut les *grands lavages de l'intestin*, *l'entéroclyse*. La technique de cette opération est des plus simples. L'appareil se compose d'un réservoir, d'un tube de caoutchouc, et d'une sonde rectale. Le réservoir est un bock ordinaire d'une contenance de 2 litres, présentant à sa base un orifice où, par le moyen d'une petite tubulure, vient s'adapter le tube en caoutchouc de la grosseur du petit doigt et d'une longueur de 1 mètre et demi. Ce tube d'autre part se raccorde par le moyen d'un petit tube de verre long de quelques centimètres à la sonde rectale qui est une sonde de Nélaton n° 25 de la filière Charrière. Une pince mobile posée sur le tube fait l'office de robinet.

On procède ainsi. On dispose sous l'enfant une toile cirée. L'enfant est couché sur le dos, en travers du lit et au bord. La personne qui tient le bock fléchit les cuisses de l'enfant. On fait incliner légèrement à droite le bassin de l'enfant. On enfonce la sonde lentement et successivement; il est inutile de l'enduire de vaseline, il suffit qu'elle soit humectée. On l'enfonce de 20 centimètres et on peut facilement la sentir à travers la paroi abdominale dans le côlon.

L'aide élève le bock de 30 centimètres au-dessus du lit, l'opérateur avec sa main libre serre sur la sonde les parties cutanées et musculaires du périnée pour empêcher le liquide de sortir. Si le liquide cessait de descendre on élèverait un peu le bock.

Lorsque le bock est vidé, on dégage la sonde du tube de verre qui la relie à l'appareil. Le liquide sort alors en jet saccadé.

Le meilleur liquide pour ces injections est l'eau bouillie additionnée de 6 à 7 grammes de chlorure de sodium par litre, ce liquide est en effet moins nocif pour la muqueuse intestinale que l'eau pure. On pourrait lui substituer de l'eau de guimauve. Le liquide sera injecté à une température de 25 degrés; dans les cas où il y a une forte hypothermie on pourrait élever jusqu'à 38 degrés la température du liquide. On injectera de 1 à 1 litre et demi. Souvent on pourra se contenter de deux lavages par jour, un le matin, un le soir; dans les cas graves on pourrait les répéter toutes les quatre heures.

FORMULAIRE

L'acide trichloracétique dans le traitement de la fièvre des foins.

Le docteur Krause (de New-York) recommande la formule suivante :

Acide trichloracétique...............	1
Eau distillée........................	100

Deux à trois fois par jour à injecter dans le nez. L'auteur a, paraît-il, guéri plus de trente cas de fièvre des foins. L'amélioration se produit au bout de six à huit jours. (*Les Nouveaux remèdes*, 1901.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 DÉCEMBRE 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Teissier et Legry.

2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Mauclaire, Rémy et Lepage; — (2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Landouzy et Gaucher; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Legueu; — (2e série) : Kirmisson, Broca (Aug.) et Gosset; — M. Walther, suppléant.

MARDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Hartmann et Auvray.

3e (2e partie, nouveau régime), épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Chassevant.

1er (oral) : MM. Farabeuf, Quénu et Launois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Thiéry et Bonnaire.

3e (2e partie, ancien régime) *Hôtel-Dieu* : — MM. Hutinel, Achard et Jeanselme.

4e (nouveau régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez ; — M. Guiart, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Marion ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Gouget ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond, et Thiroloix ; — M. Renon, suppléant.

JEUDI 26 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Schwartz, Hartmann et Bonnaire ; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Raymond, Hutinel et Charrin.

4e (nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pouchet, Wurtz et Vaquez ; — *Salle Dubois* (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Desgrez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 27 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Netter, Gaucher et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Walther ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Jalaguier et Gosset ; — (2e partie) : MM. Hayem, Bezançon et Legry ; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 28 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Launois.

Médecine opératoire, *Salle Béclard*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Quénu et Remy.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Cornil, Joffroy et Vaquez.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Charrin, Langlois et Desgrez ; — M. Auvray, suppléant.

5e chirurgie (1re partie), *Beaujon* : MM. Berger, de Lapersonne et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Proust, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Widal, suppléant.

5e obstétrique (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de la médaille d'or de l'Internat (médecine).* — Le concours vient de se terminer de la façon suivante : médaille d'or, M. Lœper ; médaille d'argent, M. Guillain ; mention honorable, M. Poulain.

Concours de l'Internat. — Question écrite : « Anatomie du nerf médian ; — Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie du nerf facial depuis son émergence du bulbe jusqu'à sa terminaison. — Appareil ligamenteux de l'articulation du genou. — Signes et diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — Signes, complications et diagnostic de la luxation de l'épaule en avant. »

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Une chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de Paris. — Le conseil des professeurs de la Faculté a désigné en première ligne, par 31 voix sur 32 votants, M. Gilbert, agrégé, pour la chaire de thérapeutique vacante par le passage de M. Landouzy à la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Jaccoud, atteint par la limite d'âge.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — Par arrêté ministériel, un concours s'ouvrira le 16 juin 1902, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Prix Nobel. — Les prix Nobel de 200 000 francs chacun ont été attribués de la façon suivante :

Physique. — M. Röntgen (Bavière).

Chimie. — M. Van t'Hoff (Hollande).

Médecine. — M. Behring (Allemagne).

Rappelons à ce sujet que lorsque l'Institut de France attribua à M. Roux son prix de 100 000 francs pour la sérothérapie de la diphtérie celui-ci ne l'accepta qu'à la condition de le partager avec M. Behring.

Le prix de *la Paix* est partagé entre M. Frédéric Passy (de Paris) et M. Henri Dunant (de Genève), le promoteur de la convention de Genève.

Société médicale du IXe arrondissement. — Le bureau pour 1902 est composé de la façon suivante :

MM. Morel-Lavallée, président ; Ozenne, vice-président ; Dagron, secrétaire général ; Olivier, secrétaire général adjoint ; Barbellion et Guillemot, secrétaires des séances ; Duboys de Lavigerie, trésorier.

La Société française d'hygiène, sur le rapport de la commission du concours de 1901 : « Que doit-on boire ? Boissons bienfaisantes. Boissons à redouter, » vient de proclamer les lauréats de ce concours. Quinze mémoires avaient été envoyés.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

Médaille d'or : M. le docteur Dommartin, médecin-major à l'hôpital militaire de Batna (Algérie).

Médaille de vermeil : M. le docteur Bauzon, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à Chalon-sur-Saône.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Paquiello, à Melfi (Italie) ; Charles Valery, externe des hôpitaux de Paris ; E. Rigaux, professeur départemental d'agriculture à Mende (Lozère).

Medailles de bronze : MM. Léopold Joly, pharmacien à Paris ; Ch. Gérier, professeur à l'École normale d'Alençon (Orne) ; J.-B. Lavialle, instituteur à Sanas (Corrèze).

Les récompenses seront remises aux lauréats au banquet de la Société qui aura lieu samedi prochain, 21 courant, au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le docteur Ladreit de Lacharrière.

La laïcisation des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur de Belly, membre de la commission administrative des hospices civils de Marseille, vient, à la suite de la délibération du conseil municipal ordonnant la laïcisation des hôpitaux, d'adresser sa démission au préfet des Bouches-du-Rhône par une lettre où il formule ses griefs : « L'expulsion votée des sœurs de charité, dont je me suis toujours honoré d'être le défenseur — bien qu'appartenant au culte réformé — expulsion que rien à mon avis ne justifie, si ce n'est le besoin de réclame électorale et le désir de chasser des hospices le dévouement inspiré par l'idée religieuse, quelle qu'elle soit ; le perpétuel renvoi de la question si importante pour les hospices et pour Marseille de l'installation à la Rose d'un hôpital de contagieux ; les retards encore plus inexplicables de la construction de l'hôpital Salvator pour les convalescents à Sainte-Marguerite ; la mainmise par le conseil municipal sur la vieille Charité et ses annexes, à des conditions qui, si elles étaient acceptées, constitueraient, à mon avis, pour la commission, un oubli des véritables intérêts financiers des hospices, etc., etc. »

Erratum. — M. le docteur Baldet (de Paris) dont, à la suite d'un certain nombre de confrères de la presse médicale, nous avons par erreur annoncé la mort, nous prie de dire qu'il est bien vivant. Nous sommes heureux de rectifier notre erreur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 146. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1901. — N° 146

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — UN CAS DE CHORÉE ÉLECTRIQUE (VARIÉTÉ DE TIC CURABLE JUVÉNILE), par M. G. VARIOT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Un adieu à la rue des Saints-Pères; — Prix décernés en 1901. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. Prix décernés en 1901. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

UN CAS DE CHORÉE ÉLECTRIQUE

(VARIÉTÉ DE TIC CURABLE JUVÉNILE)

Par M. G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Il s'agit d'une fillette de onze ans et demi, présentant une variété de tic tout à fait singulière et parfaitement distincte de la chorée de Sydenham; en étudiant de près la localisation et la limitation des mouvements cloniques, leurs caractères spéciaux et surtout leur brusquerie et leur uniformité, nous avons identifié ce tic juvénile à l'affection décrite depuis Hénoch sous le nom de *chorée électrique.*

Cette expression imagée évoque à l'esprit l'idée d'une affection sérieuse avec de grands troubles moteurs et, à cause de cela même, elle paraît vraiment défectueuse; tous les médecins, et ils sont nombreux, qui n'avaient jamais vu auparavant de chorée électrique et qui ont examiné cette enfant ont éprouvé une véritable déception : volontiers ils auraient dit : « N'est-ce que cela la chorée électrique? »

Et, cependant, on ne saurait conserver aucun doute sur le diagnostic, en lisant l'observation clinique ci-dessous relevée par M. Roy, interne de mon service; on reconnaîtra trait pour trait la description donnée par Hénoch lui-même dans ses leçons cliniques.

La dénomination de chorée électrique ne correspond donc pas bien à l'état morbide qu'elle désigne. Ce n'est en réalité qu'un tic curable qui atteint spécialement les enfants et qui a guéri aussi bien par le tartre stibié (Bergeron) que par les courants continus (Cadet de Gassicourt). Mais on a proposé tellement de noms divers pour remplacer celui de chorée électrique que le plus simple est encore de garder ce terme malgré son imperfection. La multiplicité des dénominations pour un même objet crée toujours la confusion.

Notre petite malade, âgée maintenant de onze ans et demi, est venue consulter à l'hôpital des Enfants pour des tics dans la figure.

Il est bien difficile d'avoir sur son hérédité des renseignements un peu exacts; le père serait mort tuberculeux; la mère bien portante aurait eu de plusieurs mariages onze enfants dont quatre seulement seraient encore vivants. D'ailleurs notre petite malade n'est guère demeurée auprès de sa mère qui l'a confiée successivement à plusieurs personnes et qui est incapable de fournir des renseignements précis sur l'intelligence et le caractère de son enfant, non plus que sur les affections antérieures : rougeole à quatre ans(?), fièvre typhoïde à neuf ans.

Élevée dans des milieux aussi misérables, l'enfant n'a été à l'école que très irrégulièrement et pendant trois années : elle sait lire et écrire, mais elle est peu avancée dans la connaissance de la table de multiplication. Toutefois son développement intellectuel ne paraît pas sensiblement inférieur à celui de la plupart des enfants de son âge.

Les tics qui l'ont amenée à l'hôpital auraient débuté en octobre dernier à la suite d'une émotion.

En une histoire assez confuse l'enfant raconte qu'une demoiselle ayant voulu la frapper, elle a pris peur et qu'elle a commencé à remuer.

Les mouvements involontaires semblent assez exactement limités à la tête, au visage, au cou, à l'épaule et au membre supérieur droit. De temps en temps, à des intervalles très variables (trente secondes jusqu'à deux, trois et cinq minutes), une grimace apparaît sur la figure. Les deux yeux se ferment par une contraction énergique de l'orbiculaire des paupières, les commissures labiales sont abaissées; tous les muscles peauciers de la face semblent entrer en jeu dans cette grimace très subite. En même temps le membre supérieur droit est animé d'une secousse brusque qui, partant de l'épaule, gagne l'avant-bras et la main. Enfin, si l'on enlève la chemise, on constate que la grimace du visage et le mouvement du bras droit s'accompagnent de petites secousses musculaires dans la région de la nuque et dans les muscles postérieurs de l'épaule du côté droit.

A ce niveau, en particulier sur les muscles trapèze et rhomboïde, on voit se produire une série d'ondulations fibrillaires ou plutôt fasciculaires qui parcourent ces muscles de dedans en dehors, de la ligne des apophyses épineuses vers le moignon de l'épaule, et qui sont, en effet, très comparables aux secousses musculaires produites par l'excitation faradique. Pendant la courte durée de ces secousses involontaires qui animent la face, la nuque et le bras du côté droit, les autres muscles du corps restent au repos. Néanmoins, même dans l'intervalle de ces mouvements, il est difficile d'obtenir une immobilité absolue chez cette enfant, qui semble avoir une sorte d'inquiétude mus-

culaire, se traduisant surtout aux pieds et aux orteils qui se meuvent lorsqu'on l'examine au lit.

Nous avons dit que l'intervalle séparant les mouvements cloniques localisés était très variable; l'émotion, l'examen, semblent augmenter leur fréquence; les mouvements volontaires exercent plutôt une action d'arrêt; les secousses disparaissent pendant le sommeil. Jamais elles ne sont assez fréquentes pour gêner la malade dans un petit travail de broderie auquel elle s'occupe; l'écriture même n'est pas troublée, l'enfant prenant la précaution de soulever son crayon au moment où la secousse involontaire du bras droit risquerait de produire une déviation de la main. La force musculaire est conservée, les réactions électriques et les réflexes sont normaux.

Nous avons recherché les troubles de la sensibilité et les stigmates hystériques : il n'y a pas d'abolition des réflexes palpébral et pharyngien ; le champ visuel n'est pas rétréci. Mais la pression des régions ovariennes s'accompagne à droite et à gauche d'une hyperesthésie très marquée. De plus, la malade présente dans toute la moitié gauche du corps une hypoesthésie notable. Tous les autres appareils paraissent fonctionner normalement.

Cette petite malade est soumise au traitement hydrothérapique et à un régime tonique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 17 décembre 1901.
Présidence de M. Guyon.

La séance annuelle de l'Académie a eu lieu hier devant un public d'étrangers assez nombreux; mais les fauteuils réservés à MM. les membres étaient bien peu occupés. Les absents se sont privés d'un grand plaisir, celui d'entendre les adieux de M. Jaccoud aux vieux murs de l'Académie.

Sous ce prétexte d'adieux, M. le secrétaire perpétuel a, dans un langage plein de charme et d'élévation, retracé l'histoire de la médecine dans ces quarante dernières années.

Lorsque, il y a une cinquantaine d'années, l'Académie quitta la rue de Poitiers pour venir s'installer rue des Saints-Pères, on reconnut bientôt l'insuffisance et l'incommodité de ce nouveau local, et il fut décidé qu'on en changerait. Dès lors, tous les ministres et tous les chefs de l'Etat qui se sont succédé ont été saisis de la question, et cette mémorable légende de l'Académie en quête d'un domicile peut se résumer en trois mots : démarches, doléances, espoir.

Les promesses ministérielles ne datent pas d'hier, car, en 1863, Duruy, alors ministre de l'Instruction publique, assista à la séance annuelle et y prit la parole pour reconnaître que cette enceinte était vraiment indigne de l'Académie, qu'il intéresserait l'empereur à cette question et qu'on trouverait moyen de remédier à cet état de choses!

Que de projets! que de plans! que d'études! pour aboutir à quoi? à un *statu quo* de plus en plus définitif. Notre antique et pauvre asile, dit M. Jaccoud, nous réunit encore une fois de plus aujourd'hui! Qu'était-il? Une modeste chapelle d'hôpital. Qu'est-il devenu? Un temple dans lequel se sont accomplis les plus étonnants miracles. M. Jaccoud nous retrace alors l'histoire de cette Académie; il rappelle les brillantes discussions d'antan; il fait revivre devant nous les puissants orateurs qui ont illustré cette tribune, Bouillaud, Trousseau, Malgaigne, Guérin, etc. A M. Jaccoud mieux qu'à tout autre, il appartenait de laver ces éloquents académiciens du reproche qui leur a été fait de trop sacrifier à la phraséologie et il nous a montré lui-même, une fois de plus, que l'éloquence ne nuit en rien à la science.

Arrivant à Villemin et à son immortelle découverte de l'inoculabilité de la tuberculose, il rappelle que c'est sur cette découverte, qui a précédé de seize ans celle du bacille de Koch, que sont fondées toutes les lois actuelles de la prophylaxie de la tuberculose.

Peu de temps après sont venues les discussions sur les pansements des plaies. Tous les chirurgiens, alors, recherchaient les moyens de mettre les plaies à l'abri de l'air, d'où les pansements de Chassaignac, de Jules Guérin, d'Alphonse Guérin, mais Pasteur vint et la lumière a lui.

Nous regrettons que le manque de place nous empêche de reproduire ici ce nouveau panégyrique de Pasteur, l'un des plus sobres, des plus justes et des plus éloquents que nous ayons entendus. Relevons-y toutefois cette note bien particulière sur laquelle a insisté M. Jaccoud et qui n'a jamais été suffisamment signalée dans les éloges officiels de Pasteur, c'est que, dans toute son œuvre, il s'est toujours montré vitaliste.

M. Jaccoud rappelle ici en détail les merveilleuses recherches de Pasteur sur le charbon, sur le choléra des poules, sur la rage. Il nous fait un merveilleux tableau de cette rénovation de la médecine.

On conçoit, après un semblable exposé des travaux dont a été le théâtre cette misérable enceinte, que ce ne soit pas sans quelque émotion qu'on dise adieu à ces vieux murs menaçant ruine. C'est ce qu'a fait M. Jaccoud avec une éloquence qui ne nous a pas surpris, mais qui nous a charmés.

PRIX DÉCERNÉS EN 1901

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.* — L'Académie décerne le prix MM. le docteur Lamy, médecin des hôpitaux, et Bruandet, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Alvarenga (800 francs). — Un prix de 500 francs est décerné M. le docteur Hébert (d'Audierne). Des encouragements avec une somme de 150 francs sont accordés à MM. les docteurs Oui, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et Maurice Péhu, sous-directeur du bureau municipal d'hygiène de Lyon.

Prix François-Joseph Audiffred (Un titre de 24000 francs de rente). — L'Académie accorde : un encouragement de 1000 francs à M. le docteur G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Barbier (2000 francs). — Le prix est décerné à M. J. Lignières, chef de travaux à l'École vétérinaire d'Alfort.

Prix Mathieu Bourceret (1200 francs). — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un encouragement avec une somme de 200 francs est accordé à M. le docteur Victor Veau (de Paris).

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; A. Coyon et Oswalt (de Paris).

Prix Adrien Buisson (10 000 francs). — L'Académie partage le prix, attribuant : 6000 francs à M. Leclainche, pro-

fesseur à l'école vétérinaire de Toulouse, et 4 500 francs à M. le docteur Jayle (de Paris).

PRIX CAPURON (1 000 francs). — Question : *De la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est causée par le cancer et par les corps fibreux.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Larrieu (de Montfort-l'Amaury).

PRIX CHEVILLON (1 500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1000 francs à M. le docteur Lardennois (de Reims) et 500 francs à M. le docteur Émile Legrain (de Bougie).

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.* — Le prix est décerné à M. le docteur Raoul Leroy, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Évreux. Une mention honorable est accordée à M. le docteur L. Croustel, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Quimper.

PRIX CLARENS (400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople.

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 500 francs à M. le docteur G. Chavannaz, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; 300 francs à M. le docteur Mériel (de Blagnac), chef de clinique chirurgicale de Toulouse, et 200 francs à M. le docteur J. Manuel (d'Oran).

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : une récompense de 400 francs à M. le docteur Ernest Barié, médecin des hôpitaux de Paris ; des récompenses de 300 francs à MM. les docteurs Maurice Bize de Paris, Paul Garnier et Paul Cololian (de Paris) et Paul Gouzien, médecin principal des colonies ; des mentions honorables à MM. les docteurs A. Péguricr (de Nice) et P. Pujade (d'Amélie-les-Bains).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1901, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 300 francs à M. Faure, pour son rapport sur Lamalou et les ataxiques ; 500 francs à M. Cadol, pour son rapport sur les boues de Balaruc ; 1700 francs à M. Gauchery, pour sa mission sur les eaux minérales de l'Ariège et son rapport sur les eaux minérales de l'Aude, et 1 500 francs à M. Du Pasquier, pour sa mission sur les eaux et boues minérales de la région de Dax et en général du Sud-Ouest.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Robert Proust (de Paris) ; des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Alexis Carrel (de Lyon) ; G. Gros (de Nancy) ; Victor Veau (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN (3 000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 1 500 francs, à M. le docteur Cl. Philippe (de Paris). Un prix de 800 francs à MM. Pierre Duval et Georges Guillain, internes des hôpitaux de Paris. Elle accorde, en outre, comme mention honorable : 400 francs à M. le docteur Georges Constensoux (de Paris) et 300 francs à M. le docteur J.-B. Gélineau (de Paris).

PRIX HUGO (1000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 500 francs à Mlle Mélanie Lipinska, docteur en médecine, à Odessa (Russie) ; un prix de 500 francs à M. le docteur Paul Triaire (de Tours) ; un prix (sans argent) à M. le docteur Edward Ehlers (de Copenhague). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Paul Pifteau (de Drémil-Lafage) ; A. Bos (de Marseille) ; Cabanès (de Paris) ; A. Beauvois (de Neuilly-sur-Seine) ; Langlet (de Reims) et Coquerelle (de Beauvais).

PRIX HUGUIER (3000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs J.-A. Doléris et R. Pichevin (de Paris).

PRIX JACQUEMIER (1 700 francs). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 2500 francs à MM. les docteurs Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin-major de deuxième classe ; un prix de 1 500 francs à M. le docteur P. Redard (de Paris) ; une mention honorable avec une somme de 1 000 francs est accordée à M. le docteur Jaboulay, agrégé, chirurgien en chef de l'Hôtel Dieu de Lyon.

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Lowenthal (d'Anizy-le-Château). Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur Ipin Salanoue, médecin de première classe de la marine, à Konakry (Guinée française), et Mme Turquan (de Lyon).

PRIX LAVAL (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. Léon-Auguste Giroux, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur G. Dumas (de Paris). Elle accorde une mention honorable à M. le docteur F. Farnarier (de Paris).

PRIX LOUIS (3000 francs). — Question : *Des médications thyroïdiennes.* — Le prix est décerné à M. le docteur H. Cristiani et Mme le docteur A. Cristiani (de Genève). L'Académie a accordé en outre une mention très honorable à M. le docteur Gabriel Gauthier (de Charolles). Une citation, à titre d'encouragement, à M. le docteur Briquet (d'Armentières).

PRIX MÈGE (900 francs). — Question : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.* — Le prix est décerné à M. le docteur Charles Gandy (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Louis Raulin (de Bordeaux) et Riccardo Dalla Vedova (de Rome).

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2 600 francs). — L'Académie décerne un prix de 1 800 francs à M. le docteur A. Druault (de Paris). Un encouragement de 800 francs à M. le docteur Paul Petit (de Rouen). Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur E. Nicolas, vétérinaire en 2e au 18e escadron du train des équipages militaires à Bordeaux, et G. Sourdille, professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1 500 francs). — L'Académie partage le prix en attribuant 1 000 francs à M. le docteur Emile Brumpt (de Paris) et 500 francs à M. le docteur Romary, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran. Des mentions honorables sont accordées à M. Paul d'Enjoy, substitut du procureur de la République au Havre, MM. les docteurs Lucien Raynaud (d'Alger), Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur à Constantinople, et Tostivint, médecin-major de deuxième classe.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — Le prix est décerné à M. Alexandre Hébert, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX OULMONT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Emile-Auguste Lereboullet, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Des lésions des centres nerveux causées par la toxine tétanique.* — Le prix est décerné à M. le professeur Andrea Zinno, directeur du laboratoire médico-micrographique de la ville de Naples.

PRIX POURAT (700 francs). — Question : *La circulation du sang dans le poumon.* — L'Académie n'accordant pas de récompense remet la même question au concours pour 1904.

PRIX PHILIPPE RICORD (600 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs F. Bezançon et V. Griffon et M. L. Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Louis Deck (de Ville-en-Tardenois) et Louis Dieupart (de Paris).

PRIX VERNOIS (700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Vaillard, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce. L'Académie accorde en outre : une mention très honorable à MM. les doc-

teurs A. Kermorgant, inspecteur général du service de santé des colonies, et G. Reynaud, médecin du corps de santé des colonies; et une mention honorable à MM. les docteurs Sersiron (de Paris) et Dumarest (d'Hauteville).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant les années 1899-1900 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Labat (de Paris).

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Philbert, médecin des eaux de Brides et Salins-Moutiers.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs P. Guyénot, médecin consultant à Aix-les-Bains; Jean Lobit, médecin consultant à Biarritz, et J. Nicolas, medecin consultant au Mont-Dore.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs C. Barbaud (de Paris); E. Censier, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne; F. Chiaïs, médecin consultant à Evian-les-Bains; E. Duhourcau, médecin consultant à Cauterets, et G.-E. Frédet, médecin consultant à Royat.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Berthier, médecin-major de première classe à Amélie-les-Bains; P. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux; F. Déléage, médecin consultant à Vichy; Léon Leriche, médecin consultant aux Eaux-Bonnes; H. Pelon, médecin des eaux de Bagnères-de-Luchon, et A. Sarazin, médecin consultant à la Bourboule.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1900 :

1° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Fiessinger (d'Oyonnax), Hébert (d'Audierne), Manouvrier (de Valenciennes), Pennetier (de Rouen).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bordas (de Paris), Grall, médecin-inspecteur du corps de santé des colonies à Paris), et Kermorgant, inspecteur général du service de santé des colonies à Paris.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs André (de Toulouse), Boquin (d'Autun), Comte, médecin-major de première classe, àl'hôpital militaire de Nancy; Fleury (de Saint-Etienne) et Vergely (de Bordeaux).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Berlioz (de Grenoble), Cambouliu (de Port-Saïd, Égypte), Frottier (du Havre), Oberlé, médecin aide-major de première classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr, Pilet, médecin principal de deuxième classe à Arras; Queirel (de Marseille) et Schrapf, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bauzon (de Chalon sur-Saône), Courtade (d'Outarville), Faidherbe (de Roubaix), Famechon, médecin-major de première classe, à la Légion de la Garde républicaine, à Paris; Ficatier (de Bar-le-Duc), Foucault (de Fontainebleau), Gorez (de Lille), Hoël (de Reims), Mantel (de Saint-Omer), Pujos (d'Auch) et Schwartz, médecin de la colonisation de la commune mixte d'Aïn-el-Ksar, à El-Madher.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bazin, médecin-major de deuxième classe au 88e d'infanterie à Mirande; Beaujolin (de Saint-Symphorien), Bodin (de Rennes), Brion (de Meaux), Brisson (de La Palisse), Colin (de Quimper), Desgranges (de Marchenoir), Dezautière (de La Machine), Dupuy (de Moissac), Féa (de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or), Koziell, médecin de colonisation à Oued-Marsa (Constantine); de La mallerée (de Varennes), Lemarchand, médecin-major de première classe au 55e d'infanterie à Aix; Magé (de Loudun), Soula (de Pamiers), Tétau (de Gesté).

M. Loncq, secrétaire du conseil départemental d'hygiène publique à Laon.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Caron (de Dieppe), Lafforgue, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Tébessa; Lecoq (d'Yvetot), Marquezy (de Neufchâtel), Poujol, médecin de colonisation à Aïn-Bessem (Alger); Subercaze (de la Ferté-Alais).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Léon Dufour (de Fécamp).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure, à La Rochelle; H. Courtade, médecin de la Protection de l'enfance, à Outarville; Pecker (de Maule).

M. Pecker, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon.

MM. E. Audoin, inspecteur départemental de la Dordogne, à Périgueux; Victor Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; E. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; X. Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas; Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs G. Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Marcel Bresset (de Paris), Guelliot (de Reims), Hamel, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô; Metton-Lefouzé, inspecteur départemental de la Seine-Inférieure, à Rouen; Subercaze, médecin de la protection de l'enfance, à la Ferté-Alais.

MM. Edouard Brebion, attaché au ministère de l'Intérieur, à Paris; Louis Bujeaud, commis à l'inspection des enfants assistés de la Charente, à Angoulême; de Maisoncelle, inspecteur départemental de la Loire, à Saint-Étienne; J.-C. Mathieu, inspecteur départemental de Seine-et-Oise, à Versailles; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Chabenat, médecin de la protection de l'enfance, à La Châtre; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse.

M. J. Boucoiran, inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême; Cambillard, inspecteur départemental des Hautes-Pyrénées, à Tarbes; A. Cazo, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; L. Louis, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Pierre Roche, inspecteur départemental du Jura, à Lons-le-Saunier.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Fernand Barbary (de Nice); Daubas, inspecteur départemental de Loir-et-Cher, à Blois; Desgranges, médecin de la protection de l'enfance, à Marchenoir; Giry (de Briey); Paul Godin, médecin-major de première classe au 142e d'infanterie, à Lodève; Peaucellier, médecin de la protection de l'enfance, à Amiens.

MM. J. Eynard, inspecteur départemental de l'Allier, à Moulins; Fleury, sous-inspecteur des enfants assistés, à Alençon; V. Huriot, inspecteur départemental de la Haute-Loire, au Puy.

Crèche Édouard Normand, à Nantes.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* M. le docteur Truffet, médecin de la protection de l'enfance, à Seyssel.

MM. Em. Cannet, inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieux; G. Desnos, secrétaire de la commission locale de la protection des enfants du premier âge, à Chartres.

SERVICE DE LA VACCINE. — *Prix et récompenses accordés à MM. les médecins et sages-femmes, pour le service de la vaccine en*

1900. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. De partager le prix de 1000 francs, de la manière suivante : 400 francs à M. le docteur Lafforgue, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Khenchela (Constantine); 300 francs à M. le docteur Bossion, médecin de colonisation à Duvivier (Constantine); 300 francs à M. le docteur Mercier (de Tours).

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Gabrielle, médecin aide-major de première classe au 142e d'infanterie, à Lodève ; Jenot (de Dercy); Laffage, médecin de colonisation, à Dra-El-Mizan (Alger); Margain, médecin de deuxième classe du corps de santé des colonies.

III. *Des rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie; à Toulouse ; Ciaudo (de Nice).

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Alliot, médecin de première classe des colonies; Cornaz (de Neuchâtel) ; Courtade (d'Outarville); Denizet (de Château-Landon); Dietrich (de Besançon); Guérin, médecin principal du corps de santé des colonies; Henri Martin (de Paris); Moreau (de Lusignan) ; H. Perrin, médecin aide-major de première classe à la 2e compagnie de tirailleurs sahariens, à Tiaret (Oran) ; Pethiot (du Conquet).

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Pierre de Broé, médecin-major de deuxième classe, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Fuzet du Pouget (de Casteljau); Le Guével (de Pont-l'Abbé); Poujol, médecin de colonisation à Aïn-Bessen (Alger); Trolard, directeur de l'Institut Pasteur à Alger; de Welling (de Rouen).

Mmes les sages-femmes Jauze (de Tarascon) et Marini (d'Ajaccio).

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Abrial (du Puy); Archambault (de Paris); Arnal (d'Annonay); Edmond Aubry (de Maréville); Baudouin (d'Alençon); Bonnard (de Tournon); Bonnet (de Saint-Genis-Laval); Brice, médecin aide-major de première classe à Chellala (Alger); Cahn (de Paris); Carli, d'Apeloncato (Corse); Caron (du Havre); Catuffe (de Neuilly); Chambay (d'Alençon); Chastanet (de Paris); Degrave (de Lagrasse); Dorison (de Paris); Duriez (de Pierrefonds); Ertzbischoff (de Paris); Finot (de Troyes); Barnabé Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne); Gauthier (de Levallois-Perret); Girard (de Châtillon-sur-Marne); Girard (de Cannes); Gire (de Monistrol-sur-Loire); Giustiniani, d'Ajaccio (Corse); Gougelet (de Paris); Jagu (de Saint-Pol-de-Léon); Jean (de Valence); Jomard (de Beaujeu); Journiac (de Paris); Lallier (de Tannay); Latour (du Puy); Le Coquil (de Châteauneuf); Lemardeley (de Levallois-Perret); Lepicard (de Pantin); Alfred Le Ray (de Nantes); Magnanon (de Valence); Paul Malafosse, médecin-major de deuxième classe, à l'hôpital militaire de Mostaganem; Masbrenier (de Melun); Masson (de Chambéry); Masson (de Grandis); Moutet, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment étranger, à Tuyen-Quang (Tonkin); Odin (de Saint-Galmier); Palhier (de Monistrol-sur-Loire); Picaud (de Nontron); Pitre (de Craponne); Quintin (de Carhaix); Reymondon (de Chambéry); Ernest Richard (de Paris); Rousseau (d'Herbignac); Charles Ruelle (de Paris); Saulay, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Kef (Tunisie); Signoret (de Barcelonnette); Subercaze (de la Ferté-Alais); Tariel (d'Issy-les-Moulineaux); Therre (de Vichy); Thomas (de Toulon); Thoviste (d'Amplepuis); Valude (de Vierzon-Ville); Vibert (du Puy); Vildermann (de Paris); Weill (de Versailles).

MM. M. Genglaire, interne à l'Hôtel-Dieu de Laon; Leven et Merklen, internes à l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

Mmes les sages-femmes Antonini (d'Ajaccio); Cazeaux (de Bordeaux); Chambonneau née Piat (de Vierzon-Ville); Clément (de Vierzon-Ville); Collomp (de Flayosc); Marie-Rose Foglierini (d'Ajaccio); Guillet, née Carraud (de Saint-André-le-Désert); Lefèvre (de Pierrefonds); Moreau (de Vierzon-Ville); Texier (de Rochechouart).

VII. *Des rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône); Beaujolin (de Saint-Symphorien-sur-Coise); Bichon (de Blain); Billon (de Paris); Bois (de Saint-Laurent-de-Chamousset); Bonnecaze (de Courbevoie); Breucq (de Bayonne); Cagniat (de Noisy-le-Sec); Calmeau (de Paris); Chabaud (de Neigles); Charrier (de Nort); Coiffier (du Puy); Colin (de Quimper); Courteneuve (de Saint-Claud); H. Dauchez (de Paris); Dubousquet (de Saint-Ouen); Durand (d'Arcueil-Cachan); Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château); Frasez (de Paris); Gagnière (de Bourgoin); Gaillardon (d'Aubeterre); J. Gouez (de Plougastel-Daoulas); Grimaldi (de Bastia); Hellet (de Clichy); Jaurès (de Dourgne); Lamy (de La Rochefoucauld); Le Gad (du Havre); Martin (d'Aubenas); Massonet (de Gouraya); Michaux (d'Aubervilliers); Michel (de Cavaillon); Montignac (de Paris); Morvan (de Pleyben); Pachot (de Vincennes) ; Pascalis (de Paris); Plantard (de Chantenay); Quéré (de Callac); Revouy (de Saint-Symphorien d'Ozon); Paul Richard (de Paris); Robin (de Pantin); Rollandy (de Tourves); Romain (de Valence) ; Sanquer (de Morlaix); Saussol (de Montpellier); Raymond Sicard (de Lombers); Talazac (de l'Isle-en-Dodon); Tariote (de Levallois-Perret); Tolédano (de Paris); Vivier (d'Angoulême); Wolters, médecin intérimaire de colonisation à Tiberguent (Constantine).

M. le médecin-vétérinaire Pourquier (de Montpellier).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon-Ville); Baudonin (de Vannes); Belette (de Lubersac); Buckhardt (du Havre); Carré (de Châteaulin); Chauffour (de Miramont); Couillard (de Vierzon-Ville); Debord et Dinard (de Bourges); Dolléans (de Voves); Dumas (de Bourg-Argental); Durvicq (de Pont-l'Évêque); Ferré (de Massat); veuve Grenier (de Lauzun); Labadie, née Lannelongue (de Lavardac); Lafitte (de Salies-de-Béarn); Lafon, à la clinique Tarnier, à Paris; veuve Le Bloaz (de Rostrenen); Louis (de Ploëmeur); Simonet, née Père (de Nérac); Thierry (de Rouen); Vincent (de Pradelles).

VIII. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Barbe et Bonnemaison (de Paris); Bouvat (de Saint-Péray); Castueil (de Marseille); Cornet (de Terrenoire); Despeignes (des Échelles); Devars (de Barcelonnette); Dufournier (de Paris); Escande (de Saint-Héand); Kaplan (de Janville); Le Biez (de Varades); Loupias (de Salies-du-Salat); Magnan (de Die); Miquel (de Paris); Panas (de Gallardon); Pellot (d'Épernay); Soulié (de Paris); Trouillet (de Kairouan), (Tunisie).

Mmes les sages-femmes Chaussade (de Villeréal); Chausset (de Chateaumeillant); Fournier (de Montjaux); Leroy, née Thiébaut (de Campagne); Péguet-Lecorre (d'Antony); Peltier (de Saint-Julien-de-Concelles); Serres (de Salies-de-Béarn).

IX. *Des rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bégusseau (de Secondigny); Weydenmeyer (de Bourges).

Mmes les sages-femmes Hardouin (de Lorient); Mahé (de Saint-Joachim); Pelous (de Narbonne).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici la liste des prix décernés pour 1901 :

PRIX MONTYON. — *Médecine et chirurgie.* — A MM. Buffard et Schneider; à M. Lignières; à MM. Claude et V. Balthazard (de Paris). Mentions à MM. Testut (de Lyon), Lagrange (de Bordeaux) et Bourcet (de Paris). Citations à MM. Radaud et Montpillard et à M. Escat (de Toulouse).

PRIX BARBIER. — Le prix est partagé entre MM. Moreigne, Tissier, Goyon (de Paris).

PRIX BRÉANT. — Partagé entre MM. J. Courmont et V. Montagard (de Lyon) et Weil, Levaditi (de Paris).

PRIX GODARD. — M. R. Le Fur (de Paris).

PRIX BELLION. — Partagé entre M. Sauton et MM. Brouardel et Landouzy (de Paris). Mentions très honorables à M. Razou et à M. Pégurier (de Nice).

PRIX MÈGE. — M. Gley (de Paris).

PRIX LALLEMAND. — Partagé entre MM. Catois, J.-Ch. Roux (de Paris), Lépine (de Lyon). Mention très honorable à MM. Bernheim et Comte.

PRIX DU BARON LARREY. — M. Catrin. Mention très honorable à MM. Tostivint et Remlinger.

PRIX MONTYON. — *Physiologie expérimentale.* — A M. Mirande (de Paris). Mention honorable à M. Bonniot (de Paris).

PRIX POURAT. — M. Tissot (de Paris).

PRIX PHILIPEAUX. — Partagé entre MM. L. Camus et Moussu (de Paris).

PRIX LADAZE. — *Physiologie.* — A M. Charpentier (de Nancy).

MÉDAILLE LAVOISIER. — M. E. Fischer.

PRIX MONTYON. — *Arts insalubles.* — Partagé entre MM. A. Dormoy et L. Vaillard. Encouragement à M. Halphen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de la médaille d'or (chirurgie)* — Le concours vient de se terminer de la façon suivante : médaille d'or, M. Pierre Duval; médaille d'argent, M. Lenormant.

Concours de l'Internat. — Les séances de lecture des 416 copies remises auront lieu tous les jours, à l'hôpital Beaujon, à quatre heures et demie.

Les copies d'anatomie seront lues les mardis, jeudis, samedis. Les copies de pathologie, les lundis, mercredis et vendredis.

— Les jurys sont répartis de la façon suivante :

Anatomie. — MM. Guéniot, Tuffier, Œttinger, Belin et Potocki.

Pathologie. — MM. Barié, Ricard, Rochard, Laury et Brindeau.

NOTES OBTENUES. — Séance du 17 décembre. — *Anatomie* — MM Cailleux, 7; Auburtin, 10; Thuilleux, 7; Baidou, 6; Chiray, 13; Bonhomme, 2; Pater, 9; Christesco, 7; Amblard, 8.

Marine. — M. Olivier, médecin de deuxième classe de la marine à Cherbourg, est désigné pour embarquer, en sous-ordre, sur le *Gaulois* (escadre de la Méditerranée).

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies vient d'être accordée à M. le docteur Laget, médecin en chef de la maison d'arrêt Chane et de la prison des Présentines, à Marseille.

Texte de la loi tendant à réprimer les fraudes dans les examens et concours publics. — ARTICLE PREMIER. — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

ART. 2. — Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonnement de un mois à trois ans et à une amende de 100 francs à 10000 francs, ou à l'une de ces deux peines seulement.

ART. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

ART. 4. — L'article 463 du Code civil est applicable aux faits prévus par la présente loi.

ART. 5. — L'action publique ne fait pas obstacle à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

Les éloges prononcés à l'Académie de médecine (1821-1900). — Au moment où vient de se tenir la séance solennelle de l'Académie de médecine, la *France médicale* a cru intéressant de dresser la liste des éloges prononcés devant elle depuis sa fondation.

Nous avertissons le lecteur que cette liste ne comprend pas les discours funéraires ni autres allocutions prononcées en telle ou telle circonstance, et qu'il ne s'agit ici que des éloges proprement dits. D'autre part la date qui accompagne chacun d'eux est celle de la séance où il fut prononcé et non celle de la publication qui est fort postérieure.

Par PARISET : Corvisart (1824). — Cadet de Gassicourt (1825). — Berthollet (1826). — Pinel (1827). — Bourru (1827). — Beauchêne (1827). — Percy (1828). — Vauquelin (1831). — Cuvier (1833). — Portal (1834). — Chaussier (1835). — Dupuytren (1836). — Scarpa (1837). — Desgenettes (1838). — Laënnec (1839). — Teissier (1840). — Huzard (1841). — Marc (1842). — Lodibert (1842). — Bourdois de la Motte (1844). — Esquirol (1844) — Larrey (1845). — Chevreul (1846).

Par BOUSQUET : Itard (1839). — Double (1845). — Jenner (1847).

Par FRÉDÉRIC DUBOIS (d'Amiens) : Parizet (1847). — Broussais (1848). — Antoine Dubois (1849). — Richerand (1850). — Hallé (1851). — Boyer (1852). — Orfila (1853). — Désormeaux (1854). — Capuron (1854). — Deneux (1854). — Baudelocque (1854). — Récamier (1855). — Roux (1856). — Magendie (1857). — Guéneau de Mussy (1858). — Geoffroy Saint-Hilaire (1859). — Richard (1860). — Chomel (1861). — Thénard (1862).

Par BÉCLARD : Blainville (1863). — J. Delpech (1864). — Villermé (1865). — Gerdy (1866). — Rostan (1867). — Velpeau (1868). — Trousseau (1870). — Louis (1874). — Cruveilhier (1875). — Nélaton (1878). — Andral (1879). — Claude Bernard (1885).

Par ROCHARD : Chassaignac (1885). — Fonssagrives (1889).

Par BERGERON : Bouillaud (1887). — Mélier (1888). — Chauffard (1890) — Michel Lévy (1892). — Gubler (1895). — Caventou (1897). — Roger (1899).

Par ALPHONSE GUÉRIN : Trélat (1893).

Par MOTET : Lasègue (1896).

Par LABORDE : P.-A. Béclard et J. Béclard (1898).

Par DEBOVE : Charcot (1900).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (4e édition), par le docteur G. LYON. Gr. in-8° de 1540 p., relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. BROUARDEL, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. GILBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Tome VIII : *Maladies des plèvres et du médiastin.* — *Maladies de l'axe cérébro-spinal.* Un vol. gr. in-8° de 848 p. avec 93 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Chirurgie des annexes de l'utérus, par M. J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-18 colombier, cart. tête rouge, 475 p. avec 222 fig. dont une partie en couleurs, dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Les progrès de la science et leurs volontaires délaissés, projet de réorganisation suivi de la loi du 23 juillet 1901, créant une caisse de recherches scientifiques, par le docteur ROUSSY, maître de conférences à l'École pratique des hautes-études (au Collège de France), etc. Un vol. in 8° de 194 p — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 147. — SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1901. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les affections sympathiques de l'œil (*fin*), par M. F. TERRIEN, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Prix proposés pour 1902, 1903 et 1904. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les affections sympathiques de l'œil (1).

Par M. F. TERRIEN,
Ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

INFLAMMATION SYMPATHIQUE. — L'inflammation ou ophtalmie sympathique qui, contrairement à l'irritation sympathique, est toujours de nature infectieuse, peut se présenter sous trois aspects différents : l'irido-choroïdite plastique avec troubles intenses du vitré, c'est la forme la plus fréquente et la plus grave; l'irido-choroïdite séreuse, plus bénigne et d'une symptomatologie plus atténuée, et la papillo-rétinite sympathique, avec laquelle coexiste toujours un certain degré d'irido-choroïdite.

Il importe de remarquer, avant d'étudier ces trois formes en détail, qu'elles ne sont pas nécessairement annoncées par des symptôme prodromiques. Ceux-ci, qui se manifestent le plus souvent par les troubles irritatifs décrits plus haut, peuvent manquer complètement ; bien plus, la douleur à la pression sur le corps ciliaire de l'œil sympathisant, qui est presque constante, peut cependant faire défaut. L'inflammation sympathique peut donc éclater brusquement, sans être annoncée, sans aucune manifestation prodromique; il ne faut pas l'oublier.

a. *Irido-choroïdite ou uvéite plastique.* — C'est la forme la plus sévère et qui se rencontre le plus fréquemment. Sa marche est essentiellement chronique; elle se révèle par les symptômes suivants.

La vision se trouble légèrement et c'est ce qui engage le malade à consulter, car les douleurs sont nulles ou insignifiantes. L'œil examiné présente une injection ciliaire très modérée et la loupe montre de fins précipités sur la membrane de Descemet, tandis que l'humeur aqueuse est un peu trouble. La pupille est petite, réagit plus ou moins bien à l'atropine suivant l'intensité de l'affection et l'iris a perdu son brillant. Ce sont en somme des symptômes d'iritis torpide.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 144.

L'ophtalmoscope révèle de fins troubles du vitré (poussière du vitré, état jumenteux du vitré), la papille est voilée, les veines volumineuses, et on a souvent l'aspect de la papillo-rétinite.

Puis, des synéchies postérieures se forment, qui bientôt font le tour de la pupille, et sur lesquelles l'atropine n'a aucune action. La pupille, elle-même, est obstruée par un exsudat plastique qui empêche l'examen du fond de l'œil; la tension, d'ordinaire un peu inférieure à la normale, peut s'élever, la communication entre les deux chambres, antérieure et postérieure, étant interrompue.

La vision demeure presque nulle et l'œil se maintient dans cet état avec des alternatives d'amélioration légère ou d'exacerbation, lorsque de temps à autre de nouvelles petites poussées inflammatoires se manifestent. Dans les cas très sévères, l'affection peut aboutir à la phtisie du globe. Quelquefois, lorsque les dépôts sur la cornée sont très abondants, on peut voir apparaître dans la chambre antérieure un léger degré d'hypopyon. C'est à cette forme que Deutschmann a donné, à tort, le nom d'uvéite suppurative, car il s'agit seulement d'exsudats fibrineux très abondants. La phtisie est alors presque la règle : elle est signalée trois fois sur cinq cas publiés (Schirmer).

La marche de l'affection est essentiellement chronique et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on peut voir apparaître une irido-cyclite intense, avec douleurs violentes, chémosis conjonctival et perte rapide du globe oculaire (1).

Comme on le voit, les trois parties du tractus uvéal sont prises à la fois : iris, corps ciliaire et choroïde. On a signalé cependant quelques cas très rares, où la choroïde était seule intéressée (Colsmann, Rothmund, Eversbuch, Leplat). Le pronostic est alors beaucoup plus favorable. Cette forme est caractérisée par la présence de petits foyers jaunâtres, arrondis ou ovalaires, siégeant au voisinage de l'ora serrata, beaucoup plus rarement autour de la papille, et ayant grande tendance à se réunir les uns aux autres [Haab (2)].

Mais ces cas sont exceptionnels et le plus ordinairement le tractus uvéal est envahi tout entier. On a recherché par où débutait l'affection, l'iris ou la choroïde, et certains auteurs ont rapporté des observations dans lesquelles la

(1) LAQUEUR. *Étude sur les affections sympathiques de l'œil*, Paris 1869.

(2) HAAB. Ueber chorio-retinitis sympathica, *Cong. de Heidelberg*, 1897, p. 165.

choroïde avait été intéressée tout d'abord, l'infection s'étant propagée d'arrière en avant (Ayres, Benson, Abadie). Il est encore difficile, à l'heure actuelle, de localiser exactement le début de l'infection; si la participation de l'iris est la première chose cliniquement appréciable, on ne peut affirmer que cette membrane soit prise la première, le corps ciliaire offrant par sa richesse vasculaire une vulnérabilité particulière à l'infection.

b. *Irido-choroïdile ou uvéite séreuse.* — Encore plus que tout à l'heure, la marche de l'affection est essentiellement torpide. L'œil est très peu injecté et la vision à peine troublée. Mais avec une bonne loupe on peut voir sur la face postérieure de la cornée ce pointillé très fin, surtout abondant près de l'extrémité inférieure de la membrane et revêtant une forme triangulaire à sommet supérieur. En même temps, la pupille est un peu dilatée, la chambre antérieure plus profonde que d'ordinaire et la tension légèrement élevée.

Tel est, dans sa forme pure, l'aspect clinique de l'uvéite séreuse; il n'y a ni synéchies postérieures, ni exsudats plastiques, et après un temps variable et des exacerbations passagères (car ici, comme dans la forme précédente, les récidives sont très fréquentes), tous ces symptômes disparaissent peu à peu et la *restitutio in integrum* est la règle. Le pronostic est donc très favorable, à moins qu'un glaucome secondaire n'apparaisse, à la suite de cette élévation de tension qui ne manque presque jamais.

Mais réduite ainsi à sa forme pure, l'affection, contrairement à l'opinion de Mauthner, est relativement rare (Mooren, Laqueur, Gunn, Milles, Gumpper). Des synéchies postérieures ou des exsudats plastiques peuvent apparaître, même après plusieurs mois, et assombrir le pronostic.

c. *Papillo-rétinite.* — Elle coexiste toujours à un degré variable avec les deux formes précitées, irido-choroïdites plastique et séreuse, mais elle peut exister seule, sans participation du tractus uvéal. Cette forme pure de papillo-rétinite, contestée autrefois, est admise aujourd'hui par tous, et nous-même en avons observé trois cas.

Examinée à l'ophtalmoscope, la papille se montre légèrement saillante, d'un rouge sombre avec contours mal limités, rappelant un peu l'aspect de la papillite. Elle est le siège d'un trouble diffus, empiétant assez loin sur la rétine, et il existe parfois de petites hémorragies. Les vaisseaux, surtout les veines, sont distendus et présentent des sinuosités. L'acuité visuelle est plus ou moins diminuée suivant l'intensité de l'inflammation; le champ visuel est généralement rétréci et il y a souvent de la dyschromatopsie.

Le pronostic est en raison directe de la durée et de l'intensité de l'affection. Il passe pour favorable et la papillo-rétinite est généralement considérée comme la forme la plus bénigne de l'inflammation sympathique. Ceci est, croyons-nous, exagéré. Bien que n'offrant pas les dangers de l'irido-choroïdite plastique, elle doit venir d'après nous aussitôt après au point de vue de la gravité, au même titre que l'irido-choroïdite séreuse, celle-ci ne devenant dangereuse que si elle se complique de synéchies ou d'hypertonie. Dans deux de nos observations, la terminaison ne fut guère favorable : dans l'une l'acuité visuelle était de 1/4 après la guérison, et dans l'autre de 1/8 malgré l'énucléation. Ceci est en contradiction avec l'opinion de Schirmer, d'après laquelle l'énucléation, pratiquée à temps, suffirait toujours à enrayer le processus.

d. A côté de ces trois manifestations classiques de l'inflammation sympathique on a décrit encore : l'atrophie simple du nerf optique, la cataracte, le décollement de la rétine, la sclérite, la kératite et la conjonctivite sympathiques.

L'atrophie simple des nerfs optiques, bien décrite par Nuel sous le nom d'amblyopie sympathique (1), est très peu fréquente, si tant est qu'elle existe. Elle apparaît très tardivement : six mois, un an, deux ans après la lésion du premier œil, contrairement à l'irido-cyclite qui survient d'ordinaire assez rapidement. L'énucléation du premier œil n'exerce aucune influence sur le processus de l'atrophie. Cette dernière pourrait être due, d'après Nuel, à ce que, l'atrophie des fibres optiques du premier œil remontant jusqu'au chiasma, la sclérose névroglique consécutive étoufferait les fibres nerveuses du second nerf passant à ce niveau et entraînerait leur atrophie. Ceci est une pure hypothèse. Rappelons cependant que dans un cas d'ophtalmie métastatique observé par nous, la névrite optique de l'œil malade s'était propagée au nerf optique de l'œil sain par l'intermédiaire du chiasma (2).

Quant aux autres formes : cataracte, décollement de la rétine, etc., rien n'est moins prouvé que leur origine sympathique. La cataracte et le décollement rétinien qui peuvent s'observer n'apparaissent que comme complication d'une irido-cyclite qu'on retrouve toujours si on veut bien la rechercher, et n'existent pas en tant qu'affections sympathiques isolées.

Enfin l'origine sympathique d'une conjonctivite et d'une kératite ne peut être admise, ces affections étant dues le plus souvent à une infection ectogène et l'œil y étant particulièrement exposé, même en l'absence de toute irritation sympathique.

Complications extra-oculaires de l'ophtalmie sympathique. — Si on en excepte les douleurs de tête, quelquefois très violentes et localisées de préférence à la partie postérieure du crâne, du côté de l'œil sympathisé, ces complications sont très rares. On a cependant quelquefois signalé des symptômes de méningite au début de l'ophtalmie sympathique (Story). Dernièrement Rogman a publié l'observation d'un sujet qui, trois mois après l'apparition d'une ophtalmie sympathique survenue à la suite d'une extraction de cataracte de l'autre œil, devint complètement sourd. Il semble difficile de rapporter cet accident à une coïncidence fortuite comme quelques auteurs, Schirmer entre autres, l'ont imaginé pour les complications extra-oculaires de l'ophtalmie sympathique, en raison de leur extrême rareté. Enfin, tout récemment, Sérégi (3), puis M. de Wecker (4) ont rapporté trois nouvelles observations où à la suite du traumatisme de l'œil les malades devinrent aveugles, puis sourds.

V

Traitement. — Nous verrons plus loin comment on peut comprendre à l'heure actuelle la pathogénie de l'affection, mais déjà, il est nécessaire, avant d'exposer le traitement des affections sympathiques, de rappeler la différence capi-

(1) Nuel. De l'amblyopie sympathique, *Ann. d'ophtalm.*, 1897, p. 145.

(2) F. Terrien. Ophtalmie métastatique suivie de mort, *Arch. d'ophtalm.*, 1899, p. 171.

(3) Sérégi. *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique*, Th. de Bordeaux, 1891.

(4) L. de Wecker. Complications extra-oculaires de l'ophtalmie sympathique, *Ann. d'ocul.*, oct. 1901.

le qui sépare l'irritation sympathique de l'inflammation sympathique.

La première, nous l'avons vu, se présente sous des aspects divers : troubles sensitifs, sensoriels, moteurs, sécrétoires, pouvant se trouver isolés ou réunis et revêtant alors un aspect particulièrement menaçant, mais un point est à retenir : l'irritation sympathique, quelle qu'en soit la forme, n'est jamais d'origine infectieuse. Elle doit être rapportée à une irritation des nerfs ciliaires de l'œil malade agissant probablement par voie réflexe sur les nerfs ciliaires de l'œil sain, par l'intermédiaire des centres nerveux (Leber). C'est donc un trouble purement irritatif, contrairement à l'inflammation sympathique qui, elle, est toujours de nature infectieuse, quelle que soit d'ailleurs l'origine de l'infection, point sur lequel nous aurons à revenir.

Cette notion de l'absence d'infection dans le premier cas et de son existence constante dans le second doit retentir sur le traitement.

Irritation sympathique. — La thérapeutique rationnelle consiste à éloigner la source d'irritation. On recommandera tout d'abord le repos à l'obscurité combiné aux compresses chaudes et aux antiphlogistiques; si les symptômes ne cèdent pas, on aurait recours à l'énucléation de l'œil sympathisant qui fait cesser très rapidement tous les accidents, quelquefois même aussitôt après l'énucléation.

Le pronostic est donc relativement favorable, puisque l'énucléation de l'œil sympathisant, si elle peut être faite (perte absolue de la vision de ce côté), suffit toujours à faire disparaître les accidents.

La section optico-ciliaire, imaginée en pareil cas, ne remplit pas le but. Le bénéfice obtenu est réel mais non durable, car les nerfs ciliaires sectionnés se régénèrent et pénètrent de nouveau dans le globe, donnant à l'œil sympathisant une sensibilité nouvelle [Redard (1), Krause (2)], pouvant être le point de départ d'une nouvelle poussée d'irritation sympathique et nécessiter l'énucléation (3).

Lorsque l'œil a déjà été énucléé, on rechercherait si le cul-de-sac conjonctival n'est pas enflammé, si le moignon n'est pas douloureux à la pression ; l'œil artificiel sera soigneusement examiné et remplacé au besoin. Quelquefois on peut être obligé d'exciser un fragment de la portion terminale du nerf optique.

Ophtalmie sympathique. — *Traitement général.* — A l'inverse de l'irritation sympathique, l'ophtalmie sympathique est toujours d'origine infectieuse; le fait n'est pas contesté, mais le point en litige est celui de l'origine de l'infection. Celle-ci peut venir de l'œil sympathisant dans l'œil sympathisé par l'intermédiaire de la circulation générale (Berlin), ou par les gaines lymphatiques du nerf optique en passant par le chiasma (Leber, Deutschmann), ou bien provenir de tout autre point de l'économie. Il s'agirait, dans ce dernier cas, d'une véritable auto-intoxication qui vient se localiser sur l'œil sympathisé irrité seulement par l'œil sympathisant et devenu de ce chef un *locus minoris resistentiæ* (Schmidt-Rimpler, Panas); nous aurons l'occasion d'y revenir.

Quoi qu'il en soit, la maladie étant toujours infectieuse, le traitement général sera dirigé dans ce sens, et avant tout le malade sera fortement mercurialisé (frictions, calomel à petites doses à l'intérieur et surtout injections intra-musculaires d'huile biiodurée).

On fera chaque jour en plein muscle fessier avec la seringue de Pravaz une injection intra-musculaire d'un centimètre cube de la solution suivante (Panas) :

Huile d'olives, bien lavée à l'alcool et stérilisée. 30 gr.
Biiodure d'hydrargyre........................ 0,18 centig.

A cette dose presque infinitésimale (6 millig. de biiodure par centim. cube), le mercure est très bien toléré et agit d'une manière beaucoup plus efficace que toutes les autres préparations. Dans les cas sévères, on ferait chaque jour deux injections, soit 12 milligr. de biiodure par jour.

L'hygiène générale ne sera pas négligée et on prescrira utilement des purgatifs légers, la sudation, les diurétiques, tous moyens propres à activer la diaphorèse (1).

Traitement local. — Il faut envisager ici la conduite à tenir du côté de l'œil sympathisant et du côté sympathisé.

a. Du *côté sympathisant*, l'énucléation s'impose et doit être faite sans tarder. Mais l'ablation du globe est généralement impuissante dans les cas graves à enrayer le processus. On doit néanmoins y recourir, ne fût-ce que pour n'avoir rien à se reprocher, et le nerf optique sera sectionné le plus loin possible du globe; toute autre opération conservatrice (résection optico-ciliaire, etc.) est à rejeter.

Nous avons vu que la douleur à la pression sur le corps ciliaire de l'œil primitivement blessé constituait un élément important de présomption en faveur de la sympathie. Ce fait reste absolument vrai, mais cette douleur à la pression, autrefois regardée comme une condition presque *sine qua non* de l'existence de la sympathie, peut faire défaut. On a rapporté des cas dans lesquels l'œil sympathisant n'était nullement douloureux à la pression (Bunge, Schmidt-Rimpler, Schirmer). Nous-même en avons observé deux exemples.

Cette absence de douleur à la pression peut être due au décollement du corps ciliaire qui ne se trouve plus en contact avec la sclérotique au niveau du point examiné. Ailleurs, l'inflammation du corps ciliaire peut être assez peu prononcée pour ne déterminer aucune douleur. Cette absence de douleur à la pression n'est donc pas une contre-indication absolue à l'énucléation du moignon primitivement blessé.

On peut voir quelquefois l'ophtalmie sympathique survenir plusieurs semaines après l'énucléation préventive. On a recommandé alors l'injection de quelques gouttes d'une solution de cyanure au centième dans la cavité même du moignon (2), ou la résection du bout central du nerf optique, si celui-ci est douloureux à la pression.

L'énucléation de l'œil sympathisant ne serait faite, bien entendu, que si la vision de cet *œil était entièrement abolie;*

(1) Redard. Recherches expérimentales sur les suites éloignées de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, *Arch. d'ophtalm.*, 1881, p. 60.

(2) Krause. Uber die anatomischen Veränderungen nach Neurotomia optico-ciliaris, *Arch. f. Augenheilk.*, 1882, XI, p. 166.

(3) Peppmuller. Beitrag zur Frage nach dem prophylaktischen und therapeutischen Wert der Resektion des Opticus, *Diss. inaug.*, Halle, ...

(1) Les essais d'opothérapie par les injections sous-cutanées d'extrait de corps ciliaire de bœuf tentés par Louis Dor (de Lyon), dans les formes sévères d'ophtalmie sympathique, n'ont pas été suivis. (Louis Dor. Essais de thérapeutique ophtalmique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf, *Soc. franç. d'ophtalm.* et *Ann. d'ocul.*, CXVII, p. 366, et CXVIII, 1897, p. 49.)

(2) Abadie, Darier. *XIII*e *Cong. internat. de méd.*, section d'ophtalm., 2 au 9 août 1900.

elle sera rigoureusement rejetée dans le cas contraire, et la tenter serait folie, quelque minime que soit le degré de vision conservé par cet œil. C'est là une différence essentielle entre l'inflammation et l'irritation sympathiques. La première étant toujours de nature infectieuse, quelle que soit l'origine de l'infection (œil sympathisé ou endo-infection générale), on comprend que l'énucléation de l'œil sympathisant ne puisse pas arrêter la marche de l'infection. La seconde, au contraire, étant déterminée par une irritation des nerfs ciliaires venue de l'œil congénère, est toujours définitivement arrêtée par l'énucléation de ce dernier. Elle sera donc toujours faite si la vision de l'œil irritant est perdue, lorsque les phénomènes irritatifs ne cèdent pas promptement aux moyens habituels. La guérison immédiate est la règle et tous les phénomènes irritatifs, quelle que soit leur intensité, disparaissent aussitôt ou dans les heures qui suivent l'opération (1).

L'énucléation sera donc rejetée dans l'ophtalmie sympathique, s'il existe encore un peu de vision, si faible que soit le degré d'acuité visuelle conservée. On se contenterait de faire sur cet œil sympathisant un traitement identique à celui de l'œil sympathisé qui nous reste à décrire.

b) Du *côté de l'œil sympathisé* le traitement varie avec l'état du globe et le moment de l'intervention, suivant que l'inflammation est encore très vive ou au contraire a complètement cessé. Il se résume dans les trois indications suivantes : combattre les phénomènes inflammatoires, lutter contre l'hypertonie si elle existe et, plus tard, tâcher d'améliorer la vision.

1° Contre les phénomènes inflammatoires, on multipliera tout d'abord les instillations d'atropine. Le mydriatique n'agit bien qu'au début; plus tard, la pupille se laisse beaucoup plus difficilement dilater, et cette absence de réaction sous l'influence de l'atropine est toujours d'un mauvais pronostic. L'emploi du collyre serait suspendu à la moindre menace d'hypertonie. Notons toutefois que l'ésérine en pareil cas diminue rarement l'élévation du tonus et détermine un spasme du muscle ciliaire avec des douleurs intenses qui doivent la faire rejeter. Si l'atropine est mal tolérée, elle serait remplacée par d'autres mydriatiques comme la duboisine et le bromhydrate de scopolamine.

On y ajoutera l'emploi des compresses chaudes fréquemment renouvelées et le séjour dans une chambre obscure. Ces applications seront faites le plus souvent possible, trois, quatre et six heures par jour, et de préférence le malade se tenant couché sur le dos afin d'éviter la congestion du globe oculaire déterminée par l'inclinaison de la tête en avant.

Enfin les injections sous-conjonctivales de quelques gouttes d'une solution de sublimé au millième ou d'eau salée pourront compléter la médication, mais il ne faut pas trop attendre de ces injections dont on a exagéré la valeur thérapeutique. Deux ou trois sangsues à la tempe, appliquées de temps en temps, viendront très utilement favoriser la déplétion sanguine.

2° Pour lutter contre l'élévation du tonus, on a conseillé aussi l'iridectomie, très employée autrefois, l'opération ayant ici un triple but : combattre l'inflammation, diminuer l'hypertonie si elle existe et améliorer l'acuité visuelle. Mais une iridectomie en pleine période inflammatoire, loin de diminuer l'inflammation (iridectomie antiphlogistique), ne peut que l'augmenter le plus souvent. L'iris, très adhérent à la surface antérieure du cristallin, ne se laisse pas saisir par la pince, qui ne réussit à en arracher que des fragments; l'opération s'accompagne d'une hémorragie abondante; elle entraîne une nouvelle poussée inflammatoire et l'élévation du tonus reparaît de nouveau. Si la tension s'élève et ne cède pas aux myotiques, elle serait combattue par des sclérotomies ou des paracentèses répétées, de préférence à l'iridectomie.

3° Enfin, lorsque l'inflammation a totalement disparu et que le champ pupillaire demeure entièrement obstrué par des exsudats, la vision ayant disparu presque complètement, on peut chercher à l'améliorer, soit par une iridectomie optique, soit par l'extraction du cristallin. Quel que soit d'ailleurs le mode d'intervention, on attendra que toute trace d'inflammation ait disparu depuis longtemps, dix, douze mois, et même passé ce laps de temps, l'opération peut suffire à elle seule pour réveiller le processus.

L'iridectomie optique peut surtout être tentée dans les cas d'exsudats recouvrant tout le champ pupillaire, alors qu'il y a peu de synéchies en surface et que la face postérieure de l'iris n'est pas soudée à la cristalloïde antérieure. On peut réussir alors à exciser un fragment d'iris d'étendue variable, en ayant soin, bien entendu, de ne pas chercher à saisir la membrane au niveau du bord pupillaire, toujours adhérente au cristallin.

L'opération d'ailleurs n'est pas sans danger et elle est souvent inutile : si la membrane irienne est adhérente à la cristalloïde, la pince peut déterminer une cataracte traumatique, ou une déchirure des fibres zonulaires, dues à la traction exercée sur la lentille. Puis, à supposer qu'on ait réussi à exciser un fragment irien, le colobome obtenu n'améliore en rien la vision car on s'aperçoit ensuite à l'éclairage oblique qu'il est obstrué par la couche pigmentaire de l'iris ou par des fausses membranes.

L'extraction du cristallin peut trouver son indication dans deux cas : lorsqu'une cataracte s'est formée à la suite de l'inflammation prolongée du corps ciliaire ou lorsque, la lentille étant demeurée transparente, on n'a pas pu réussir, à cause des adhérences iriennes et de l'épaisseur des exsudats, à pratiquer une iridectomie optique. Sans doute, on peut, dans ce dernier cas, être plus heureux une seconde fois et tenter une nouvelle iridectomie avant de recourir à l'extraction de la lentille; mais il faut se méfier de ces interventions répétées, qui devront être toujours très espacées, et qui peuvent se terminer par la phtisie du globe.

L'opération de choix sera ici l'extraction à large lambeau combinée à l'iridectomie qui devra être faite plusieurs semaines auparavant. On excisera un large fragment d'iris et il sera souvent nécessaire de faire suivre quelques semaines après cette première iridectomie supérieure d'une nouvelle, également très large, placée en bas, à l'opposé de la première, afin de faciliter la sortie du cristallin.

(1) Nous avons observé tout récemment un cas d'irritation sympathique chez un malade dont nous avions exentéré l'œil droit six mois auparavant pour une panophtalmie consécutive à un volumineux corps étranger septique intra-oculaire. Le petit moignon scléral résultant de l'exentération était très légèrement douloureux à la pression. Les phénomènes irritatifs, qui duraient depuis une quinzaine de jours (photophobie, douleurs péri-orbitaires, injection ciliaire légère, diminution de l'acuité visuelle), n'ayant pas cédé au traitement médical, l'énucléation de ce moignon fut pratiquée sous le chloroforme et fit cesser presque instantanément tous les symptômes d'irritation. Ces faits sont assez rares; en général, les nerfs ciliaires étant détruits par le processus suppuratif, les phénomènes sympathiques sont peu à craindre après l'exentération.

Cette extraction est toujours pénible et si les adhérences sont nombreuses et la lentille enveloppée d'exsudats plastiques abondants, il peut être nécessaire de recourir à la méthode de Wenzel. Le couteau, après avoir pénétré dans la chambre antérieure, est conduit à travers l'iris et le cristallin qu'il embroche en totalité avant de ressortir en dehors; le sac capsulaire est ainsi longuement ouvert avec la section de la cornée et peut être vidé ensuite avec la curette. Puis, pour libérer le champ pupillaire obstrué par les fausses membranes, on sectionne le diaphragme irido-capsulaire avec la pince-ciseaux par deux incisions convergentes partant de chacune des extrémités de la plaie ancienne et allant se réunir en bas à angle aigu au niveau du centre de la pupille. La brèche obtenue peut quelquefois permettre une vision suffisante. Un des résultats souvent observé de l'opération en effet, sur lequel a bien insisté De Græfe, est d'agir favorablement sur la totalité du globe oculaire. La nutrition devient meilleure, la pression s'élève, la cornée recouvre sa transparence, la rougeur de l'œil et les phénomènes inflammatoires diminuent. L'opération peut donc être tentée, même lors de phtisie commençante et lorsque la vision est presque nulle.

A côté de l'extraction, on a encore recommandé la discission (Critchett, Story). Mais il faut remarquer ici, que même chez les jeunes sujets la résorption se fait toujours très lentement; il est nécessaire de rouvrir souvent la plaie vasculaire obstruée par les exsudats et qui a tendance à se fermer; aussi l'extraction nous paraît préférable.

Enfin dans les cas, heureusement très rares, où l'œil sympathisé est réduit à un moignon phtisique, hypotone, et devient le siège de douleurs intra-orbitaires et péri-orbitaires très vives, on n'aurait d'autre ressource que l'énucléation, la section optico-ciliaire n'ayant pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre.

VI

Pathogénie. — L'anatomie pathologique ne nous renseigne guère sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. L'œil sympathisé ne peut être examiné et on constate généralement dans l'œil sympathisant une infiltration diffuse de tout le tractus uvéal : iris, corps ciliaire et choroïde. Tout le tissu est rempli de cellules embryonnaires et de leucocytes et plus tard, une fois l'inflammation disparue, on constate, à la place du tissu normal, un tissu conjonctif pauvre en vaisseaux et fortement pigmenté, avec une grande quantité d'exsudats ayant tendance à s'organiser au niveau du corps ciliaire et de l'iris, qui sont étouffés et ont en partie disparu.

La bactériologie, elle aussi, malgré les nombreux examens qui ont été faits, éclaire peu la pathogénie de l'affection. On trouve le plus ordinairement des staphylocoques ou autres cocci pathogènes; ailleurs, l'examen demeure négatif. Il ne semble y avoir à l'heure actuelle aucun élément pathogène spécifique de l'ophtalmie sympathique et la plupart des microbes, ou mieux leurs toxines, semblent capables de la déterminer. Quoi qu'il en soit, nous ne connaissons pas encore avec certitude le mécanisme de la sympathie, en d'autres termes, pourquoi le second œil est atteint de troubles sympathiques à la suite d'une lésion du premier œil. Avant d'examiner les théories imaginées, il importe ici encore de bien distinguer entre l'irritation sympathique et l'inflammation sympathique.

Irritation sympathique. — L'accord semble fait sur ce point. L'irritation sympathique, caractérisée, nous l'avons vu, uniquement par des phénomènes irritatifs d'intensité variable, doit être rapportée à l'irritation des nerfs ciliaires de l'œil sympathisant. La preuve en est que leur section fait disparaître tous les accidents (Meyer, Secondi, Lawrence). L'irritation pourrait être transmise à l'œil sain de la manière suivante : soit en suivant le ganglion ciliaire, le rameau ophtalmique sensitif du trijumeau, le nerf lui-même, le ganglion de Gasser, le tronc du trijumeau et finalement son noyau; de là l'irritation suivrait un trajet centrifuge dans le nerf du côté opposé. Ou bien, l'irritation serait transmise par voie réflexe, par excitation du centre sensitif, excitation retentissant sur l'autre œil et entraînant des phénomènes irritatifs d'intensité variable. Il s'agit dans les deux cas de pures hypothèses.

Inflammation sympathique. — Malgré les théories nombreuses mises en avant pour l'expliquer, l'accord est loin d'être fait. Si on excepte les théories purement nerveuses qui n'ont plus qu'un intérêt historique : transmission de l'inflammation par l'intermédiaire du nerf optique (Le Dran, Himly, Mackenzie) ou par les nerfs ciliaires, elles peuvent se réduire à trois. Toutes les trois admettent la nature infectieuse de la maladie qui ne fait de doute pour personne; le désaccord commence quand il s'agit d'expliquer l'origine de l'infection.

a. *Théorie de la métastase.* — C'est la plus ancienne des trois; Mackenzie lui-même l'avait soupçonnée et elle a été surtout défendue par Berlin (1). La voici résumée : les bactéries parties de l'œil malade sont emportées dans la circulation générale. Elles peuvent se localiser sans déterminer de troubles notables en différents points de l'économie et ne deviennent nocives que si elles arrivent dans la choroïde de l'œil sain, où elles trouvent un milieu de culture favorable (2).

b. *Théorie migratrice.* — Mise en avant par le professeur Leber en 1881, bien défendue par Deutschmann, elle peut s'énoncer ainsi : le transport des microbes pathogènes se fait non par les vaisseaux mais par les voies lymphatiques; la voie suivie serait les gaines lymphatiques des nerfs optiques en passant par le chiasma.

c. *Théorie combinée.* — Adoptée d'abord par tous, la théorie migratrice de Leber-Deutschmann n'a pas été confirmée par d'autres expérimentateurs et fut vivement combattue dans ces dernières années, en particulier par Schmidt-Rimpler qui explique ainsi la pathogénie de l'affection : l'inflammation sympathique reconnaît certainement une origine infectieuse mais l'irritation nerveuse n'est pas indifférente. L'irritation des nerfs ciliaires à elle seule ne peut évidemment déterminer l'inflammation du second œil, mais elle prépare le terrain. Elle place cet œil dans des conditions défavorables de nutrition qui en font un « locus minoris resistentiæ » vis-à-vis des microbes venus d'un point quelconque de l'économie à la suite de la moindre maladie infectieuse.

---

(1) Berlin. Ueber den anatomischen Zusammenhang zwischen orbitalen und intracraniellen Entzündungen, *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1880, nº 186.

(2) Nous donnons seulement les trois théories principales plus généralement adoptées. Bien d'autres ont été proposées, entre autres la théorie d'Arnold, pour qui les germes infectieux se répandraient dans le système veineux, arriveraient à l'oreillette droite, puis de là, à la suite d'un effort ou d'un accès de toux, dans les veines orbitaires et ciliaires du côté opposé.

Le professeur Panas, adoptant la manière de voir de Schmidt-Rimpler, va encore plus loin que ce dernier; non seulement les microbes mais aussi les toxines venues de l'économie peuvent amener l'éclosion de troubles sympathiques. Les auto-intoxications joueraient un rôle considérable dans la pathogénie de l'affection et toute intoxication (alcoolisme, saturnisme, affection du nez, du naso-pharynx, de la bouche, etc.), suffirait pour déterminer une inflammation sympathique sous l'influence de l'irritation ciliaire venue du premier œil (1).

Telles sont à l'heure actuelle les données du problème. Comment choisir entre ces trois ou plutôt entre ces deux théories, celle de la métastase de Berlin pouvant se confondre avec la théorie combinée de Schmidt-Rimpler et Panas.

La théorie de Leber-Deutschmann, souvent mise en défaut par les expériences du laboratoire, l'est également par les faits cliniques. L'inflammation sympathique, si on admet cette théorie, devrait s'observer dans presque tous les cas de plaie infectée de l'un des deux yeux; or, elle constitue l'exception. De plus, la sympathie ne devrait pas pouvoir se rencontrer de longues années après les lésions du premier œil, alors que ce dernier est resté silencieux un long espace de temps. Comment expliquer aussi l'apparition de l'ophtalmie sympathique à la suite de résections optico-ciliaires pratiquées du côté traumatisé longtemps auparavant? Enfin, le manque presque constant de symptômes méningitiques et le début de l'inflammation sur l'œil sympathisé au niveau de l'iris et du corps ciliaire cadrent mal avec l'hypothèse d'une infection propagée par les gaines lymphatiques des nerfs optiques en passant par le chiasma. Celle-ci devrait entraîner plus fréquemment une réaction inflammatoire du côté des méninges et la papille devrait être envahie la première, donnant au début de l'affection l'aspect de la papillo-rétinite, ce qui n'est pas la règle.

On comprend donc que la théorie de Leber-Deutschmann n'ait pas réussi à réunir tous les suffrages.

Celle de Schmidt-Rimpler et Panas est plus satisfaisante. On a bien invoqué contre elle une série d'arguments : Pourquoi, dit-on, l'irritation ciliaire ne se complique-t-elle pas toujours d'ophtalmie sympathique? Pourquoi, si l'infection vient non pas de l'œil antérieurement atteint mais d'un point quelconque de l'économie, les plaies infectées du globe y exposent-elles plus particulièrement? Comment enfin expliquer que l'ophtalmie sympathique exige toujours un minimum de quatorze jours environ après la lésion du premier œil pour se déclarer?

Il y a là sans doute quelques objections à la théorie mais elles ne sont pas suffisantes pour la faire écarter. L'irritation ciliaire ne se complique d'inflammation que s'il y a en même temps auto-infection ou auto-intoxication. On comprend également qu'une plaie infectée de l'œil, constituant déjà par elle-même une source d'infection, y expose plus particulièrement.

En résumé, sans nier absolument la doctrine de Leber-Deutschmann, nous croyons que celle de Schmidt-Rimpler et Panas doit trouver son application dans la plupart des cas.

---

(1) Panas. Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires, *Soc. franç. d'ophtalm.*, mai 1901, et *Arch. d'ophtalm.*, 1897, p. 273.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(18 décembre 1901)

La discussion sur les **plaies de la moelle** se poursuit. M. Nimier rapporte plusieurs faits de blessures de guerre qui viennent à l'appui de cette opinion que le diagnostic de plaie de la moelle est très difficile à porter immédiatement après l'accident. Par exemple, un soldat chinois reçoit un coup de sabre dans le dos; il est pris aussitôt de paralysie des membres inférieurs avec paralysie du rectum et de la vessie. Il meurt de péritonite consécutive à une autre blessure et, à l'autopsie, on constate que le coup de sabre a sectionné une lame vertébrale et déterminé un épanchement sanguin dans le canal rachidien. La moelle elle-même était intacte.

De plusieurs faits analogues signalés par M. Nimier, il résulte qu'il est à peu près impossible, en se basant uniquement sur les symptômes, de diagnostiquer une plaie de la moelle.

M. Walther, répondant à ses collègues, fait observer que tout le monde est d'accord sur ce fait de l'impossibilité d'un diagnostic précis de lésions médullaires d'origine traumatique. Il rappelle les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été communiquées dans cette discussion. Pour ne parler que du cas qu'il a lui-même cité et qui a été le point de départ de cette discussion, M. Walther rappelle combien d'avis différents ont été émis au sujet de cette malade, les uns ayant admis qu'il s'agissait d'une simple compression de la moelle, les autres ayant diagnostiqué une section incomplète, d'autres une section complète de la moelle. C'est en raison même de cette divergence dans les opinions que M. Walther, après de nombreuses hésitations, s'est décidé à intervenir. Cette intervention, d'ailleurs innocente, pouvait être fort utile en cas de compression par hématorachis, ou par un corps étranger ou un fragment osseux. Il s'agissait malheureusement d'une section complète de la moelle, contre laquelle l'opération ne pouvait rien. M. Walther revient aussi sur ce fait que sa malade n'a jamais eu de réflexes pendant les trois mois et demi qu'elle a vécu après l'accident. Il ne peut donc que maintenir ses premières conclusions.

M. Routier, à propos de la communication de M. Hartmann sur la **duodénostomie**, communique deux cas intéressants :

Le premier se rapporte à une femme qui avait avalé de l'acide sulfurique; elle vomissait tout et maigrissait considérablement. L'œsophage était libre; il y avait, au niveau de la région pylorique, un empâtement douloureux qui fit penser à M. Routier qu'il s'agissait d'une péritonite localisée. Il ouvrit l'abdomen et trouva le pylore caché profondément et très peu mobilisable. Il incisa l'estomac, fit pénétrer son doigt dans l'orifice pylorique par la cavité stomacale et constata que le pylore était absolument normal. Il y fit passer une grosse sonde rouge qu'il laissa à demeure, puis il s'en servit pour nourrir la malade. Elle succomba à une syncope; à l'autopsie, on trouva, en effet, une péritonite localisée; le pylore était absolument normal et les vomissements étaient dus à la péritonite.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, atteint de vomissements incoercibles dont la cause était d'un diagnostic difficile. Il y avait une tuméfaction rougeâtre au niveau de l'estomac; M. Routier ouvrit l'estomac et le trouva transformé en un véritable cylindre par un cancer. M. Routier fit une boutonnière dans le duodénum et y introduisit une sonde, qui permit d'alimen-

ter le malade. Celui-ci vécut douze jours. Un garçon de vingt-deux ans avale de l'acide chlorhydrique; il vomit tout; pensant à un rétrécissement du pylore, M. Routier pratiqua la pylorectomie par le procédé de Billroth. Le malade mourut d'inanition douze jours après.

Viennent ensuite les présentations : M. Cahier présente un soldat auquel il a pratiqué la laparotomie pour **deux perforations de l'intestin** résultant d'un coup de pied de cheval. Il ouvrit le ventre, trouva un épanchement sanguin et un épanchement de matières stercorales; il nettoya l'abdomen et trouva alors deux perforations de l'intestin distantes de 6 centimètres qu'il sutura; il ne fit pas de lavage; il draina. L'opération a pu être pratiquée une heure après l'accident. Le malade a parfaitement guéri.

M. Cahier présente un autre blessé qui a reçu **cinq coups de couteau dont l'un a touché la moelle** entre la septième et la huitième vertèbre dorsale. Ce malade fut pris de paralysie rectale, de perte de la motilité de la jambe droite et de perte de la sensibilité de la jambe gauche. Les réflexes étaient exagérés du côté où existait le trouble de la motilité. Cet homme avait eu une hémisection partielle de la moelle. Il a bien guéri.

M. Guinard présente une femme de cinquante-huit ans, qui souffrait depuis un an du côté du foie, s'amaigrissait, était prise à chaque instant d'urticaire et avait souvent une température de 39 ou 40 degrés correspondant à des poussées **d'infection biliaire**. Le diagnostic était hésitant entre un néoplasme et un calcul. M. Guinard opéra cette malade le 11 novembre; il trouva, dans la vésicule, un gros calcul de 0,03 centimètres de diamètre, pesant 10 grammes; il s'écoula un flot de bile et M. Guinard put ensuite retirer 28 petits calculs. Il y en avait un aussi dans le cholédoque. Il a extrait ces calculs, drainé et établi une fistule biliaire. La malade était complètement guérie trois semaines après.

M. Loison montre un malade qui était atteint de **pyonéphrose**; il fit une néphrotomie lombaire, donna issue à un litre de pus. Tout alla bien pendant six mois. Après ce temps, les douleurs reparurent et, avec elles, tous les symptômes de la pyélonéphrite. M. Loison incisa sur la cicatrice et fit une néphrectomie secondaire. Il resta une fistule pendant un ans. M. Loison insiste, à propos de ce fait, sur l'inutilité de la néphrotomie et la durée de la fistulisation.

M. Berger montre un cas de **fracture de l'olécrâne** traité avec succès par le cerclage, analogue à celui qu'on fait pour la rotule. Ce malade portait, en même temps, une **luxation incomplète du semi-lunaire**.

M. Berger présente également un **kyste dermoïde du plancher buccal**.

Enfin, M. Schwartz montre des pièces anatomiques relatives à une **grossesse extra-utérine**. Opérée au dixième mois, elle représentait un gros kyste auquel adhérait le gros intestin. C'est la trompe droite qui contenait le fœtus. M. Schwartz enleva aussi la trompe gauche, mais laissa l'ovaire. Malgré cela cette malade n'a jamais revu ses règles.

Le bureau de la Société de chirurgie sera ainsi constitué pour 1902 :

Président, M. Bouilly; vice-président, M. Kirmisson; secrétaire général, M. Segond; premier secrétaire, M. Bazy; deuxième secrétaire, M. Felizet; trésorier, M. Walther; archiviste, M. Broca.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1902

(Les Concours seront clos fin février 1902.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues jusqu'à présent les souvent plus incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année,

aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2300 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des diverses formes de la démence.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

PRIX FALRET. — 700 francs. (Biennal.) — Question : *Des somnambulismes.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1328 francs 3 p. 100. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif du tétanos.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. — Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

PRIX LAVAL. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 4000 francs. (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* — Ce prix ne pourra être partagé.

« Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie). — Si ce concours était supprimé ou modifié de façon qu'il n'y ait plus de premier prix, ce legs serait attribué à un prix de thérapeutique, dont les conditions seraient indiquées par l'Académie, suivant les intentions de M. Oulmont.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général, ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera

à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1903

(Les concours seront clos fin février 1903.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX APOSTOLI. — 600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. — La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1903. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1904. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX ITARD. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX JULES LE FORT. — 300 francs. (Quinquennal). — Ce prix, qui ne pourra être divisé, sera attribué à l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation, sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX HENRI ROGER. — 2500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

PRIX TARNIER. — 3000 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1417.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1904

(Les Concours seront clos fin février 1904.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX APOSTOLI. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1415.)

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des applications de la radiographie à l'obstétrique.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Traiment chirurgical des néoplasmes du gros intestin à l'exception du rectum.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX FALRET. — 700 francs. (Biennal.) — Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX HUGUIER. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX LOUIS. — 3000 francs. (Triennal.) — Question : *Sérothérapie et fièvre typhoïde.*

PRIX MÈGE. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Étiologie et pathogénie de l'artério-sclérose.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX STANSKI. — 1400 francs. — (Voir plus haut, p. 1416.)

PRIX TARNIER. — 3000 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1417.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — Séance du 18 décembre. — *Pathologie.* — MM. Agasse-Lafont, 12; Rigollot-Simonnot, Rottenstein et Pelletier, 11; De Martel et Dramard, 10; Gaultrey, Léon Durand et R. Dieuzeide, 9; Handelsmann, 6.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 50e semaine, 954 décès, au lieu de 975 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 949. On remarque la fréquence relative de la diphtérie.**

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 10 pendant les deux semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux continue à diminuer (45 au lieu de 50 et 57).

La variole a causé 8 décès, au lieu de 1, 2 et 9 pendant les semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux continue à augmenter (47 au lieu de 30 et 21).

La rougeole a causé 3 décès, comme la semaine précédente, au lieu de la moyenne 4; la scarlatine 1 (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 2 pendant la dernière semaine; la coqueluche 2, au lieu de 6 pendant la dernière semaine (la moyenne est 4); la diphtérie, encore en augmentation, a causé 27 décès, au lieu de 21, 18, 20, 11 pendant les semaines précédentes; ce chiffre qui, avant 1894, aurait paru normal, est le plus élevé qui ait été constaté depuis cette année mémorable. Pour trouver un chiffre plus fort, il faut remonter jusqu'à la 21e semaine de 1894 (du 20 au 26 mai), où il y en avait 30; celui qui s'en rapproche le plus (26) ayant été constaté cette année pendant la 20e semaine (du 12 au 18 mai). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a aussi augmenté (155, au lieu de 140 et 114). Le nombre des entrées dans les hôpitaux a aussi augmenté (119 au lieu de 90).

La diarrhée infantile a causé 30 décès de 0 à 1 an.

En outre, 31 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 183 décès, au lieu de 204 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 21 (au lieu de la moyenne 24); pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 41); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 109 (au lieu de la moyenne 103), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la broncho-pneumonie. En outre 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès; la méningite tuberculeuse, 25 décès; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 69 décès; les maladies organiques du cœur, 58; le cancer a fait périr 58 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 18; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnet, médecin du bey de Tunis; Bettinger (de Reims) et Pierre Garnier (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 148. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 24 DÉCEMBRE 1901. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Le concours de l'internat. — CLINIQUE CHIRURGICALE (*Clinique Baudelocque*). Ostéomyélites prolongées à foyers multiples, par M. A. BROCA, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des affections gastro-intestinales des nourrissons (*fin*), par M. LEVI-SIRUGUE, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ORDRE DE LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — 1. MM. Guérault, Hudelot, Bourretère, Cailleux, Rœderer, Auburtin, Piérart, Lebret, Thuilleux, Lebras.

11. Baillon, Durey, Chiray, Bonhomme, Chapotin, Jouve, Clermonthe, Croste, Chapoy, Pater.

21. Christesco, Amblard, Cléret, La Play, Lévy (Fernand), Chaix, Brissy, Rodocanachi, Leroux, Villandre.

31. Ollier, Tassin, Boudréaux, Omiécinski, Barbier (Pierre), Feuillié, Trèves, Capette, Dreyfus, Herbinet.

41. Ricou, Cantonnet, Cerise, Claret, Mignon, Blatin, Marsan, Papin, Claude, Lemaître (Jules).

51. Alquier, Mathieu (Paul-Georges), Barré, Blairon, Lafosse, Rendu, Ramond, Brunschwig, Rembert, Deniker.

61. Broc, Dinet, Dennecé, Jamet, Barbé, Bour, Rousseau, Magitot, Dupuy (Pierre), Reulos (Aug.)

71. Violle, Klein (Robert), Chahuet, Nicolas (Ch.), Delille, Baudoin (Emile), Gaudemet, Ferry, Rilot, Leremboure.

81. Jacquemin, Gros-Dévaud, Nivet, Genévrier, Deshayes, Labouré, Cattier, Roblès, Boisseau, Royer.

91. Stettiner, Lemaire (Louis), Lagleize, Guerder, André, Thaon, Calvé, Guérin-Beaupré, Brenot, Vaïas.

101. Barthélemy, Darré, Nathan, Pepin, Gomand, Delbos, Dubois (Gaston), Dubois (Paul), Friedel, Dieu.

111. Ledoux, Gabail, Kiener, Louit, Descomps, Onfray, Martin (André), Bouchot, Algret, Israëls de Jong.

121. Flourens, Madelaine, Tanon, de Lacombe, Préciado, Perpère, Coutelas, Lestelle, Sauvé, Guérin (Alph.).

131. Fruictier, Rivet, Billon, Gaillard, Fabre (Paul-Jules), Lesage, Renaudin, Galezowski, Claeys, Picot.

141. David (Ch.), Denéchau, Cazeaux, Sigre, Burcker, Huchet, Beauchef, Darcanne, Gargaud, Monod (Oct.).

151. Binet, Roche, Wagner, Chirié, Troller, Gourmand, Mariette, Boulouneix, Lamarre, Clément.

161. Baudouin (Alph.), Labarrière, Tixier (L.-E.-J.), Français (Ray.), Viteman, Blanluet, Durozoy, Séris, Jousset, Mathieu (P.-A.).

171. Moreau (Pierre), Barnsby, Heller, Kauffmann, Laurent, Braun, Goulard, Cotonnec, Guilly, Blondin.

181. Hernandez, Evrard (Georges), Gachet, Matry, Cointepas, Foisy, Chaignot, Leduc, Demanche, Feillard.

191. Fayolle, Desmoulins, Fabre (J.-M.-J.), Bornait-Legueule, Lavenant, Siegel, Zentler, Gimbert, Laborde, Hautant.

201. Lemaire (Henri), Bing, Célerier, Duval, Germain, Pathault, Dezarnaulds, Philibert (André).

Pathologie. — MM. Rigollot-Simonnot, Dramard.

211. Rottenstein, de Martel, Pelletier, Garban, Gaultry, Durand (Léon), Elloy (André), Dieuzeide (R.), Savornin, Sagot.

221. Jacobsohn, Guyot (Louis), da Silva Parahos, Cottard (Eug.), Boudin, Belgodère, Walter, Labrevoit, Bresselle, Richou.

231. Desmarets, Cottard (Georges), Sée, Munch, Mlle Mouroux, MM. Batisse, Hubert, Wapler, Guilloire, Wicart.

241. Dalimier, Manoussi, Georget, Le Meur, Le Louët, Faure-Beaulieu, Gaudeau, Dupouy, Béal, Delapchier.

251. Muller, Prunier, Dromard (René), Jacob, Villepelet, Chauveau, Bonta, Lemaire (Jules), Colombel, Francoz.

261. Broca, Jardry, Roland, Braunberger, Cauchoix, Bresard, Mesnil, Delmas, de Gandt, Mougeot.

271. Nicolas (Michel), Loubier, Lebar, Debrovitch, Ambrosi, Ferté, Vermeil, Roux (Justin), Mourlhon, Bourguignon.

281. Laederich, Verliac, Burgaud, Noréro, Gillet (René), Picquet, Rigoulet, Bardon, Villaret, Jeannel.

291. Roussel (René), Chevallier, Leenhardt, Hébert, Mlle Maugeret, MM. Vincent (Jules), Reulos (Marcel), Rabier, Dehérain, Guillaume (Louis).

301. Semper, Delion (Marcel), Thorel, Gratiot, Crouzet, Schœfer, Challamel, Camus (M.), Daversin, Bouchez.

311. Demarque, Jouvin, Handelsmann, Sourdillé, Pillet, Ortel, Trémolières, Roussy, Duc-Dodon, Mettey.

321. Caldaguès, Gicoux, Haubourdolle, Oppert, Chastagnol, Ripart, Sénéchal, Gruget, Tansard, Caruette,

331. Galippe, Bloch, Tixier (Léon-Joseph), Morel, Corlieu, Küss, Mahoudeau, Villebrun, Le Sourd, Burgaud (Ludovic).

341. Béclard, Teisseire, Besnier, Baldenweck, Vidal, Bréchot, Taquet, Gravelotte, Cornélius, Berthaux.

351. Grosset, Rouhier, Simon, Rabourdin, Bernheim (André), Billaudet, Maillard, Landowski, Apte, Boudet.

361. Deglos, Poisot, Vicq, Lutaud, Mary, Morisetti, Cailliau, Juquelier, Aubin, Camus (Paul).

371. Fabre (Eugène), Maringer, Poupardin, Perreaux, Sari, Renaud (Joseph), Labadie-Lagrave, Patry, Mouret, Français (H.).

381. Dévé, Pernot, Nandrot, de Fourmestraux, Massou (Albert), Erzbischoff, Sautelet, Le Jemtel, Jouhaud, Lemaistre.

391. Levassort, Chazarain, Saillant, Perrin, Agasse-Lafont, Girod, Manet (Joseph), Liné, Langin, Chartier.

401. Hérisson, Lehmann, Fernet, Houzel, Carlotti, Fournier, Renaud (Maurice), Roques, Krantz, Lévi-Franckel.

411. Fay, Beaufumé, Autefage, Privat de Fortunié, Debidour, Bailleul.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — A la suite du concours ouvert le 9 décembre, M. Bérard a été nommé chirurgien des hôpitaux.

Angers. — Sont nommés, après concours, internes titulaires : MM. Launay et Barbary; internes provisoires : MM. Benon, Guillet (François), Buineau et Chené.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. Plauchu est nommé chef de clinique obstétricale, M. Voron chef de clinique adjoint.

Écoles de médecine. — *Angers.* — M. Brion est nommé professeur de pathologie externe; M. Barthelat est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

Marine. — M. le médecin de première classe Audiat, du port de Rochefort, désigné pour le *Linois*, sera placé en subsistance sur le *Charlemagne*.

M. d'Auber de Peyrelongue, élève du service de santé de la marine, a été nommé médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, et est autorisé à faire du service au port de Toulon en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — *Société centrale.* — Pendant les vacances, la Société centrale de l'Association générale des médecins de France a alloué aux veuves et orphelins des anciens membres de la Société une somme totale de 2400 francs. — De plus, au mois d'octobre, il a été donné 350 francs de nouveaux secours.

Paris, le 23 décembre 1901.

LE CONCOURS DE L'INTERNAT

En ce moment, le concours de l'internat bat son plein et les séances de lecture se succèdent régulièrement à l'hôpital Beaujon. Il serait tout à fait prématuré de vouloir tirer dès maintenant une appréciation quelconque de la valeur moyenne des copies. Il est permis toutefois de se faire une idée de la façon dont les questions sorties de l'urne ont impressionné les candidats.

La question de pathologie « goitre exophtalmique » est une question réputée classique. Elle est connue de la grande majorité des candidats, pour lesquels elle n'a point été une surprise. Aussi est-il probable que, exception faite pour un petit nombre de copies hors pair, comme il en existe toujours, et pour quelques copies insuffisantes de jeunes débutants, la note oscillera dans une moyenne normale, groupant en faisceau compact 100 ou 150 candidats.

Rien n'est plus insipide que ces questions classiques, connues de tous, fondues et coulées dans le même moule, dans lesquelles toutes les choses essentielles sont dites et où la note se joue sur des nuances souvent difficiles à apprécier et à mettre au point.

Aussi, dans le concours actuel, la classification des candidats semble devoir se faire sur la question d'anatomie. Cette question, paraît-il, est moins classique. Pourquoi? Il est peut-être possible de l'expliquer. Depuis que l'internat existe et depuis que les conférences se succèdent, il a semblé que tout ce qui n'était pas un viscère, un organe thoracique ou abdominal ne méritait pas le nom d'anatomie. Les candidats préparaient, à l'envi, des questions comme rectum, pancréas, vessie, face inférieure du foie, médiastin, rapports du rein, arrière-cavité des épiploons, etc., questions à clichés et à tiroirs où une érudition artificielle l'emportait sur la vraie connaissance de l'anatomie exacte.

A cette époque, il y avait un motif expliquant la prédominance de ces questions par trop spéciales. Cela tenait à ce qu'à la question d'anatomie se juxtaposait la question de pathologie. De là : « Rectum. Rétrécissements du rectum. — Muqueuse intestinale. Fièvre typhoïde, » etc. Or, l'anatomie des membres ne comportant que peu ou pas de questions médicales pures, la question d'anatomie consistait, neuf fois sur dix, en une question de splanchnologie.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi; depuis la scission du jury initial en deux sections, les questions sont données séparément et indépendantes; il n'y a plus accolement nécessaire entre les deux questions posées, aussi le champ de l'anatomie est devenu plus vaste; il faut désormais que les futurs candidats se fassent à cette vérité : il n'existe plus d'anatomie spéciale pour les candidats à l'internat.

Cette petite modification n'est point pour nous déplaire, car il faut avouer que le bagage anatomique de la plupart des internes est clos dès leur réception. Sauf ceux qui se destinent à la carrière des concours, on peut dire que tous les autres ferment leur livre d'anatomie en prenant la calotte d'interne.

Or il serait regrettable qu'on titularisât des élèves pour qui l' « artère sous-clavière », question posée en 1900, et le « nerf médian », question de cette année, seraient restés dans les mystères troublants de l'inconnu.

Désormais, en se rendant à l'Hôtel de Ville, le candidat saura qu'il n'y a pas deux sortes d'anatomie, que l'articulation de la hanche est aussi bien une question d'internat, d'externat ou de médaille d'or, et nous n'entendrons plus cette ridicule réponse d'un élève blackboulé, qui s'excusait d'avoir filé parce que la question posée était une simple question d'externat, indigne de sa grandeur de candidat à l'internat.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — CLINIQUE BAUDELOCQUE

OSTÉOMYÉLITES PROLONGÉES A FOYERS MULTIPLES

Par M. A. Broca,
Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades).

Les deux malades que j'ai fait venir aujourd'hui souffrent d'ostéomyélites prolongées, l'un du tibia, l'autre du fémur, et ils présentent cette particularité commune d'avoir été atteints l'un dans les premiers jours de l'infection, l'autre tardivement, de foyers ostéomyélitiques secondaires.

Prolongation, foyers secondaire, tels sont les deux points que je veux mettre en relief. Mais pour bien saisir les détails, il est indispensable que vous ayez quelques notions générales sur l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite.

I

Autrefois attribuée à une lésion du périoste, et nommée *périostite phlegmoneuse diffuse*, l'*ostéomyélite aiguë* est aujourd'hui rapportée à une lésion plus profonde, partant, sur le sujet en croissance, de la région appelée *bulbe de l'os* : qu'est-ce que ce bulbe?

Tout os long est formé d'un corps ou diaphyse et de deux extrémités articulaires ou épiphyses; et primitivement, pendant la période d'accroissement, dans chacune de ces trois régions est un point osseux spécial. On doit, en effet, au point de vue qui nous occupe, réunir en un bloc les points complémentaires dont l'union constituera chaque épiphyse. Entre la diaphyse et chaque épiphyse, la continuité est établie par un *cartilage* baptisé *conjugal*, à cause de son rôle d'union, et c'est aussi un *cartilage d'accroissement*, si l'on veut, dans sa définition, mettre en vedette son rôle physiologique.

Car si l'os s'accroît en épaisseur par apposition de couches sous-périostées, il s'allonge par superposition de strates successives, horizontales, à la jonction entre l'os et le cartilage conjugal. Mais les expériences physiologiques ont démontré que le travail ossifiant est à peu près nul entre le cartilage et l'épiphyse, qu'il est vif au contraire entre le cartilage et la diaphyse : cette face diaphysaire du cartilage d'accroissement est le bulbe, prédisposé de par son activité fonctionnelle aux localisations d'infections pyogènes, ostéomyélitiques, aussi bien qu'aux localisations syphilitiques et même néoplasiques.

Ce n'est pas tout : dans chaque os long, la presque totalité de l'allongement est fournie par un seul des cartilages. Au membre supérieur, les épiphyses utiles sont celles qui sont éloignées du coude, par conséquent la supérieure pour l'humérus, l'inférieure pour le radius et le cubitus. Au membre inférieur, au contraire, c'est auprès du genou que se donnent rendez-vous les deux cartilages fertiles. Dans ces épiphyses les points osseux apparaissent de meilleur heure, en outre ils se soudent plus tard à la diaphyse, en sorte qu'ainsi augmentée par ses deux bouts la vie propre du cartilage épiphysaire est, à l'extrémité fertile de l'os, beaucoup plus longue qu'à l'extrémité opposée : activité supérieure, existence prolongée, voilà deux motifs pour que l'ostéomyélite de la croissance s[illegible]ettement plus fréquente sur les car-

tilages que je viens d'énumérer. Entendons-nous bien, je ne veux pas dire que l'ostéomyélite soit plus fréquente en bas du radius qu'en bas du tibia, mais que dans le radius elle est plus fréquente en bas qu'en haut; en haut qu'en bas, au contraire, dans le tibia.

Partie du bulbe osseux, l'infection gagne tout à son aise la volumineuse moelle du canal médullaire central et quelquefois même l'envahit de bout en bout, d'où une *ostéite bipolaire* où les deux cartilages conjugaux sont pris. Mais la moelle n'est pas seulement dans le canal central : elle est partout où le tissu conjonctif mou à petites cellules entoure les vaisseaux, sous le périoste et dans les canaux de Havers. Ce tissu, aux dépens duquel se nourrit par imbibition l'os calcifié, est seul susceptible de s'enflammer, et il gonfle en s'enflammant, il étrangle les vaisseaux nourriciers, en sorte que l'os privé de nourriture se mortifie; la mortification de l'os s'appelle la nécrose.

Mais la nécrose n'a rien interrompu dans la continuité de la diaphyse : c'est plus tard que, peu à peu, autour de la partie nécrosée s'établit, comme autour de toute plaque de gangrène, un sillon d'élimination où le tissu conjonctif proliféré ronge l'os entre le mort et le vif. La partie morte se trouve ainsi libérée : à la nécrose a succédé le *séquestre*. Mais en même temps le périoste décollé et enflammé a réagi à sa manière, c'est-à-dire par ossification de la couche sous-périostée, qu'avec Ollier les chirurgiens doivent, au point de vue pratique, attribuer à la face profonde du périoste plutôt qu'à la face superficielle de l'os. Cet *os nouveau sous-périosté* entoure l'os ancien, nécrosé, en sorte que le *séquestre* se trouve *invaginé*. Dans cette gaine qui forme une *hyperostose* plus ou moins volumineuse, sont ouverts quelques trous, les *grandia foramina* de Troja, par lesquels le foyer infecté communique avec l'extérieur; mais ces orifices sont insuffisants pour laisser passer autre chose que des parcelles osseuses, les gros séquestres restent emprisonnés. D'où une impossibilité presque complète de guérison spontanée par élimination de ce qui a été malade; d'où la nécessité, quand on opère, d'ouvrir d'abord largement de nouveau pour avoir accès sur les séquestres, pus et fongosités, qui dépendent de l'os ancien.

A l'aide de ces données générales, nous allons comprendre facilement l'histoire particulière des cas cliniques dont je veux vous entretenir.

II

Notre premier malade est un garçon de douze ans qui porte une fistule ossifluente à l'extrémité inférieure du fémur droit, et, à l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, une cicatrice soulevée par une bosselure fluctuante, à la place de laquelle existait une fistule il y a deux mois environ. Nous pouvons dire qu'il y a deux fistules, car dans quelques jours celle de l'épaule sera de nouveau ouverte.

Mais ne me suis-je pas un peu compromis en vous parlant sans discussion de fistules ossifluentes, avant d'avoir fait l'exploration du stylet? D'une manière générale, cette exploration est inutile et sans elle vous avez le droit d'affirmer l'origine osseuse quand vous avez sous les yeux l'aspect que vous présentent les lésions de notre malade.

D'abord, en effet, une fistule au niveau des membres ne peut guère venir que d'un os ou de ganglions : en haut et en arrière de l'humérus, en bas et en dedans du fémur, il n'y a pas de ganglions. Et par contre, tout de suite vous constatez que l'os est malade, car il est adhérent à la face profonde de la cicatrice déprimée sur laquelle s'ouvre la fistule, car, en second lieu, l'extrémité inférieure du fémur trahit à l'extérieur sa participation par une augmentation manifeste de volume.

Au premier abord, ce signe n'est pas très accentué, et je dois d'ailleurs reconnaître que, dans le cas particulier, il est relativement peu prononcé. Cependant, lorsque l'enfant est assis sur la table, bien en face de vous, les jambes pendantes, vous voyez que la cuisse droite est nettement plus grosse que la gauche, et quand à l'inspection vous faites succéder la palpation, vous sentez qu'à gauche, avant d'arriver au fémur, vous devez pincer entre vos doigts une forte masse musculaire, tandis qu'à droite vous n'êtes séparés de la surface fémorale que par une mince couche de quadriceps.

Enfin, même si l'hyperostose faisait défaut, nous pourrions être certains que les fistules viennent de l'os, car des deux sont sorties spontanément, à diverses reprises, des lamelles nécrosées qui sont un certificat d'origine incontestable.

Dès la première question, vous apprenez que ces deux fistules sont anciennes, correspondent à une lésion chronique : elles ont trois ans et demi de date. Dès lors vous devez envisager l'hypothèse d'une altération tuberculeuse du squelette, ce qui va bien avec deux données : chronicité, multiplicité. Mais en quelques secondes vous devez avoir renoncé à cette opinion.

D'abord, vous voyez, aussi bien au fémur qu'à l'humérus, que les incisions et fistules siègent nettement vers la diaphyse et non point vers l'épiphyse. A la cuisse gauche, il y a une incision en dedans, une en dehors, et celle-ci seulement est fistuleuse : elles sont toutes deux fort au-dessus des condyles. A l'humérus existe en arrière et en haut une cicatrice verticale soulevée par une bosselure grosse comme une noisette, rouge, fluctuante, douloureuse à la pression; pour celle-là, quoique cependant elle soit au-dessous de la tête, vous pourriez hésiter; mais en avant est une cicatrice arrondie, trace d'un trajet spontanément formé, qui siège à peu près à la hauteur du V deltoïdien. Cela va bien avec ce que je vous ai dit, dans mon préambule d'anatomie pathologique, sur le siège initial des lésions à la face diaphysaire du cartilage conjugal, avec progression vers la diaphyse qui se nécrose. L'ostéite tuberculeuse, au contraire, affectionne plutôt les épiphyses et quand, auprès du genou, de l'épaule, existent de vieilles fistules, il est de règle que le processus ait envahi la synoviale voisine, qu'il se soit constitué une ostéo-arthrite fongueuse. Or ici les deux articulations sont parfaitement saines et souples : cette intégrité n'est pas constante au cours de l'ostéomyélite, mais quand vous l'observez, elle vous fournit, comme dans le cas actuel, un argument important pour l'ostéomyélite, contre la tuberculose.

De plus, vous avez sous les yeux les esquilles auxquelles ont donné issue les trajets fistuleux. Or l'élimination spontanée de séquestres, fréquente au cours de l'ostéomyélite, est rare dans la tuberculose; et en outre les séquestres sont des lamelles diaphysaires minces, blanches, dures, compactes, pointues, découpées et perforées en dentelle. Cet aspect ne laisse pas de place au doute : ce n'est pas celui des séquestres poreux, spongieux, grisâtres de la tuberculose, c'est celui des séquestres de l'ostéomyélite.

Voilà ce que vous voyez aujourd'hui, indépendamment de tout interrogatoire, et cela vous suffit pour une quasi-certitude : avec deux mots d'interrogatoire sur l'évolution du

mal votre certitude va devenir absolue, car vous allez apprendre que l'histoire du début a été, sans contestation possible, celle d'une ostéomyélite aiguë.

Le 24 avril 1898 l'enfant, assez délicat jusque-là mais bien portant, est rentré de l'école en se plaignant d'une douleur au genou qui le faisait boiter; le lendemain il a gardé la chambre sans garder le lit, et le surlendemain on l'a purgé. Mais déjà il souffrait davantage; puis la région a gonflé, est devenue douloureuse au toucher, la fièvre s'est allumée, l'appétit a disparu, et c'est après une nuit d'agitation, de délire, que le malade nous a été apporté, le 29 avril, à l'hôpital Trousseau.

Ce début fébrile rend le diagnostic assuré, et cela, joint à l'état local actuel, nous permet de remonter à l'origine vraie du mal, car tuberculose ou syphilis ont, sauf exception, un début insidieux, une évolution torpide, on ne peut préciser quel jour a commencé la lésion. Et permettez-moi d'ajouter, rétrospectivement, qu'à cette période initiale un temps précieux a été perdu, faute, pendant les cinq jours, d'un diagnostic précis. On semble avoir cru, d'abord, à une arthrite, à un rhumatisme peut-être, et si, dans l'espèce, le retard n'a pas eu de conséquence mortelle, souvent il n'en sera pas ainsi et vous ne sauverez la vie du sujet que si vous opérez les premières heures, si vous luttez de vitesse avec le mal. Or le diagnostic avec le rhumatisme est aisé, au genou tout au moins, car la douleur à la pression est vive, en cas d'arthrite, sur l'interligne articulaire et sur la synoviale, en cas d'ostéomyélite, sur la ligne dia-épiphysaire : et au genou plusieurs centimètres séparent ces deux lignes, le cartilage conjugal étant franchement au-dessus des condyles. Et dans cette étude de la douleur par pression localisée, ayez soin, pour éviter toute cause d'erreur, d'appuyer non pas seulement sur la région phlegmoneuse, mais au point diamétralement opposé, là où rien ne paraît extérieurement enflammé : le cartilage entier a subi, en effet, des altérations sérieuses; et quand vous trouvez sur un os une douleur aux deux bouts du diamètre, il faut bien que vous invoquiez, pour l'expliquer, quelque chose qui traverse de part en part; ce quelque chose ne peut être que le cartilage conjugal.

Lorsque je vis l'enfant, l'évidence clinique était parfaite : fièvre à 39°7 avec état infectieux des plus alarmants, délire continuel, gonflement du tiers inférieur de la cuisse, en dehors surtout, avec fluctuation à trois travers de doigt au-dessus du condyle externe; c'était plus qu'il n'en fallait pour reconnaître une ostéomyélite des mieux caractérisées, pour être conduit, par conséquent, à inciser l'abcès et à trépaner largement l'os, dont le canal médullaire contenait du pus. Et le pronostic devait être très réservé, car le pouls battait à 160, les urines étaient légèrement albumineuses.

Je passe sur ces questions de pronostic et de traitement, malgré leur importance capitale, car le but de ma leçon est avant tout d'attirer votre attention sur le foyer d'ostéomyélite qui s'est produit secondairement dans la tête de l'humérus gauche car, immédiatement ou au bout d'un temps variable, ces ostéomyélites à foyers multiples prêtent à quelques considérations pratiques intéressantes. Le malade dont je vous ai parlé jusqu'à présent est un exemple d'infections multiples immédiates, où la lésion humérale a été contemporaine, ou à peu près, de la fémorole.

Après ma première opération il y eut le soir et le lendemain matin une amélioration notable, avec température à 39°4 et 39°, et cela persistait le 1er mai, quoique le thermomètre eût marqué 40°2 et 39°6. Puis le 2 mai, le délire ayant repris, la langue étant sèche, une douleur se manifesta à l'épaule gauche; le 6 mai, ce fut le tour de la jambe gauche en haut. Pendant ce temps la température avait un peu baissé : du 30 avril au 2 mai, elle avait atteint 39°8 le matin et 40°4 le soir; du 2 au 6 mai elle oscilla de 38°5 à 39°5, soit une différence moyenne d'environ un degré. Mais l'état général restait des plus graves. Malgré tout le soin que je mis alors à surveiller les points du squelette devenus douloureux, pendant tout ce temps je n'y trouvai ni gonflement, ni circulation veineuse exagérée, ni rougeur, ni œdème, ni empâtement, rien en un mot qui m'incitât à opérer, et c'est le 7 mai seulement qu'une double lésion se manifesta : un abcès gros comme une noix, fluctuant, sans réaction phlegmoneuse, soulevait la région scapulaire derrière la tête de l'humérus et il en sortit un pus épais, jaune, rougeâtre; en outre aux deux bases l'auscultation du poumon faisait entendre des râles sous-crépitants humides, avec un souffle broncho-tubaire à droite. Ce fut, heureusement, l'apogée des accidents : le 8 au matin, la température était de 38°6 et elle y resta le soir; le 9, elle marqua 38°4 et 38°2; du 10 au 15 elle atteignit 38 degrés le soir, puis elle oscilla entre 37 et 37°8 et elle en était là lorsque, en bonne voie de guérison, l'état général s'étant bien relevé et les plaies ayant bon aspect, le malade fut repris par ses parents.

En interrogeant une famille profane vous n'obtiendriez certes pas des renseignements aussi précis que ceux de ma fiche hospitalière : mais il est impossible qu'une maladie semblable, et même moins aiguë, échappe à vos investigations. Je mets à part, pour aujourd'hui, les cas d'ostéomyélite chronique d'emblée, et je pense vous avoir fait comprendre comment, d'une fistule ossifluente chronique, vous pouvez remonter à l'ostéomyélite aiguë initiale. Pour tirer de notre malade tous les renseignements qu'il comporte, j'ai à reprendre, dans l'histoire que je viens de résumer, ce qui a trait aux foyers infectieux secondaires.

III

L'ostéomyélite est, à vrai dire, une infection générale, pyohémique, capable de tuer un enfant en quelques jours, j'allais dire en quelques heures; et quand alors on pratique l'autopsie, il est fréquent, de règle même peut-être, que l'on trouve des foyers infectieux multiples, véritables infarctus pyohémiques dans les viscères, dans les séreuses, dans des os plus ou moins nombreux. Dans ces cas, qui seuls vont m'occuper, la lésion peut devenir aussi grave, aussi étendue que celle du point initial et principal, mais souvent aussi l'attaque est moins intense localement, s'accompagne de moins de réaction générale. La disproportion a été grande, chez notre enfant, entre l'état du fémur et celui de l'humérus, et un observateur peu familier avec les habitudes de l'ostéomyélite aurait volontiers cru à un abcès insignifiant des parties molles : de fait, la réaction osseuse a été assez légère pour que, chez un enfant qu'il fallait ébranler le moins possible en raison de la bronchopneumonie, j'aie cru devoir m'en tenir à un simple coup de bistouri dans la petite collection, sans chloroformiser le suje pour aller examiner l'os et le trépaner au besoin. Mais j'étais bien sûr que là-dessous l'os était malade : opinion démontrée exacte par la persistance de la fistule, par l'ouverture d'un trajet vers la pointe du V deltoïdien, enfin par l'élimination d'un petit séquestre il y a deux mois en

viron. Cette élimination a été suivie de la cicatrisation de l'orifice qui suppurait depuis trois ans et demi : fermeture temporaire, car l'abcès actuel vous prouve que dans le fond tout n'est pas fini.

Il est certain que ces foyers osseux secondaires exigent une intervention rapide, sitôt que du pus est formé dans l'os ou sous le périoste, mais la détermination opératoire est quelquefois délicate à prendre. Le début de ces embolies pyohémiques dans le squelette est marqué par une douleur vive et localisée, spontanée et à la pression. Mais si cette souffrance est bien révélatrice d'une menace d'ostéite, d'une *ostéomyélite larvée* comme disent, de façon peut-être un peu impropre, Poncet (de Lyon) et son élève Mialaret, cela ne veut pas dire qu'il faille, sur ce seul symptôme, trépaner l'os ; une opération toujours un peu longue exigeant la chloroformisation ne doit pas être entreprise à la légère sur un sujet gravement infecté, dont les reins fléchissent, dont le poumon est en imminence morbide, si même il n'est déjà enflammé. Or vous avez appris, par l'histoire de notre malade, que l'embolie septique annoncée par la douleur est susceptible de résorption. Vous devrez donc surveiller attentivement la région de l'œil et du doigt, être à l'affût du moindre signe d'abcès, d'inflammation. Et que votre surveillance ne soit pas limitée aux points douloureux : car à côté de cette forme à début nettement marqué, il en est une autre où, sans douleur, sans rougeur, sans empâtement, se collecte un abcès presque froid, dont les symptômes légers sont d'autant plus facilement masqués que l'état général du sujet est plus gravement compromis.

Douloureux ou non, trahis ou non par une poussée thermique, ces abcès osseux secondaires se forment souvent avec une rapidité étonnante, comme ces *abcès soudains* que décrivait Delpech. Aussi, pour les déceler à temps, devrez-vous, chez tout sujet opéré d'ostéomyélite aiguë, passer matin et soir la revue de toutes les épiphyses accessibles à l'œil, à la pression, à la palpation. Examinez en même temps les urines, auscultez et percutez le cœur et les poumons, car sans cela vous méconnaîtrez les néphrites, pleurésies, pneumonies, endocardites, péricardites dont l'ostéomyélite se complique souvent.

Pour les lésions viscérales, c'est surtout une manière d'établir un pronostic raisonné, car il est bien rare d'arriver au succès après drainage d'une pleurésie et surtout d'une péricardite suppurées; mais il y a quelques cas de guérison, donc vous devez opérer. Quant à l'indication opératoire, lorsque existent des foyers osseux multiples, elle est encore plus formelle : le pronostic est sévère, mais non désespéré. Notre malade a guéri après avoir eu deux os pris, les reins, le poumon; et voici un exemple à foyers encore plus nombreux.

Le 30 septembre 1891, j'ai reçu, venant d'un service de médecine, où pendant vingt-quatre heures on l'avait soigné pour un rhumatisme articulaire aigu, un garçon auquel j'ouvris successivement des foyers sur l'extrémité inférieure du tibia gauche, sur la tête de l'astragale droit, sur le radius gauche en bas, sur le fémur droit en bas, sur la tête du péroné gauche, sur le deuxième métatarsien droit. Dans tous les foyers, on trouva le staphylocoque doré : et je dois ajouter que tous se fermèrent vite, avec des cicatrices non adhérentes, sans hyperostose; seul le tibia gauche resta fistuleux et dut être évidé.

C'est encore pour un rhumatisme articulaire aigu de l'épaule — vous voyez que même à l'hôpital l'erreur dont je vous parlais tout à l'heure n'est pas rare — qu'une fille de douze ans fut soignée au salicylate de soude du 6 au 9 novembre 1895; et en passant, notez ce fait intéressant, que cinq semaines auparavant l'enfant avait eu de l'impétigo du cuir chevelu, que le 7 novembre elle eut une angine aiguë à staphylocoques. Je lui trépanai l'extrémité supérieure de l'humérus, puis, le 12 novembre, la malléole externe droite, avec arthrotomie tibio-tarsienne. En même temps existaient des douleurs, qui n'aboutirent à rien, aux deux extrémités du fémur droit, puis à la partie antérieure de la crête iliaque droite; en ce dernier point j'opérai le 18 novembre parce qu'il y avait un peu de gonflement, mais je ne trouvai aucune lésion de l'os.

Après cela, il n'y eut plus rien de neuf jusqu'à la fin de novembre et l'enfant alla bien, fut presque sans fièvre. Mais vers le 29 ou 30 novembre, elle commença à se plaindre d'une douleur de tête bien limitée dans la fosse temporale droite; et le 1er décembre la température monta à 38°6, pour y rester le 2 décembre matin, en même temps, la céphalalgie était vive, l'état général mauvais. Mais localement un seul signe était appréciable : la douleur localisée à la pression, à la partie supérieure de la fosse temporale.

Ce signe était-il une indication opératoire suffisante? En l'absence de toute autre lésion viscérale ou osseuse expliquant la recrudescence des symptômes généraux, je me décidai pour l'affirmative, j'enlevai au crâne une large rondelle, quoique périoste et os fussent extérieurement tout à fait normaux, et j'eus le bonheur de trouver une cuillerée à bouche de pus entre l'os et la dure-mère. Le 18 juin 1896, l'enfant quittait l'hôpital guérie, sans fistule, de ces ostéomyélites multiples à staphylocoques.

Ces quelques observations vous feront retenir de quelle utilité est une surveillance attentive et très fréquente de tous les os pour ouvrir vite les foyers successifs; et la dernière vous est un exemple de ces abcès qu'il faut deviner à l'intérieur des cavités viscérales. Là j'ai eu le diagnostic heureux, mais je relève dans une note deux cas où des foyers venant de la face interne du bassin, d'une côte, furent des trouvailles d'autopsie.

IV

Cela dit sur les ostéomyélites aiguës à foyers multiples simultanés ou à peu près, revenons un peu sur les poussées douloureuses, localisées, d'ostéomyélite larvée. Car si les douleurs annoncent souvent une suppuration prochaine, si au contraire elles peuvent être l'indice d'une embolie osseuse destinée à la résorption spontanée complète, dans certains cas intermédiaires elles peuvent évoluer à longue échéance, soit sous forme d'une ostéomyélite secondaire, d'emblée lente et chronique, soit avec les allures d'une ostéite aiguë, mais très tardive. Le deuxième malade que je vais vous montrer est un exemple de ces foyers secondaires à la fois tardifs et chroniques.

C'est un enfant de huit ans et demi qui, le 2 février 1901, me fut apporté à l'hôpital au dixième jour d'une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit, avec un gros abcès sous-périostique décollant presque toute la face interne, avec participation de l'épiphyse supérieure : je dus faire une incision longue de 30 centimètres, et trépaner l'os à ses deux extrémités. Pendant quinze grands jours la fièvre fut ardente et le pronostic des plus réservés, mais enfin tout s'arrangea.

L'enfant allait bien, était à peu près apyrétique, lorsque

le 25 mars, soit deux mois après le début de l'infection, la température monta à 40 degrés, et le 27 survinrent des douleurs à l'extrémité inférieure du fémur droit. Le 12 avril elles étaient calmées, et l'os était resté normal : mais je m'aperçus alors qu'à la main gauche une tumeur dure, grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse à la pression, faisait corps avec les faces dorsale et externe du cinquième métacarpien ; et l'enfant, qu'aucune souffrance n'avait inquiété, ignorait la date exacte du début. Mais je ne crois pas que son ancienneté ait alors été bien grande, car sa découverte a coïncidé avec d'autres manifestations osseuses : après la fièvre du 25 mars et la douleur fémorale droite du 27 mars il y eut, du 19 au 25 avril, des douleurs semblables à gauche, sur la tête du péroné et sur le condyle interne du tibia. Je suis donc porté à admettre qu'une série d'embolies septiques ont été mises en liberté, sans qu'on sache pourquoi, pendant cette période, après plusieurs semaines de calme. Et j'ajouterai que ces disséminations, terminées on non par suppuration, peuvent être plus tardives encore : voici trois observations à l'appui de cette assertion, par un hasard singulier, toutes trois ont trait à des poussées secondaires au niveau du coude.

Un garçon de cinq ans entra le 25 novembre 1896 à l'hôpital pour une ostéomyélite tibiale inférieure datant du 15 octobre et spontanément ouverte après intervention non opératoire d'un médecin, d'un rebouteux, puis d'une rebouteuse ; après débridement large, j'enlevai un séquestre long de 12 centimètres. Le 26 janvier, soit au bout de trois mois, douleurs vives au coude droit, exaspérées par les mouvements communiqués et par la pression sur la face postérieure du condyle huméral. Du 10 au 12 février, l'articulation redevint indolente et libre, mais il y persistait des craquements dans les mouvements de pronation et de supination, lorsque, le 25 février, l'enfant nous quitta, guéri sans fistule de la lésion tibiale ; du 24 au 28 janvier avait eu lieu une légère poussée de fièvre, avec maximum à 38 degrés le 25 au soir.

Le délai fut de seize mois chez un garçon de douze ans auquel, le 18 juin, puis le 17 octobre 1893, j'avais extrait des séquestres de l'extrémité inférieure du fémur droit, malade depuis septembre 1892 ; le 5 janvier 1894 se déclara dans le coude droit une poussée d'arthrite aiguë, calmée en huit jours sans avoir suppuré, mais réveillée du 1er au 10 février.

Chez un garçon de dix-huit ans, enfin, il s'écoula dix mois entre le début d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia droit et une arthrite subaiguë du coude droit, avec raideur progressive et hyperostose inégale de la région condylo-épicondylienne ; en dedans, sur l'épitrochlée, on voyait une cicatrice punctiforme, trace d'un orifice qui avait donné issue à un petit séquestre, et n'avait, paraît-il, suppuré qu'un seul jour.

D'après l'histoire clinique de ces malades, j'admets volontiers des embolies tardives ; mais je suis loin de rien affirmer, car voici une observation où vous saisissez le lien entre un foyer tardif et une embolie précoce. C'est celle d'un garçon de douze ans et demi que j'opérai le 18 janvier 1895, au sixième jour d'une ostéomyélite aiguë, à staphylocoques, de l'extrémité inférieure du tibia droit. Le 19 janvier, il souffre à l'angle inférieur de l'omoplate gauche et au coude droit, le 25 janvier au condyle interne du tibia droit. Le 2 février, une arthrite purulente du genou nécessite l'arthrotomie, puis le 11 février il faut évider le condyle tibial. Le 5 juin je dois trépaner l'extrémité inférieure du tibia gauche et enfin le 31 août — c'est là que je voulais en venir — le coude droit silencieux depuis le 19 janvier devient tout à coup douloureux, avec formation remarquablement rapide d'un abcès au fond duquel l'olécrâne était dénudé.

Cette dernière observation vous démontre qu'il n'y a aucune relation entre la rapidité de la suppuration et le temps pendant lequel, après une menace, un foyer secondaire est resté assoupi, latent même. Que le sommeil soit court ou qu'il soit long, l'inflammation terminale sera indifféremment chronique ou aiguë, produisant tantôt une simple hyperostose, tantôt un abcès torpide, tantôt de simples craquements articulaires, tantôt un abcès chaud et soudain.

Chez notre malade, l'ostéomyélite du cinquième métacarpien est tout à fait froide. Je l'ai jugée telle dès le premier jour, et à ce moment je n'ai pas opéré : d'abord, parce que rien ne me démontrait qu'il y eût du pus ; ensuite parce que, sans aucun danger pour le patient, je voulais voir ce qui allait se passer. Et j'ai vu, sans fièvre, sans douleur spontanée, l'os grossir peu à peu ; sur lui se sont soulevées deux bosselures un peu sensibles à la pression localisée. Mais c'est à peine si, il y a huit jours, l'aspect différait de ce qu'il était en avril. Il y a quatre jours seulement, le 19 novembre, sur une des bosselures devenue fluctuante, la peau a pris une teinte rouge violacé et sous peu je vais intervenir pour ouvrir largement l'abcès et évider l'os malade (1).

V

Ainsi, une fois reconnu et traité le foyer initial et principal d'une ostéomyélite, tout n'est pas dit sur l'invasion du mal : non seulement pendant les premiers jours vous devez rechercher avec un soin extrême les embolies pyohémiques, osseuses ou autres, mais encore pendant de longs mois vous ne serez pas en droit d'affirmer que votre malade est à l'abri de toute lésion nouvelle.

Cela déjà doit faire réserver le pronostic, une fois passé le danger de mort toujours à craindre pendant les premières semaines. Mais le pronostic à longue échéance est surtout assombri par les accidents de l'ostéomyélite prolongée. De ces accidents je ne vous dirai que très peu de chose aujourd'hui, ils méritent les honneurs d'une leçon. Mais les deux malades que vous venez d'examiner prêtent à quelques considérations rapides.

Sur le second, atteint d'ostéomyélite du tibia, la cicatrisation complète est aujourd'hui obtenue, et il est permis d'espérer — je ne dis pas d'assurer — qu'elle se maintiendra. Cela a été long, car malade depuis le 2 février, l'enfant n'a été guéri qu'il y a quelques jours : et c'est un cas relativement heureux.

Le traitement a été le suivant : le 2 février j'ai d'*urgence*, *à neuf heures du soir*, ouvert de bout en bout l'abcès sous-périosté et trépané à ses deux extrémités le canal médullaire plein de pus sur toute sa longueur : il y avait ostéite bipolaire. Je me suis bien gardé de recourir à la résection immédiate de l'os dénudé, quoiqu'on ait prétendu que

(1) Le 25 novembre, j'ai tracé sur le bord interne de la main une incision longitudinale qui a ouvert deux bosselures contenant des fongosités violacées et fort peu de pus. Dans les fongosités était en liberté un séquestre très étroit, friable, long de 2 centimètres. La face dorsale du cinquième métacarpien était dénudée sur sa partie moyenne, l'os friable, rouge, a été à ce niveau effondré à la curette et évidé.

c'était le meilleur procédé pour parvenir, en peu de temps, à la guérison sans fistule. Cette pratique a le défaut que souvent on sacrifie de l'os dans lequel la vitalité peut revenir : mais dans ce cas particulier j'étais à peu près sûr — et l'événement m'a donné raison — que toute la diaphyse tibiale était frappée de mort. Si donc je ne l'ai pas enlevée tout de suite, préférant exposer l'enfant aux ennuis d'une suppuration prolongée, dans un os qui toujours se vide mal, c'est parce que la résection immédiate donne, en fin de compte, de mauvais résultats fonctionnels.

Autour de la diaphyse nécrosée, vous ai-je dit dans mon préambule, tandis que s'opère la séquestration, le périoste décollé et enflammé réagit; entre lui et l'os ancien se forme un os nouveau plus ou moins épais, qui sans doute a l'inconvénient d'enfermer dans la profondeur des produits septiques et des séquestres, de favoriser la prolongation des accidents inflammatoires dans l'os ancien, mais qui a le grand avantage d'assurer la continuité du levier osseux lorsque — ce qui n'est pas rare — la nécrose interrompt sur toute sa circonférence celle de l'ancienne diaphyse. Grâce à ce tuteur périphérique, le membre conserve toute sa solidité et toute sa longueur : mieux vaut une hyperostose, même avec quelques fistules qu'un membre ballant. Or après résection immédiate, chez l'enfant, il est de règle que la régénération osseuse n'ait pas lieu, et à plusieurs reprises j'ai vu des patients, opérés par d'autres chirurgiens, porteurs de membres flasques, incapables de tout service.

Il faut donc attendre que les séquestres se soient mobilisés, qu'autour d'eux se soit constituée l'hyperostose, ce qui demande au moins trois mois : et l'on va alors, ouvrant une large gouttière dans l'os nouveau, évider aussi complètement que possible les parties malades, nécrosées, cariées, fongueuses de l'os ancien. C'est ce que j'ai fait le 28 juin dans le tibia de l'enfant ici présent : à cette date les séquestres n'étaient pas encore entièrement libérés, et le 19 juillet le bord externe du tibia s'est spontanément détaché. La gouttière ouverte occupait toute la longueur de la diaphyse, et aujourd'hui, en cinq mois par conséquent, la régénération osseuse est complète : le membre porte facilement le malade et dans quelques semaines la boiterie sera insignifiante ; il n'y a plus ni fistule, ni point douloureux à la pression.

Une opération semblable est indiquée dans le fémur et dans l'humérus de notre premier malade, et même il y a longtemps qu'elle aurait dû être pratiquée : je n'ai revu qu'il y a quelques jours cet enfant, perdu de vue pendant trois ans et demi. Après-demain j'inciserai la cuisse sur sa face externe, en passant par la fistule, et j'éviderai l'os comme je viens de vous le dire. Mais, tout en sachant qu'après ablation de séquestre dans le bas du fémur la guérison peut être rapide et complète, je réserverai le pronostic bien plus que pour le tibia. Au tibia, en effet, l'ouverture large, tout le long de la face interne, est bien plus facile qu'au fémur. En outre, dans le fémur bien plus que dans le tibia, avec les séquestres coexiste, dans le bas de la diaphyse et dans l'épiphyse, un processus d'ostéite raréfiante, fongueuse : or l'évidement de ce tissu spongieux infecté est loin d'être radical comme le nettoyage d'une cavité séquestrale diaphysaire. Un peu partout on peut observer de ces ostéomyélites incurablement fistuleuses : l'extrémité inférieure du fémur est leur lieu d'élection.

En toute occurrence, néanmoins, il faut opérer, parce qu'avec cette ostéite rebelle la coexistence de séquestres est la règle : et les séquestres ici sont parfois fort graves, car on en a vu causer la mort par hémorragie après ulcération de l'artère proplitée contre leur pointe saillante à travers les *grandia foramina*. D'autre part, dans le cas actuel, l'état local me permet de porter un pronostic relativement favorable. En effet, à l'humérus aussi bien qu'au fémur, l'hyperostose est légère, assez pour ne gêner en rien, par déformation des surfaces articulaires, le fonctionnement des jointures voisines. Je ne crois donc ni à une désorganisation fongueuse profonde de l'épiphyse, ni à une nécrose considérable de la diaphyse, dont l'hyperostose serait trop faible pour assurer la solidité. Et cela va tout à fait bien avec ce que nous a appris, lors de la poussée aiguë, l'examen bactériologique : l'infection était due au streptocoque. Or, j'aurai l'occasion d'y revenir quand je vous parlerai de l'ostéomyélite aiguë des nouveau-nés. Si l'infection à streptocoques est plus sévère que celle à staphylocoques au point de vue du pronostic vital immédiat, elle est moins ennuyeuse au point de vue de ses conséquences locales éloignées : elle est caractérisée par moins d'hyperostose, moins de séquestres, moins de fongosités profondes, c'est ce que l'état de l'hyperostose me fait espérer chez notre malade (1).

VI

La femme que le hasard a amenée, pour ses couches, dans le service, et auprès de laquelle M. Pinard vient de nous conduire va, pour son malheur, servir de preuves à mes assertions de tout à l'heure.

D'abord, quoique l'élève de service chargé de prendre l'observation ait parlé de fracture ancienne, j'affirme qu'il s'agit d'une ostéomyélite, et cela va me permettre de vous expliquer un petit point de diagnostic.

La malade, invitée à raconter ce qui lui est arrivé, dit qu'il y a douze ans, à l'âge de neuf ans, elle a fait une chute de voiture, qu'elle s'est cassé la jambe et qu'on a dû l'opérer au bout de quelques jours. Et votre camarade a ajouté foi à ce récit. Mais la simple inspection du membre m'a mis en défiance.

J'ai vu en effet une jambe plus courte de douze centimètres que celle du côté opposé, incurvée à concavité interne, parcourue dans toute sa longueur, en dedans et en avant, par une cicatrice longitudinale portant les traces transversales d'une suture qui a suppuré. A la palpation le tibia est absent, seul le péroné existe.

Un résultat semblable, après une fracture de jambe très compliquée, chez un enfant, je n'en ai jamais ni eu, ni vu : et tout de suite j'ai posé à la malade deux questions :

— Y a-t-il eu une plaie à la jambe au moment de la fracture?

— Avez-vous pu marcher après l'accident?

La malade m'a répondu qu'elle n'avait pas eu de plaie : donc l'hypothèse de nécrose après fracture compliquée devenait impossible. Elle a ajouté qu'elle avait, tout en souffrant, marché pendant quelques jours, puis que s'était déclaré de la fièvre, et qu'alors on l'avait opérée.

De la sorte tout s'éclaire : il n'y a jamais eu de fracture, mais une ostéomyélite aiguë, avec infection générale qui

(1) L'opération a été pratiquée le 25 novembre 1901. Je n'ai eu à traverser que 5 ou 6 millimètres d'os nouveau, sous lequel il n'y avait que de petits séquestres lamellaires, entourés de l'ancienne diaphyse éburnée, non nécrosée. A l'humérus, la fistule conduisait derrière le col dénudé, mais dur, que je n'ai pas cru devoir évider.

paraît avoir été grave. Cette ostéomyélite a été traitée par la résection de la diaphyse tibiale : et le résultat est désastreux. La malade marche, me dit-on, sans béquilles; elle a la chance que son péroné, tout en s'incurvant, ait assez de force pour supporter le poids du corps. Mais de régénération tibiale il n'y a pas trace, et cela concorde tout à fait avec ce que j'ai vu sur d'autres malades traités par ce procédé. Par la méthode, moins brillante mais plus sûre, que je vous ai recommandée, je n'ai jamais eu de résultat pareil.

Peut-être, malgré ce que je viens de vous dire, douterez-vous de mon diagnostic : regardez l'autre jambe, et tout de suite vont vous sauter aux yeux deux cicatrices blanches, arrondies, adhérentes à la face interne du tibia, l'une en haut, l'autre au milieu. Et la malade raconte que les abcès, qu'on s'est borné à ouvrir sans rien réséquer, sont venus en même temps que celui de l'autre jambe. C'est la signature indéniable de l'ostéomyélite à foyers multiples, et je regrette qu'on n'ait pas traité la jambe gauche comme la jambe droite.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

DU 20 DÉCEMBRE 1901

Endocardite infectieuse et anévrysme embolique de l'aorte abdominale. Sous ce titre, MM. Huchard et Bergouignan rapportent l'observation d'un homme de vingt-six ans, qui présentait depuis dix-sept mois, et d'une façon irrégulière, des accès fébriles à type palustre. C'est seulement pendant son séjour à l'hôpital qu'apparut l'endocardite, dont la première manifestation fut une embolie de la poplitée gauche. On ne constata le souffle systolique que quelques jours après. Dans la suite, on assista à la production d'une embolie de l'humérale gauche, d'un infarctus du rein et d'un infarctus de la rate. Le malade succomba dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva une grave ulcération végétante de la mitrale, des infarctus multiples du rein droit et de la rate. Mais la lésion la plus intéressante, et dont la présence constitue tout l'intérêt de l'observation, c'est, au niveau de la bifurcation de l'aorte, une poche anévrysmale de formation récente, adhérente à la colonne vertébrale, et prolongée vers l'iliaque primitive gauche, sous la forme d'anévrysme disséquant. L'iliaque primitive gauche se trouvait considérablement rétrécie. Cette lésion, à évolution rapide, était postérieure à l'endocardite; elle provenait d'une embolie infectieuse ayant provoqué la destruction limitée des tuniques interne et moyenne de l'aorte.

Nous devons à MM. Enriquez et Bauer trois communications intéressantes :

La première a pour titre : **Difficultés d'interprétation d'une atrophie musculaire chez un tabétique.**

Il s'agit d'un malade, ancien plombier, atteint de tabes bien caractérisé et d'une atrophie très marquée des muscles sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, rhomboïde et grand dentelé droits de la partie moyenne du deltoïde et du grand pectoral avec déplacement en bas et en avant de l'épaule correspondante.

Malgré l'existence de phénomènes douloureux qui, d'ailleurs, pourraient être secondaires au déplacement, malgré l'intégrité relative du deltoïde, en s'appuyant d'autre part sur la marche rapide de l'atrophie, sur sa localisation, sur les résultats de l'examen électrique (abolition et diminution de la contractilité sans modifications qualitatives de la réaction galvanique),et surtout sur l'existence indéniable de quelques altérations osseuses au niveau des articulations scapulo-humérales et sterno-claviculaires droites; il semble rationnel, après avoir éliminé l'atrophie d'origine saturnine et les atrophies névritique et centrale qu'on peut rencontrer dans le tabes, d'admettre une atrophie d'ordre réflexe, secondaire à une double arthropathie tabétique encore peu accentuée.

La seconde est intitulée : **Syphilide pigmentaire exceptionnelle comme siège et comme étendue.** Chez un malade, âgé de soixante ans, éthylique, syphilitique, ancien paludéen, entré à l'hôpital pour des accidents déterminés par une néphrite et par une aortite chroniques, les auteurs ont observé une syphilide pigmentaire atypique. Elle s'étendait depuis la racine des cuisses, où elle était limitée par une ligne à peu près parallèle au pli de l'aine, jusqu'au cou et jusqu'à la face. Son aspect en réseau était caractéristique sur la plus grande partie du tronc, des épaules et de la face postérieure des membres supérieurs; la pigmentation était uniforme sur l'extrémité supérieure des cuisses, la face antérieure des bras, le cou et le visage, mais l'intensité de l'hyperchromie n'était pas la même en tous ces points.

L'intérêt de ce cas réside, en premier lieu, dans le fait qu'il s'agit d'une syphilide pigmentaire chez un homme, alors que, d'après le professeur Fournier, 29 fois sur 30 l'affection se rencontre chez la femme.

En second lieu, et surtout, dans l'étendue de la topographie de la pigmentation. Peut-être y aurait-il lieu, comme MM. Brissaud et Souques l'ont pensé au sujet de quelques cas analogues, d'incriminer la disposition métamérique.

Enfin, le troisième est l'histoire d'un **nouveau cas de tétanos traité par les injections d'acide phénique.**

M. Claude communique l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, entrant à l'hôpital pour des **douleurs articulaires** ayant débuté insidieusement quelques jours auparavant. On constate de la fièvre, un état général mauvais et des arthrites des deux genoux, des articulations tibio-tarsiennes et du coude. Ces arthrites s'amendèrent sous l'influence du salicylate de soude, et pendant quelques jours la fièvre disparut. Le malade se plaignit alors de constipation et raconta que depuis le début de sa maladie les selles étaient rares, fragmentées et molles, de couleur verdâtre. A la constipation fit brusquement suite une diarrhée intense; la fièvre revint à nouveau, les douleurs abdominales survinrent, l'état général s'aggrava rapidement et le malade succomba à une péritonite par perforation. L'examen anatomique démontra l'existence des lésions classiques de la dysenterie. L'existence des arthropathies constitue le fait intéressant de cette communication.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des infections gastro-intestinales des nourrissons (1).

Par M. LEVI-SIRUGUE,

Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Nous avons vu comment on pouvait remplir les deux principales indications des entérites aiguës, par la diète hydrique et les grands lavages intestinaux. L'action de ces moyens peut être aidée par des adjuvants précieux. Pour combattre les *vomissements* si fréquents dans ces cas le procédé le plus efficace consiste dans les *lavages d'estomac* avec une solution faible de bicarbonate de soude; ces lavages sont d'une technique très simple chez le nourrisson, plus simple même que chez l'adulte. Nous ne nous y arrêterons pas car elle n'a rien de spécial. A ces moyens on ajoutera la *balnéation* qui rend de si grands services dans la plupart des infections aiguës en stimulant le fonctionnement de la

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1396.

peau et facilitant la sortie des toxines. On donnera un bain quotidien à 28 ou 30 degrés s'il y a de l'hyperthermie à 35 degrés, s'il y a tendance à l'algidité, et dans ce dernier cas on se trouvera souvent bien de l'emploi des bains sinapisés. Toujours dans le même ordre d'idées, il est rationnel d'employer les *injections intra-musculaires de sérum artificiel* (solution saline à 7 p. 1000) à dose de 10 à 40 centimètres cubes selon l'âge et répétées trois à quatre fois par jour.

Y-a-t-il des *douleurs*? On les calmera par l'application sur le ventre de compresses chaudes et humides recouvertes de taffetas gommé.

Y-a-t-il de la *constipation*? Les laxatifs peuvent être indiqués. On s'adressera surtout à l'huile de ricin et au *calomel*. Ce dernier médicament a joui d'une grande vogue et peut être à juste titre considéré comme un antiseptique de l'intestin; mais son action irritante doit faire proscrire les doses élevées et trop souvent répétées. On se contentera d'une dose maxima de 5 à 20 centigrammes divisée en plusieurs prises. M. Marfan se sert de la formule suivante :

Calomel.................. 1 centigramme.
Sucre.................... 50 centigrammes.

Divisez en cinq paquets, un paquet toutes les demi-heures.

Dans les colites aiguës dysentériformes, M. Aviragnet a eu de remarquables résultats par l'emploi du *sulfate de soude* à dose faible. Dans un cas très grave chez un enfant de dix-huit mois malade depuis vingt-cinq jours et chez qui la colite tout à fait dysentériforme avait résisté à tous les traitements, il prescrivit le premier jour 5 grammes de sulfate de soude et 2g50 les jours suivants. Du jour au lendemain l'état du petit malade se transforma; le sang disparut dès le surlendemain, le troisième jour l'enfant était constipé et on dut employer de petits lavements d'huile d'olive. La guérison se maintint. Le sulfate de soude sera donné dissous dans un verre d'eau sucrée en trois ou quatre prises.

Ces affections aiguës peuvent laisser après elles, un état de *gastro-entérite chronique*, qui conduit à une cachexie spéciale qu'on connaît depuis Parrot sous le non d'*athrepsie*. C'est chez des nourrissons au biberon qu'on observe ces troubles. Les vomissements, les régurgitations persistent, les selles diarrhéiques sont d'aspect variable, tantôt blanches et fétides, tantôt vertes. L'enfant refuse la nourriture, il maigrit rapidement, la perte de poids peut aller jusqu'à 500 grammes par jour. La face se ride, ce qui donne au nourrisson l'aspect d'un vieillard, les fontanelles se dépriment, les os du crâne chevauchent. Ces nourrissons ainsi cachectisés sont, surtout dans le milieu hospitalier riche en germes infectieux, la proie des infections secondaires, qui ne tardent pas à les emporter : ici c'est une otite suppurée qui survient, ailleurs un érysipèle, la broncho-pneumonie est la terminaison ordinaire, le muguet vient encore apporter un trouble à l'alimentation de l'enfant. Il en est qui font des abcès multiples dus aux germes ordinaires de la suppuration; d'autres succombent à des gangrènes disséminées de la peau. Comme chez les cachectiques en général ces infections secondaires, quelque graves qu'elles soient, n'éveillent pas de réaction fébrile, souvent même la température descend au-dessous de la normale.

Que peut-on faire contre ces infections chroniques du tube digestif? On peut d'abord souvent les prévenir en continuant à surveiller le nourrisson qui a été atteint d'une gastro-entérite aiguë grave, en règlant avec une extrême sévérité les prises de lait, en ne permettant que du lait stérilisé si l'enfant n'est pas au sein, en retardant le sevrage dans le cas contraire jusqu'après la disparition complète des accidents. Si l'enfant a tendance à la constipation on usera de la magnésie calcinée, de l'huile de ricin et de la manne; le massage abdominal sera utile. Si la diarrhée persiste, on essayera le bismuth, la résorcine, le tannin ou ses dérivés, la tannalbine ou le tannigène, ce dernier à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes; l'eau alcaline, telle que l'eau de Vals, par exemple, administrée par petites cuillerées un peu avant les prises de lait, rendra service. Dans les cas rebelles on pourrait essayer l'acide lactique sous forme de limonade lactique (2 grammes d'acide pour 100 grammes de sirop simple).

L'alimentation qui sera souvent le mieux tolérée dans ces cas, c'est la *viande crue*, préconisée par Trousseau, surtout contre les diarrhées du sevrage. On la prépare en hâchant de la viande de mouton de préférence, ce hâchis est écrasé dans un mortier et tamisé ensuite. Les enfants prennent généralement assez volontiers cette nourriture. Au cas où l'enfant manifesterait de la répugnance, on ferait des boulettes mélangées avec du sel, du sucre, ou des confitures. Il faut commencer par de petites doses, 25 grammes, pris en deux ou trois fois. On peut élever la dose progressivement jusqu'à 100 à 150 grammes.

Ces mêmes moyens seront utiles dans l'*athrepsie*, mais le meilleur remède sera de mettre l'enfant au sein. Dans ces conditions l'*hypodermoclyse par le sérum artificiel* rendra de grands services, et on peut ainsi parvenir à arrêter la diminution du poids, et même à en relever la courbe. Des injections d'huile camphrée pourront encore être employées pour stimuler la nutrition. On maintiendra dans une atmosphère chaude ces enfants qui ont tellement de tendance à tomber en état d'hypothermie. On veillera surtout à les prémunir de tout contact infectieux, et la tâche sera à ce point de vue plus facile dans la clientèle de ville, aussi le pronostic y sera-t-il moins grave que dans le milieu hospitalier. Ces enfants devront être tenus avec une propreté méticuleuse pour empêcher les infections cutanées si fréquentes et si graves chez eux. Le muguet sera combattu par les lavages d'estomac à l'eau de Vichy (Hutinel). Enfin pendant la belle saison on les soumettra, si la chose est possible, à une *cure d'air* et de soleil en les exposant à l'air protégés de l'influence directe des rayons du soleil. M. Hutinel qui depuis plusieurs années procède ainsi dans son service des Enfants-Assistés en obtient les meilleurs résultats.

Dans ces formes chroniques comme d'ailleurs dans les gastro-entérites aiguës, choléra infantile, entéro-colite aiguë on pourra essayer la *levure de bière* qui a une action antiseptique certaine. Après un grand lavage d'estomac on donnera un lavement contenant une cuillerée à café de levure pour 60 grammes d'eau bouillie tiède. Ce lavement peut être renouvelé deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Si la diarrhée persistait on donnerait par voie buccale une à deux cuillerées à café de levure, son action paraissant plus intense lorsqu'on l'administre par cette voie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement du prostatisme (hypertrophie de la prostate) à l'usage des praticiens, par M. le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8°, 520 p., fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Étude radiographique et clinique sur la dyschondroplasie, par le docteur Henri Molin, ex-interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté, moniteur de clinique chirurgicale. In-8°, de 124 p. avec une note du professeur Ollier; 21 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'influence du climat marin de Biarritz sur la marche de la phtysie pulmonaire, par le docteur G. Legrand (de Biarritz). Un vol. in-8°. — Paris, Masson, et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — Sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée; maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

EPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard)

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

EXPOSITION UNIVERSELLE, PARIS 1900 : MÉDAILLE D'OR

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(Bière de Santé Diastasée Phosphatée)
SEUL ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
DIGESTIF par excellence. Le meilleur des *TONIQUES RECONSTITUANTS*

Le même au **GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX**. Le flac., 2 fr.

AIROL

Antiseptique interne et **externe;** le seul remplaçant avantageusement l'*Iodoforme.* Ne jamais hésiter à l'employer dans tous les cas où l'on aurait recours à l'*Iodoforme.*

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des Plaies.
L'AIROL n'irrite pas les Muqueuses.

THIOCOL Roche

Spécifique contre la **Tuberculose.**

LE THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le Tube digestif.
LE THIOCOL est soluble dans l'eau. n'a pas d'odeur.
LE THIOCOL n'est pas toxique. Il s'emploie sans inconvénients, à doses élevées et longtemps répetées.

VENTE EN GROS : *HERRMANN & BARRIÈRE*, 152, Rue St-Antoine, Paris.

ZÔMOTHÉRAPIE

LE ZÔMOL PLASMA MUSCULAIRE (Suc de Viande desséché)

PRÉPARÉ A FROID, renferme les précieux éléments reconstituants de la viande crue. Prescrit dans la ***TUBERCULOSE***, la ***NEURASTHÉNIE***, la ***CHLOROSE***, l'***ANÉMIE***, la ***CONVALESCENCE***, etc.

Trois cuillerées à café de Zômol représentent LE SUC DE 200 GRAMMES DE VIANDE CRUE.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue; — BÉRAL, 14, rue de la Paix, etc.

BIEN SPÉCIFIER

VICHY-GRANDE-GRILLE

MALADIES DU FOIE ET DE L'APPAREIL BILIAIRE

VICHY-HOPITAL

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE : PAR AN **30 MILLIONS** *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897

N° 149. — JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1901. — N° 149

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson; sa valeur séméiologique; ses relations avec la syphilis, par MM. R. CESTAN, ancien chef de clinique à la Clinique nerveuse de la Salpêtrière, et DUPUY-DUTEMPS, chargé du service ophtalmologique à la Clinique nerveuse de la Salpêtrière. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson; sa valeur séméiologique; ses relations avec la syphilis.

Par MM. R. CESTAN,
Ancien chef de clinique à la Clinique nerveuse de la Salpêtrière,
et DUPUY-DUTEMPS,
Chargé du service ophtalmologique à la Clinique nerveuse de la Salpêtrière.

I

Historique. — En 1869, Argyll-Robertson signala au cours de l'ataxie locomotrice, du tabes dorsal, l'existence d'une modification particulière des réflexes pupillaires consistant dans la disparition de la réaction de la pupille à la lumière avec cependant conservation de l'accommodation à la distance; comme l'extrême fréquence de ce signe dans le tabes fut confirmée par tous les travaux ultérieurs, il reçut à juste titre le nom de signe pupillaire d'Argyll-Robertson. « J'y ai recours, dit le professeur Fournier dans son remarquable traité de la période préataxique du tabes en parlant du signe d'Argyll, constamment et systématiquement chez tous mes malades. Je puis donc en parler par expérience et je n'hésite pas à déclarer que je le tiens pour un excellent signe qui peut rendre de très utiles services pour le diagnostic du tabes et tout particulièrement pour le diagnostic de ces tabes à début obscur et incertain, pauvres en manifestations, presque latents à l'origine et conséquemment exposés à passer inaperçus un certain temps. »

Ce signe n'est pas cependant resté la propriété exclusive du tabes, on a pu le signaler, et avec une certaine fréquence, au cours de la paralysie générale; on a pu le signaler dans la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique, mais à titre d'exception. Toutefois le tabes et la paralysie générale sont, en somme, les deux maladies dont le signe d'Argyll est un excellent signe habituel. Or nombreux sont et les travaux qui ont mis en lumière la parenté intime du tabes et de la paralysie générale au double point de vue clinique et anatomo-pathologique, et les statistiques qui viennent confirmer tous les jours la fréquence extrême de la syphilis dans ces deux maladies de telle sorte qu'on devait se demander si un signe commun aux deux affections, le signe d'Argyll, n'était pas en relation causale avec une étiologie commune, la syphilis.

Notre maître, M. Babinski, a le premier étudié les relations du signe pupillaire d'Argyll avec la syphilis dans sa communication du 13 juillet 1899 à la Société de dermatologie, dans la thèse de son élève Charpentier, enfin dans une récente communication du 17 mai 1901 à la Société médicale des hôpitaux. Ses idées ont été confirmées par les travaux de Kœnig (1), de Harris (2), d'Erb (3) et enfin de l'un de nous (4). Or, à la même époque, le réflexe pupillaire était étudié et rencontré souvent au cours des vésanies en dehors de toute paralysie générale, par M. Mignot et par MM. Marandon de Montyel et Masselong, qui arrivaient ainsi à des conclusions différentes de celles des auteurs précédents. La question est donc posée à l'heure actuelle en termes précis. Est-il possible de trouver le signe d'Argyll au cours des maladies du système nerveux, en dehors de tout tabes ou de toute paralysie générale constatés cliniquement, et dans le cas de réponse affirmative est-il possible de rattacher alors son existence à une infection syphilitique du sujet?

Nous avons poursuivi l'étude de ce problème clinique en recherchant systématiquement les réflexes pupillaires des nombreux malades qui ont fréquenté pendant deux ans la clinique de notre maître le professeur Raymond; enfin MM. Denis et Voisin ont mis à notre disposition avec une extrême obligeance les vésaniques de leurs services de la Salpêtrière; aussi ferons-nous usage dans cette revue critique aussi bien des travaux publiés par les auteurs précités que des nombreux documents cliniques recueillis par nous-mêmes à la Salpêtrière.

II

Technique et causes d'erreur. — Le signe d'Argyll-Robertson consiste en l'*absence complète* de toute contraction pupillaire à la lumière avec persistance de la réaction accommodative à la distance, quelle que soit l'intensité de l'éclairage et malgré la conservation de la sensibilité rétinienne. Ce signe n'est donc pas susceptible de variations quantitatives, de gradations dans l'intensité : il est ou n'est pas. On peut et on doit dans les observations tenir compte de la faiblesse du réflexe lumineux, on *peut, si cette faiblesse est associée à d'autres signes organiques de la série du tabes ou de la paralysie générale, la considérer comme une amorce du signe d'Argyll*, mais si cette parésie de la pupille est le seul symptôme présenté par le malade on ne peut l'assimiler avec un signe d'Argyll sans risquer de perdre toute précision en ouvrant le champ à la fantaisie des interprétations. La vivacité des réflexes pupillaires est en effet variable selon le tempérament névro-

(1) KŒNIG. *The Journal of mental Science*, July 1900.
(2) HARRIS. *Brit. med. Journal*, 1900.
(3) ERB. *Munch. med. Wochenschrift*, 1900.
(4) CESTAN. *Archives de neurologie*, 1900.

pathique et selon l'âge des sujets et il convient ainsi d'être très réservé dans l'interprétation d'une simple diminution de ces réflexes. Chez le vieillard, en effet, les réactions pupillaires sont normalement faibles. Elles peuvent être à peine perceptibles dans les cas de mydriase intense ou de myosis très serré observés à la suite d'intoxications médicamenteuses, d'excitation ou de destruction du sympathique cervical, en outre les pupilles en myosis, si fréquentes chez les vieillards et les rhumatisants chroniques, ont, en raison même de leur étroitesse, une excursion très limitée et des réactions très affaiblies, peut-être par le seul fait de modifications de leur structure sans lésion du système nerveux. Enfin il est évident que la diminution de la perception lumineuse par une altération de la rétine ou du nerf optique s'accompagne d'un affaiblissement du réflexe lumineux. Nous verrons que M. Mignot dans sa thèse signale la fréquence extrême de la parésie pupillaire au cours de certaines vésanies et à titre tout à fait exceptionnel le signe d'Argyll, or on a pu interpréter les résultats obtenus par cet auteur comme démontrant l'extrême fréquence de ce dernier signe dans les maladies mentales. Pour éviter ces erreurs d'interprétation, pour éviter ces cas douteux qui ne peuvent, dans l'état actuel de la question, qu'obscurcir la solution du problème clinique que nous recherchons, c'est-à-dire les relations du signe d'Argyll et de la syphilis, nous estimons qu'il ne faut prendre en considération que les cas où le réflexe lumineux est tout à fait aboli.

Dans ces conditions, il devient indispensable d'examiner les malades à la chambre noire, d'employer un éclairage intense que l'on fera tomber sur la région maculaire, partie la plus sensible de la rétine, car l'éclairage des parties périphériques peut ne provoquer qu'une légère réaction pupillaire, même chez les gens normaux. Dans des cas douteux, où l'atrésie extrême ne permettait pas d'observer un mouvement net de la pupille, nous avons eu l'idée de dilater cette dernière par la cocaïne qui provoque un léger agrandissement de la pupille sans abolir sa contractilité. Nous avons pu ainsi observer des contractions invisibles sans ce procédé. La cocaïne au contraire ne modifie en rien la fixité du signe d'Argyll-Robertson chez les tabétiques.

Il est d'autres causes d'erreur qui proviennent des réactions normales de l'iris dues à d'autres influences que l'action directe de la lumière et, en premier lieu, l'accommodation. Normalement la pupille qui est accommodée à une forte distance est rétrécie, une lumière même vive venant dès lors agir sur cette pupille en myosis ne déterminera évidemment qu'une faible contraction qui pourra même passer inaperçue.

Il est donc nécessaire de rejeter tout procédé d'exploration qui pourrait accidentellement mettre en jeu l'accommodation, en particulier celui qui consiste à interposer la main à 15 ou 20 centimètres entre l'œil et une source lumineuse (fenêtre éclairée) et à la retirer ensuite brusquement. Dans ces conditions l'œil est souvent accommodé à la faible distance de la main qu'il fixe, sa pupille est alors étroite et il peut arriver selon les circonstances (degré de l'accommodation et intensité lumineuse) qu'elle ne se contracte pas davantage ou même se dilate lorsque l'accommodation sera relâchée pour fixer la source lumineuse éloignée.

Une autre cause d'erreur provient de la synergie des mouvements pupillaires des deux yeux. Que l'un d'eux accommode, que sa pupille se contracte sous l'influence de la lumière ou se dilate dans l'ombre ou par relâchement de l'accommodation, la pupille de l'autre œil observé et placé à l'abri de toute excitation lumineuse exécutera cependant les mêmes mouvements. On ne pourra donc étudier avec quelque certitude les réflexes d'un œil qu'après avoir pris la précaution indispensable de fermer l'autre en appliquant la main ou un bandeau sur les paupières.

Une autre réaction physiologique de la pupille est son rétrécissement coïncidant normalement avec l'occlusion des paupières et tel qu'on peut aisément l'observer pendant le sommeil chez tous les individus normaux. Si l'on recherche le réflexe pupillaire en faisant fermer puis ouvrir les yeux à la lumière, il sera donc possible, surtout si l'éclairage est peu intense, de ne pas observer de mouvement de l'iris, puisque déjà sous les paupières closes la pupille est étroite.

Ce phénomène du rétrécissement des pupilles pendant l'occlusion palpébrale et de leur dilatation au moment de l'ouverture des paupières est, selon nous, une réaction normale, pouvant être observée, avec certaines précautions et dans des conditions d'éclairage convenable, chez la plupart des sujets. Pilz (Soc. de neurol, 1901), qui l'a observé cependant chez quelques individus sains, a signalé sa grande fréquence chez les tabétiques et les paralytiques généraux. On conçoit en effet que chez ces malades, si souvent atteints de signe d'Argyll et dont la pupille est insensible à la lumière, on puisse, même avec une technique grossière et quel que soit l'éclairage, l'observer bien plus aisément que sur des sujets normaux, chez lesquels l'impression lumineuse provoque ou maintient le rétrécissement pupillaire dès que l'œil est ouvert.

C'est aussi le même fait qui a pu faire croire à l'existence du pretendu *réflexe paradoxal* de la pupille, c'est-à-dire à la dilatation de la pupille sous la seule influence de l'excitation lumineuse. Ce phénomène serait en contradiction avec ce que l'on sait de la physiologie de l'iris; et d'ailleurs sa rareté extrême et les conditions dans lesquelles il a été observé nous amènent à penser avec Frenkel (*Revue de médecine*, 1896), qu'il s'agit là d'une erreur d'interprétation. Nous avons nous-mêmes été témoins de pareilles erreurs; et nous avons pu nous convaincre que dans les quelques cas de réflexe paradoxal, soumis à notre examen, la dilatation de la pupille était due, soit à une synergie du mouvement avec la pupille de l'autre œil laissé libre, soit au fait de l'ouverture des paupières après une occlusion forcée, dans des conditions que nous venons d'indiquer.

En résumé, pour se placer dans des conditions favorables et éliminer les causes d'erreur, on doit faire l'examen de la pupille à la chambre noire, disposer d'une vive lumière qui pourra être rapidement dirigée sur la région maculaire de l'œil, sans mettre en jeu son accommodation; l'œil non examiné devra être fermé pour éviter tout mouvement synergique de l'iris. Si l'étroitesse de la pupille rend l'observation difficile, on devra se servir pour l'examen d'une loupe et au besoin recourir à la dilatation par la cocaïne. Enfin, dans tous les cas positifs d'absence du réflexe, il sera nécessaire d'explorer l'acuité visuelle et le fond de l'œil et de noter l'absence de synéchies empêchant le libre jeu de la pupille.

C'est en tenant compte de ces divers éléments que nous avons fait toutes nos observations. Le malade est assis à côté d'une forte lampe à gaz; l'œil qu'on examine est dirigé vers la source lumineuse et doit conserver la même direction pendant toute la durée de l'exploration; l'autre œil est couvert. L'observateur appuie contre le rebord orbitaire sa main, munie d'une forte lentille convergente, tenue entre le pouce et l'index de telle sorte que par un très léger mouvement il peut instantanément soit placer l'œil dans l'ombre en interposant entre lui et la lumière sa main comme un écran, soit l'éclairer très vivement en faisant tomber sur lui, à l'aide de la lentille, en pleine pupille et avec une grande précision un faisceau lumineux intense. La distance de la main-écran à l'œil est trop faible (2 à 3 centimètres), pour que la vision distincte puisse exister et pour provoquer le réflexe accommodateur. D'ailleurs la lentille, lorsqu'elle éclaire l'œil, étant placée à la même distance, la cause d'erreur due à la mise en jeu de l'accommodation est écartée. L'éclairage très intense ainsi obtenu a le double

avantage de provoquer un réflexe très vif et de permettre d'observer de près et très exactement le moindre mouvement de l'iris.

Ce moyen d'investigation, exact et rigoureux en même temps que très simple, nous a permis d'observer souvent l'existence très *évidente* d'un réflexe pupillaire dans les cas où il paraissait aboli *avec les procédés usuels* (lumière du jour, écran formé par la main devant une lumière).

Le réflexe consensuel dans le tabes. — Le signe d'Argyll-Robertson est le plus souvent bilatéral; il peut cependant n'atteindre qu'un seul œil, disposition que nous avons observée chez plusieurs tabétiques. Dans ce cas d'unilatéralité, il présente un des caractères spéciaux bien décrits par notre maître, M. Babinski, qui permettent de distinguer la perte du réflexe lumineux du tabes, le vrai signe d'Argyll-Robertson, de la perte du réflexe lumineux observé dans le cours de certaines névrites optiques.

Comme nous l'avons déjà dit, les mouvements des pupilles à l'état normal sont synergiques, de telle sorte que l'éclairage d'un seul œil fait contracter non seulement la pupille du côté éclairé, mais aussi celle du côté opposé. C'est le phénomène connu sous le nom de réflexe consensuel. Cette synergie des mouvements continue à persister lorsqu'une lésion quelconque de la rétine ou du nerf optique abolit la perception lumineuse de l'un des yeux. Dans ce cas, l'éclairage de l'œil aveugle ne pourra évidemment provoquer ni réflexe direct de la pupille du même côté, ni réflexe consensuel de la pupille opposée, puisque, en raison de la lésion optique, l'excitation ne peut atteindre les centres. Au contraire, l'éclairage de l'œil sain, dont les voies de conduction visuelle sont conservées, provoquera à la fois la contraction de sa propre pupille et la contraction consensuelle de la pupille de l'autre œil aveugle.

M. Babinski a montré qu'il n'en était pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un signe d'Argyll unilatéral, vrai, d'origine tabétique et indépendant de toute lésion du nerf optique. Dans ce cas la pupille atteinte reste immobile à la lumière, non seulement par excitation directe, mais aussi par éclairage de l'œil opposé : elle a perdu ses deux réflexes direct et consensuel. Au contraire l'autre pupille saine, qui réagit normalement à l'éclairage direct, conserve aussi son réflexe lumineux consensuel et se contracte lorsqu'on éclaire l'autre œil atteint de signe d'Argyll et dont la propre pupille ne réagit pas. Nous verrons plus loin que ce phénomène empêche de localiser sur la voie centripète la lésion productrice du signe d'Argyll.

Mais cette distinction ne peut évidemment se faire lorsque le signe d'Argyll est bilatéral. Toutefois, dans ce dernier cas, la perte du réflexe lumineux par lésion du nerf optique se reconnaîtra souvent par son association à un scotome central. Et cette différenciation entre ces deux mécanismes abolissant le réflexe lumineux est importante au point de vue pratique, car si la guérison d'une névrite optique retrobulbaire s'accompagne de la disparition de la perte du réflexe lumineux qu'elle avait provoquée, au contraire le signe d'Argyll avec les caractères énoncés plus haut qu'il a dans le tabes, est un *signe fixe, persistant, que ne sauraient améliorer ni le temps ni tout traitement.*

III

Étude du signe d'Argyll dans les affections organiques du système nerveux. — De l'avis de tous les auteurs le signe d'Argyll est un excellent signe, fréquent mais non constant toutefois, du tabes ou de la paralysie générale. Aussi négligeons-nous non seulement les formes complètes de ces deux maladies, mais aussi leurs formes frustes si bien mises en lumière par M. Babinski où l'adjonction à la perte du réflexe lumineux d'un autre symptôme tel que crise gastrique, abolition de certains réflexes tendineux douleurs fulgurantes, etc., peut entraîner la quasi certitude de l'existence d'un tabes incipiens. Nous voulons au contraire étudier ici ces malades atteints de signe d'Argyll-Robertson et indemnes de toute autre manifestation *clinique* soit de tabes, soit de paralysie générale.

Pour faciliter la discussion, nous nous permettrons de distinguer trois catégories de malades, comprenant : la première les affections où il nous a été possible de rencontrer le signe d'Argyll et pour le dire immédiatement avec une étiologie syphilitique certaine ou très probable, la deuxième les affections au cours desquelles le signe a été signalé par les auteurs en dehors de toute étiologie syphilitique, la troisième les affections qui ont donné à tous les auteurs et à nous-mêmes des résultats négatifs.

A. Première catégorie. — 1° Au début, il convient de rapporter que le signe d'Argyll-Robertson peut être le seul symptôme présenté par des malades. M. Babinski en a signalé plusieurs cas et nous avons pu recueillir quatre nouvelles observations semblables.

Observation I. — M..., cinquante-neuf ans. Syphilis à cinquante-quatre ans. Pupilles en myosis avec signe d'Argyll. Fond d'œil normal. Pas de signe de tabes ou de paralysie générale.

Observation II. — B..., quarante-quatre ans. Mari syphilitique atteint de paralysie générale. Deux fausses-couches. Pas d'enfants nés à terme. Signe d'Argyll-Robertson unilatéral à gauche. Fond d'œil normal. Pas de signe de tabes ou de paralysie générale.

Observation III. — Mme S..., quarante-huit ans. Une fausse-couche. Pas d'enfants nés à terme. Signe d'Argyll-Robertson à droite avec les caractères qu'il a dans le tabes. Pas de lésions du fond de l'œil. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale.

Observation IV. — Mme P..., cinquante-trois ans. Aurait eu, il y a vingt-ans, une angine rebelle qui a duré plusieurs mois et a coïncidé à une éruption cutanée non prurigineuse pour laquelle aucun médecin ne fut consulté. Pupilles étroites, en myosis avec signe d'Argyll-Robertson. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale.

Tous les faits publiés de ce genre concernent des malades *syphilitiques*, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire (observations II, VII, VIII, IX in thèse de Charpentier) ou de syphilis acquise.

Mais nous avons observé le signe d'Argyll-Robertson associé à des affections du système nerveux autres que le tabes et la paralysie générale, c'est-à-dire associé à des hémiplégies de cause cérébrale, à des myélites, à une maladie de Friedreich, à une sclérose latérale amyotrophique.

2° Sur un très grand nombre d'*hémiplégies cérébrales* que nous avons observées nous n'avons constaté que cinq fois l'existence du signe d'Argyll.

Observation V. — V..., cinquante-six ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Syphilis en 1873. En 1895, hémiplégie gauche à caractère cérébral. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale. Signe d'Argyll à gauche avec pertes des deux réflexes pupillaires, direct et consensuel. Œil droit normal. Pas de lésions du fond de l'œil.

Observation VI. — P..., trente-six ans. Syphilis à l'âge de dix-huit ans. A l'âge de 30 ans, hémiplégie droite avec aphasie. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale. Signe d'Argyll bilatéral. Pas de lésions du fond de l'œil.

Observation VII. — C..., cinquante-quatre ans. Fausses-couches. Mari tabétique spécifique. En 1899, hémiplégie cérébrale gauche. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale. Pupilles petites en myosis avec signe d'Argyll. Fond d'œil normal.

Observation VIII. — R..., quarante-cinq ans. A dix-huit ans, syphilis. A l'âge de quarante-quatre ans, série de petits ictus. Type clinique du pseudo-bulbaire sans troubles de la mémoire, sans troubles mentaux faisant soupçonner une paralysie générale. Exagération énorme des réflexes tendineux avec trépidation spéciale et signe des orteils de Babinski. Parole nasonnée. Déglutition difficile. Signe d'Argyll bilatéral.

Observation IX. — B..., 37 ans. Pas d'enfants, pas de fausses-couches. On n'a pu retrouver d'une façon certaine la syphilis. A l'âge de vingt-cinq ans, sans troubles cardiaques, hémiplégie cérébrale gauche. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale. Signe d'Argyll bilatéral. Pas de lésions du fond de l'œil.

Il s'agissait donc de formes cliniques banales d'hémiplégie dans lesquelles la lésion corticale du foyer ne pouvait avoir intéressé directement les centres du réflexe pupillaire, puisque la réaction accommodative était intacte, ainsi que toutes les branches de la troisième paire. Le seul élément étiologique spécial était l'existence d'une infection syphilitique ancienne, avouée dans quatre cas, probable dans le cinquième.

L'absence de tout trouble pupillaire est d'ailleurs la règle dans les lésions corticales, qu'elles siègent au niveau de la région motrice ou même au niveau des lobes occipitaux dans la sphère visuelle. L'hémianopsie qui en résulte ne modifie pas le jeu normal de la pupille; et même dans les cas de double hémianopsie, conséquence d'une destruction bilatérale de la région de la scissure calcarine, les malades cependant aveugles présentent des réactions pupillaires à la lumière aussi nettes et aussi vives qu'un sujet normal. L'arc du réflexe pupillaire qui comprend le nerf optique, la bandelette, les noyaux réflexes et la voie motrice centrifuge n'est lésé en aucun point de telle sorte que, sous l'influence de l'excitation lumineuse, le réflexe pupillaire se produit malgré l'abolition de la perception lumineuse due à la destruction des centres corticaux.

Cependant, M. Parinaud écrit : « J'ai observé plusieurs fois l'abolition du réflexe lumineux dans les lésions corticales produisant l'hémiopie » (*La vision*, p. 144). Comme nous l'avons exposé, ce phénomène ne nous paraît pas devoir s'expliquer dans ces cas par la localisation corticale de la lésion et nous croyons qu'on doit en chercher ailleurs la raison. La question de l'étiologie syphilitique du signe d'Argyll n'était pas encore posée à ce moment, et il est tout naturel que M. Parinaud n'ait pas mentionné l'existence de la syphilis. Pour notre part, ayant examiné, à la clinique de notre maître le professeur Raymond, plusieurs cas d'hémianopsie de cause corticale très vraisemblable, nous n'avons trouvé le signe d'Argyll que dans trois de ces cas, c'est-à-dire chez deux tabétiques légitimes et chez une malade, femme de tabétique, présentant des signes d'association de tabes et de paralysie générale avec lymphocytose intense de son liquide céphalo-rachidien.

Les lésions de la base peuvent au contraire amener des troubles pupillaires. Dans la région pédonculaire, une lésion du faisceau pyramidal pourra intéresser les noyaux voisins de la troisième paire et déterminer ainsi un syndrome de Weber : hémiplégie avec paralysie de l'oculo-moteur. Mais dans ce cas la pupille dilatée reste immobile aussi bien à l'accommodation qu'à la lumière; ses deux réactions ne sont pas dissociées ; il existe une iridoplégie totale qui est d'ailleurs accompagnée de paralysies d'autres branches de la troisième paire.

L'hémianopsie homonyme, consécutive à la destruction d'une bandelette optique, soit par hémorragie, soit, ce qui est plus fréquent, par tumeur de la base, donne lieu à un trouble spécial de la réaction pupillaire signalé par Wernicke sous le nom de *réflexe hémiopique*. Sur chaque œil l'éclairage de la moitié insensible de la rétine ne provoque alors aucune contraction de l'iris, l'excitation ne parvenant plus aux centres réflexes, comme dans l'hémianopsie corticale; tandis que de chaque côté le réflexe se produira comme à l'état normal lorsqu'on éclairera la moitié sensible de la rétine, qui a conservé ses connexions avec les noyaux et avec l'écorce. Un cas semblable pourrait en imposer pour un signe d'Argyll, si un éclairage latéral faisait tomber la lumière justement sur la partie aveugle du fond de l'œil. Aussi avons-nous insisté sur l'importance d'un éclairage central de la rétine dans la recherche du réflexe irien.

En somme, une lésion cérébrale en foyer, capable d'amener une hémiplégie, ne pourra déterminer de troubles de réactions pupillaires, que lorsqu'elle siégera soit au niveau de la région pédonculaire, et elle provoquera alors une iridoplégie totale, liée à une paralysie de l'accommodation, soit au niveau d'une bandelette optique, et elle donnera lieu alors à une hémianopsie avec signe de Wernicke. Quel que soit son siège elle ne provoquera pas le signe d'Argyll vrai.

Ces mêmes remarques s'appliquent aux *tumeurs cérébrales* et nous en avons examiné dix cas de siège variable (cortical, bulbaire, protubérantiel), sans jamais observer le phénomène d'Argyll. Mais ici intervient, comme élément nouveau et important, l'existence de la névrite optique. Or, malgré la lésion optique, le réflexe lumineux persiste aussi longtemps que persiste la perception lumineuse. Il diminue proportionnellement à l'accroissement de l'amblyopie : aussi est-il nécessaire d'employer un éclairage intense lorsque l'acuité visuelle est très réduite. Il ne disparaît complètement que lorsque l'amaurose est totale. La pupille reste alors large et immobile, *tout en conservant parfois chez certains sujets la faculté de se contracter lorsqu'ils peuvent mettre en jeu leur convergence et leur accommodation en fixant un objet rapproché* (le bout de leur nez, par exemple). C'est l'amaurose seule qui cause ici l'immobilité pupillaire; car dans les cas heureux où le traitement fait rétrocéder la névrite, le réflexe pupillaire se rétablit en même temps que la vision.

Nous n'avons pu étudier les réflexes pupillaires dans les encéphalopathies infantiles. Et cependant, malgré la difficulté extrême à rechercher le mouvement pupillaire d'accommodation chez des enfants atteints de troubles mentaux, il est probable que cette étude donnerait d'instructifs résultats étant donné l'importance accordée par certains auteurs à la syphilis comme facteur étiologique des encéphalopathies infantiles. Nous signalons en effet le travail de Kœnig « Sur les anomalies pupillaires chez les enfants idiots, paralysés et non paralysés et sur leurs rapports avec la syphilis héréditaire » (*The Journal of mental Science*, 1900). Cet auteur a pu observer soit la perte des deux réactions pupillaires à la distance et à la lumière, soit le signe d'Argyll-Robertson chez des idiots et, dans ces cas, la syphilis héréditaire est très probable; Kœnig confirme donc les recherches de Babinski.

3° L'un de nous a déjà relaté (*Archiv. de neurologie*, 1900, n° 56) quatre cas de *méningo-myélique syphilitique avec signe d'Argyll*. Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'en retrouver un cinquième exemple.

Observation III. — Mme V..., trente-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires. Mari spécifique. Deux fausses-couches spontanées à sept mois ; pas d'enfants nés à terme. La maladie a débuté en 1899 par des engourdissements dans les jambes. Nous constatons une paraplégie spasmodique progressive avec trépidation spinale, réflexe des orteils en extension bilatérale, léger signe de Romberg, démarche spastique, envies impérieuses d'uriner, exagération des réflexes tendineux des bras. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de signes relevant soit de la sclérose en plaques, soit d'un mal de Pott. On porte donc le diagnostic de myélite

syphilitique à type d'Erb. Or, les pupilles sont petites, égales, en myosis et présentent le signe d'Argyll-Robertson. Le fond de l'œil est normal.

Ainsi nos cinq malades étaient des syphilitiques qui se présentaient à nous sous deux aspects, avant tout l'aspect spasmodique bien connu de la paraplégie syphilitique du type Erb avec l'évolution progressive, l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation spinale, le signe des orteils de Babinski, les troubles urinaires, les douleurs lombaires, d'autre part l'aspect tabétiforme par la présence du signe d'Argyll.

Dès 1893, en France, M. Gilles de la Tourette attirait l'attention sur une variété particulière de myélite syphilitique qu'il dénommait myélite syphilitique pseudo-tabétique, et que son élève, M. Schwanhard, étudiait dans sa thèse inaugurale, en 1897. La ressemblance de cette myélite avec le tabes est créée non par l'absence des réflexes rotuliens, point qui est au contraire la caractéristique de la forme décrite par M. Sottas sous le nom de myélite pseudotabétique, mais par l'existence de troubles sphinctériens, du signe de Romberg et de douleurs fulgurantes associés à l'exagération des réflexes tendineux et à la trépidation spinale. « C'est chez ces malades qu'on trouve des troubles oculo-pupillaires fréquents consistant en myosis unilatéral; il existera en même temps un certain degré de rétrécissement de la fente palpébrale. » Ces troubles oculaires seraient causés par une lésion de la septième racine cervicale d'où partent les filets du grand sympathique se rendant à la pupille. En somme, tous ces accidents, troubles pupillaires, douleurs fulgurantes, exagération des réflexes, troubles des sphincters, sont sous la dépendance de l'infiltration soit de la moelle, soit des racines, créée par la méningo-myélite syphilitique.

Il semble bien, au premier abord, que nos malades sont des exemples de cette variété de méningo-myélite syphilitique isolée par M. Gilles de la Tourette. Mais, point très important, et que nous voulons surtout mettre en lumière, nos malades diffèrent de ce type par un signe nouveau, le signe d'Argyll-Robertson. Dans la forme de M. Gilles de la Tourette, on constate un myosis et une diminution de la fente palpébrale causés selon toute vraisemblance par une lésion radiculaire atteignant l'origine du sympathique cervical dont les fibres ont une action dilatatrice sur la pupille. Mais la physiologie et les interventions chirurgicales sur le grand sympathique nous démontrent que la sympathectomie ne détermine jamais le signe d'Argyll-Robertson mais uniquement du myosis avec rétrécissement de la fente palpébrale et rétraction du globe oculaire. A ce point de vue, très intéressante est l'observation de MM. Déjérine et Mirallié, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs plus loin, puisque leur malade, syringomyélique, présentait du côté gauche les signes de la lésion du grand sympathique (myosis, diminution de la fente palpébrale, sans signe d'Argyll), du côté droit, au contraire, le signe d'Argyll-Robertson. Aussi nous ne pouvons supposer que chez nos malades une lésion de méningo-myélite irritant la première paire dorsale ait pu créer la perte du réflexe lumineux. D'ailleurs, en effet, fréquentes sont les observations de méningo-myélite syphilitique et pourtant les auteurs n'y signalent pas souvent le signe d'Argyll-Robertson.

On doit appliquer le même raisonnement à l'interprétation du cas, si curieux à plusieurs titres, de la malade suivante :

Observation IV. — Mme P..., trente-six ans. Pas d'antécédents héréditaires. Deux fausses-couches spontanées. Deux enfants morts quelques jours après la naissance. Pas de renseignements sur le mari. Le 5 mars 1901, *spontanément*, sans fièvre, la malade est atteinte d'une monoplégie crurale gauche avec troubles sphinctériens et violente douleur lombaire. En mai 1901, nous constatons une monoplégie crurale gauche spasmodique avec trépidation spinale et signe des orteils en extension, avec intégrité motrice absolue de la jambe droite. Au contraire, les troubles de la sensibilité occupent exclusivement la jambe droite et la partie droite de l'abdomen; ils consistent en une dissociation syringomyélique de la sensibilité, disparition de la douleur, du chaud et du froid, *conservation parfaite du tact.* Les membres supérieurs sont normaux. Pas de signes de tabes ou de paralysie générale. *Signe d'Argyll-Robertson* bilatéral avec fond d'œil normal.

Aussi, cette malade paraît avoir été atteinte brusquement d'une *hématomyélie* spontanée de la région dorsale inférieure ayant déterminé un syndrome de Brown-Sequard avec dissociation syringomyélique de la sensibilité, l'origine spontanée de cet accident et les fausses-couches antérieures de la malade sont des indices très probants de syphilis. Or, cette malade est en même temps atteinte de signe d'Argyll-Robertson et comme il est certain que ce signe n'est pas déterminé par le siège dorsal de l'hématomyélie, on peut conclure de sa présence que notre malade présente une association de symptômes de causes anatomo-pathologiques diverses.

4° Tous les auteurs reconnaissent que le signe d'Argyll-Robertson ne s'observe pas dans le cours de la *sclérose latérale amyotrophique*. Ayant examiné 22 cas de polyomyélites dont 2 atrophies spinales subaiguës, 2 poliomyélites chroniques du type Aran-Duchenne et 18 cas de sclérose latérale amyotrophique ou de paralysie labio-glosso-laryngée, nous n'avons constaté le signe d'Argyll qu'une seule fois, chez un malade syphilitique.

Observation V. — M..., cinquante-huit ans. Pas d'antécédents héréditaires. Petit chancre induré à dix-huit ans. Début de la sclérose latérale amyotrophique en 1899. Forme généralisée progressive avec paraplégie spasmodique, atrophie musculaire des mains avec contractions fibrillaires et réaction de dégénérescence. Participation des lèvres et de la langue. Marche progressive et mort par des complications bulbaires. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique. Or ce malade avait des pupilles petites, en myosis, irrégulières avec le signe d'Argyll-Robertson.

Nous rapprocherons cette observation de la phrase suivante de son traité de séméiologie où M. Déjérine, en parlant de la fréquence du signe d'Argyll, déclare : « Pour ma part, je l'ai observé chez une syphilitique atteinte de poliomyélite chronique. »

5° L'absence du signe d'Argyll-Robertson dans la *maladie de Friedreich* est un des meilleurs signes qui distinguent cette affection du tabes. En outre, d'après quelques auteurs, cette même distinction existerait entre la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse, cette dernière affection pouvant s'accompagner de la perte du réflexe lumineux. Cependant il faut reconnaître que cette loi ne saurait se dégager de la lecture attentive des observations d'hérédo-ataxie. Nous n'avons trouvé en effet le réflexe lumineux mentionné comme aboli que dans deux observations; or, elles sont sujettes à critique. Dans le premier cas, en effet (obs. de H. François), le signe d'Argyll, reconnu par les premiers observateurs, n'est pas retrouvé deux ans après par MM. Marie, Londe et Vincelet (th. de Vincelet). Or nous savons que le signe d'Argyll-Robertson ne rétrocède pas. Dans le deuxième cas (obs. XVIII de Langer-Brown), la perte du réflexe lumineux est associée à une névrite optique et par suite le mécanisme de l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière est tout différent de celui qui détermine le signe d'Argyll dans le tabes. Au surplus, nous avons examiné 3 cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse et 10 cas de maladie de Friedreich; nous n'avons constaté le signe d'Argyll que chez un seul malade atteint à la fois de syphilis et d'ataxie héréditaire.

Observation. — D..., trente ans. Pas d'antécédents héréditaires. A vingt ans, chancre syphilitique. A vingt-trois ans début tardif de la maladie de Friedreich. Bientôt survenaient la titubation cérébelleuse, l'abolition des réflexes tendineux, le tremblement statique des mains et de la tête, la parole lente, saccadée, le nystagmus, la scoliose, le pied creux avec signe des orteils en extension. En outre le malade présentait un signe d'Argyll-Robertson unilatéral. Mort par des complications bulbaires. L'examen histologique a confirmé l'existence d'une maladie de Friedreich. (Cet examen histologique a été publié *in extenso* dans la *Revue neurologique* du 30 octobre 1901, par nos collègues et amis, MM. Philippe et Oberthür.)

Ce cas nous paraît fort intéressant, car l'absence d'hérédité similaire, le début tardif de l'affection, l'aveu d'une syphilis antérieure, la présence du signe d'Argyll auraient pu faire méconnaître la maladie de Friedreich au profit d'un tabes. Mais le tabes ne s'accompagne ni de titubation cérébelleuse, ni de nystagmus, ni de parole saccadée, ni de scoliose, ni de pied creux avec réflexe plantaire en extension. Et en effet l'examen histologique a montré dans notre cas une association de sclérose des cordons postérieurs et des faisceaux latéraux, comme on l'observe dans la maladie de Friedreich.

En résumé, nous avons constaté le signe d'Argyll-Robertson associé cinq fois à une hémiplégie cérébrale sans signe quelconque de paralysie générale, trois fois à des myélites spasmodiques progressives du type Erb, une fois à une hématomyélie spontanée dorso-lombaire, une fois à une sclérose latérale amyotrophique, une fois à une maladie de Friedreich, et nous avons essayé de démontrer que, dans ces diverses affections, il est tout à fait anormal et exceptionnel de constater le signe d'Argyll-Robertson; nous avons montré enfin que chez nos malades la syphilis était avouée chez les hommes, très probable chez les femmes, car on connaît bien la difficulté fréquente de retrouver chez la femme mariée l'infection syphilitique certaine.

B. Deuxième catégorie. — Nous rangeons dans cette catégorie les affections au cours desquelles le signe d'Argyll a été signalé par les auteurs en dehors de toute étiologie syphilitique. Nous étudierons successivement les polynévrites, la sclérose en plaques, la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique de Déjérine.

1° L'étude de vingt-cinq cas de *polynévrite* d'origine alcoolique, diphtérique, grippale, etc., ne nous a pas permis de constater une seule fois le signe d'Argyll-Robertson, et nous ne l'avons pas trouvé chez de très nombreux malades où une névrite optique intra-bulbaire alcoolique ou tabagique existait seule, indépendamment de tout autre symptôme. Les observations de M. Parinaud (cité par M. Babinski, article Névrite du *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard) viennent sur ce dernier point confirmer les nôtres : le réflexe lumineux persiste dans la névrite retro-bulbaire tant que la vision n'est pas abolie.

Dans le cas de polynévrite avec lésions optiques, rapporté par M. Babinski (Soc. neurol., 1900), l'un des yeux présentait une abolition complète du réflexe pupillaire à la lumière, par suite d'amaurose, puisqu'il distinguait *à peine* la lumière. Mais il ne s'agissait pas de signe d'Argyll. Et c'est précisément sur ce malade que cet auteur a montré, par l'étude du réflexe consensuel, en quoi l'immobilité de l'iris par amaurose se distinguait du signe d'Argyll vrai, tabétique.

Restent les faits signalés par Eperon dans la *Revue de la Suisse romande*, 1890. Sur soixante-cinq cas de névrite optique rétro-bulbaire toxique avec scotome central, cet auteur a trouvé trois fois le signe d'Argyll, associé dans un cas à des douleurs fréquentes; dans l'autre un signe de Westphal; dans le troisième au signe de Westphal et aux douleurs fulgurantes. Il spécifie que ce « signe n'était dans aucun rapport avec le degré de l'amblyopie chez les malades qui en étaient atteints ». Dans un cas, il existait avec une acuité de 0,6. Le signe *a persisté après la disparition de l'amblyopie*. Ces constatations n'ont jamais été confirmées depuis et elles sont en contradiction avec l'opinion des auteurs cités plus haut ainsi qu'avec nos propres observations.

La persistance de l'abolition du réflexe malgré la conservation d'une assez bonne acuité après la disparition de toute amblyopie est bien un caractère propre au signe d'Argyll, et il n'est pas possible de considérer que les troubles pupillaires dépendent ici uniquement de la lésion névritique du tronc optique. Mais dans chacun des trois faits cités par Eperon existaient un ou deux autres signes de tabes, et on peut se demander si l'auteur a pu suivre assez longtemps ses observations pour s'assurer qu'il s'agissait réellement de pseudo-tabes et non de tabes vrai qui auraient évolué plus tard. D'ailleurs il ne mentionne dans aucun cas l'existence ou l'absence de la syphilis, qui peut aussi créer des polynévrites curables et donner lieu d'autre part à un signe d'Argyll permanent et indépendant de ces polynévrites. L'un de nous (1) a d'ailleurs déjà relaté l'histoire de ces polynévrites syphilitiques sans y rencontrer la perte du réflexe pupillaire à la lumière.

2° Dans sa statistique bien connue portant sur cent cas de *sclérose en plaques*, Uhtoff (2) signale une seule fois l'abolition complète de la contraction à la lumière bilatérale, avec pupille en myosis, associée d'ailleurs à une ophtalmoplégie externe; l'autopsie a confirmé le diagnostic de sclérose multiple et montré des lésions très étendues du plancher du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. La syphilis n'est pas mentionnée. Evidemment, étant donné la multiplicité et la variabilité de siège des plaques de sclérose, étant donné aussi que cette sclérose peut être quelquefois destructive, il est fort bien admissible *a priori* de concevoir une plaque localisée sur le centre encore inconnu d'ailleurs du réflexe pupillaire à la lumière et déterminant ainsi le signe d'Argyll tout en respectant les mouvements d'accommodation des pupilles à la distance. Cependant nous ferons remarquer la rareté du fait. Uhtoff ne l'aurait observé qu'une seule fois sur cent cas. Ayant examiné trente-trois cas de sclérose en plaques, nous avons toujours trouvé les réflexes pupillaires normaux. En outre quatre de ces trente-trois malades présentaient des lésions de névrite optique, dont un cas confirmé par l'examen histologique; or, malgré l'amblyopie assez prononcée dans un cas, provoquée par cette sclérose du nerf optique, le réflexe pupillaire à la lumière n'était pas aboli. On n'oubliera pas au surplus que certains auteurs ont cru dans quelques cas pouvoir rattacher la sclérose en plaques à une infection syphilitique, il serait donc intéressant de rechercher avec soin dans des faits semblables l'état du réflexe pupillaire.

3° Les travaux de Schlesinger, de Pitres, de Raymond, de Philippe et Oberthür ont démontré que la *syringomyélie* peut créer des lésions bulbaires que révèlent cliniquement une atrophie linguale, des troubles sensitifs et trophiques dans le territoire du trijumeau et des paralysies oculaires. Il est donc tout logique d'examiner les réactions pupillaires dans la syringomyélie. Or, à ce point de vue, cette maladie paraît pouvoir tout réaliser comme nous allons essayer de le démontrer.

Elle peut déterminer, en effet, d'une part une rigidité pupillaire mydriasique, avec perte de l'accommodation aussi bien à la lumière qu'à la distance, si les noyaux de la troisième paire sont intéressés. Elle peut déterminer d'autre

(1) Cestan. La polynévrite syphilitique, *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1900.

(2) Uhtoff. Untersuchungen uber Augensbörungen bei multipler Herdsklérose, *Arch. f. Psychiat.*, 1889-1890, p. 400.

part un myosis avec rétraction du globe oculaire et diminution de la fente palpébrale,si au processus cavitaire intramédullaire s'associe un processus de pachyméningite venant comprimer le sympathique à l'endroit où il sort de la moelle, c'est-à-dire au niveau de la huitième paire cervicale et de la première paire dorsale. Mais nous avons déjà vu que ces deux altérations, c'est-à-dire lésion du noyau de la troisième paire, lésion du sympathique cervical,ne déterminaient jamais le signe d'Argyll-Robertson.

Cependant on a signalé l'existence de ce dernier signe au cours de la syringomyélie. Schlesinger (1), dans sa monographie, *La syringomyélie* (p. 78), signale le fait; il croit que le plus souvent ce signe dénonce une association de syringomyélie avec le tabes ou la paralysie générale. « Schlesinger cite le cas d'association de tabes et de syringomyelie (Eisenlohr, Nonne, Jegorow, Redlich, Oppenheim, Schultze). Mais ces faits se rapportent à des cas de tabes dont le processus anatomo-pathologique tenait sous sa dépendance la formation de cavités... Dans une observation de Schultze, il est dit que les pupilles sont rétrécies. La droite ne réagit plus du tout à la lumière, la gauche ne réagit que fort peu. Mais les réactions à l'accommodation ne sont pas signalées. Il est juste d'ajouter que, sauf cette ligne, nous ne connaissons pas de fait de syringomyélie où le signe ait été indiqué » [L. Levi et Sauvineau (2)]. Dans leur intéressant article, ces derniers auteurs rapportent un cas de syringomyélie avec signe très typique d'Argyll-Robertson, présenté par le professeur Raymond à une de ses cliniques. D'ailleurs, l'examen histologique de ce cas, publié en 1900 par MM. Philippe et Oberthür (3) dans leur remarquable travail sur la syringomyélie, a montré l'existence d'une syringomyélie à forme pachyméningitique. Nous ferons cependant observer que cette malade avait fait quatre fausses-couches ne relevant pas toutefois d'une étiologie syphilitique avouée.

A ce premier fait d'existence du signe d'Argyll dans la syringomyélie, nous devons ajouter l'observation publiée par MM. Déjerine et Mirallié (4). Leur malade est d'ailleurs fort curieuse car elle va nous permettre de prouver que dans des faits semblables le signe d'Argyll n'est pas causé par la lésion du sympathique cervical. En effet, cette malade de MM. Déjerine et Mirallié était atteinte du côté gauche de myosis, avec rétraction du globe oculaire et diminution de la fente palpébrale *sans signe d'Argyll*, myosis associé à une hémiatrophie faciale gauche avec retard de la sécrétion sudorale de ce même côté de la face, toutes lésions que les auteurs attribuent à une altération du *sympathique cervical*, crée par la pachyméningite à sa sortie radiculaire. Or le signe d'Argyll existait du côté opposé, à *droite*, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion du sympathique. Malheureusement l'état du réflexe consensuel et la possibilité d'une syphilis antérieure ne sont pas signalés.

Voilà donc deux faits qui paraissent démontrer la possibilité de l'existence du signe d'Argyll dans la syringomyélie. Mais il faut reconnaître aussitôt que c'est là une très rare exception, car nous avons pu examiner 8 cas de syringomyélie sans rencontrer une seule fois l'ébauche même du signe d'Argyll. Certes, nous ignorons encore la lésion capable de créer ce signe ; rien ne permet donc d'affirmer *a priori* qu'on ne peut pas le rencontrer dans la syringomyélie, puisque cette affection détermine parfois des lésions bulbaires; cependant, on peut assurer que l'existence de ce signe ne tient pas aux lésions pachyméningitiques comprimant la huitième racine cervicale, lésions qui créent simplement du myosis sans perte du réflexe lumineux, et nous

(1) Schlesinger. *Die Syringomyelie*, Leipzig 1895.
(2) Levi et Sauvineau. *Gaz. des hôpit.*, 1895.
(3) Philipte et Oberthur. *Arch. expérim. et d'anat. pathol.*, 1900.
(4) Déjerine et Mirallié. *Arch. de physiol.*, 1895.

croyons par suite qu'il sera nécessaire dans l'avenir de rechercher avec soin la possibilité d'une infection syphilitique lorsque le signe d'Argyll-Robertson sera reconnu au cours de la gliomatose médullaire.

4° En 1893, MM. Déjerine et Sottas nous ont fait connaître une nouvelle forme d'atrophie musculaire, la *névrite interstitielle hypertrophique* (1). Or, un des caractères de cette affection est de s'accompagner de troubles tabétiformes très prononcés, au point que le premier cas avait été publié, par MM. Gombault et Mallet (2), sous le titre de tabes juvénile. Parmi ces troubles tabétiformes, il faut citer le signe d'Argyll-Robertson. Dans son premier travail, M. Déjerine rapporte l'observation de deux malades : la sœur âgée de quarante-cinq ans présente simplement la paresse du réflexe lumineux, mais son frère âgé de trente-trois ans, et que nous avons pu d'ailleurs examiner longtemps dans le service de notre maître, M. Babinski, avait un myosis extrême avec signe d'Argyll. En 1896, M. Déjerine a relaté un troisième exemple, celui d'un garçon de vingt ans, *sans syphilis acquise ou héréditaire* (3), présentant aussi très nettement le signe d'Argyll-Robertson. Enfin nous avons examiné dans le service de notre maître, le professeur Raymond, deux sœurs atteintes de cette même maladie; leurs pupilles étaient en myosis, ne réagissaient pas à la lumière et réagissaient très faiblement à l'accommodation. Nous possédons ainsi au moins cinq observations (l'état des réflexes pupillaires n'étant pas signalé dans l'observation de Gombault), qui démontrent que le signe d'Argyll peut se rencontrer dans la névrite interstitielle hypertrophique et dans ce cas probablement, même en dehors de toute infection syphilitique. C'est là une constatation de grand intérêt. Quelques auteurs (Marinesco) croient en effet que la névrite interstitielle hypertrophique et l'atrophie musculaire du type Charcot-Marie ne sont que deux variétés d'une même entité morbide. Or le signe d'Argyll, constant dans la névrite interstitielle, n'a jamais été rencontré dans l'atrophie Charcot-Marie; nos recherches personnelles ont porté sur six malades atteints de cette dernière affection : leurs pupilles réagissaient normalement à la lumière ; ce signe a donc pu servir à démontrer que ces deux maladies ne sauraient constituer deux variétés d'une même entité morbide (Déjerine).

En résumé, nous avons vu que la perte du réflexe lumineux, observée dans les polynévrites, diffère, au double point de vue clinique et pathogénique, du signe d'Argyll du tabes. Mais nous avons vu aussi que ce signe avait été rencontré deux fois dans la syringomyélie, qu'il n'était pas certain, il est vrai, que ces deux malades ne fussent en même temps syphilitiques. Toutefois, il faut reconnaître que l'étiologie syphilitique (cas de Déjerine de 1896) paraît faire défaut dans les cas précités de névrite interstitielle hypertrophique, affection toujours accompagnée de perte du réflexe lumineux. Au point de vue *théorique*, ce sont là des faits très importants qui démontreraient que le signe d'Argyll dépend avant tout de la localisation d'une lésion plutôt que de la nature de cette lésion ; cependant, étant donné la rareté extrême de ces faits, ils ne sauraient ébranler la conclusion pratique que nous avons déjà formulée : l'existence du signe d'Argyll chez un malade doit faire rechercher avec soin une infection syphilitique acquise ou héréditaire.

C. Troisième catégorie. — Nous ne ferons que signaler les maladies, car il ressort aussi bien des recherches antérieures que de nos propres recherches qu'on ne saurait y rencontrer le signe d'Argyll en dehors de toute infection syphilitique.

(1) Déjerine et Sottas. Soc. de biol., 1893.
(2) Gombault et Mallet. *Arch. expérim. et d'anat. pathol.*, 1890.
(3) Déjerine. *Revue de méd.*, 1895.

L'*hystérie* peut présenter au dire des auteurs, dans la période interparoxystique, des modifications de la pupille, myosis ou mydriase, mais cependant jamais le signe d'Argyll-Robertson. Nous n'insistons pas sur l'état de crise, aussi bien épileptique qu'hystérique, sur les divers comas, diabétique, etc., car la caractéristique du signe d'Argyll est la persistance de l'accommodation à la distance, acte volontaire, conscient, qui ne saurait être par suite constaté dans les états précédents.

Nous avons examiné, en dehors de toute crise, 150 *épileptiques*, soit épileptiques simples, soit épileptiques avec manifestations mentales diverses autres que la paralysie générale : leurs pupilles réagissaient aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation. Semblable résultat négatif est résulté de l'examen de *neurasthénies*, de *myopathies*, de *chorée*, de *maux de Pott cervicaux*, de *poliomyélites infantiles*, de *maladie de Thomsen*, etc.

IV

Etude du signe d'Argyll-Robertson dans les vésanies. — Les aliénistes ont porté surtout leur attention sur les troubles pupillaires de la paralysie générale, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, perte du réflexe accommodateur à la distance, etc. Ce sont là des symptômes maintenant bien classés, aussi nous abstiendrons-nous de parler de la paralysie générale, au profit des autres vésanies.

En 1885, Siemerling (1), examinant 300 femmes aliénées, trouve l'absence du réflexe à la lumière chez 3 démentes séniles, 1 démence syphilitique, 3 tabétiques, 2 épileptiques, 1 cas de folie systématique. En 1896, il apporte une statistique concernant 9 160 malades et note l'absence du réflexe lumineux dans 29 cas de tabes avec psychose, dans 17 cas de syphilis cérébrale, dans 19 cas de démence organique et 19 cas de démence sénile, 4 cas d'hystérie et 4 cas d'épilepsie.

Dans les *Archiv für Psychiatrie*, Mœli (2) dit n'avoir trouvé l'immobilité pupillaire que dans 56 cas sur 1 900 malades, dont 8 devinrent plus tard paralytiques et 3 tabétiques.

Il ressort donc de ces travaux que les troubles du réflexe pupillaire à la lumière seraient très rares chez les aliénés, si l'on excepte les tabétiques et les paralytiques généraux.

Tout dernièrement, M. Mignot (3) a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Il a pu examiner 5 démentes sessiles, 63 démences précoces, 7 délires hallucinatoires d'origine alcoolique et 10 alcooliques chroniques, 11 folies périodiques, 12 mélancolies séniles, 8 délirants chroniques, 17 dégénérés atteints de délire systématisé, 6 débiles ou idiots. Dans quelle proportion existait chez ces malades le signe d'Argyll-Robertson? Une réponse précise ne se dégage pas du travail de M. Mignot. L'auteur mentionne en effet souvent la paresse de la pupille à la lumière; il dit même, p. 69, Obs. VIII, à propos d'un malade : « Le 3 mai, pas de réaction à la lumière, le 14 mai réaction faible à la lumière. Le 16 mai, pupilles ne réagissent pas à la lumière, réagissent peu à l'accommodation. » Or, paresse de la pupille, variabilité de cette paresse d'un jour à l'autre pouvant aller même jusqu'à la disparition sont des caractères qui n'appartiennent pas au signe d'Argyll, symptôme fixe, permanent, qui est ou n'est pas, qui n'est pas sujet à des variations quotidiennes comme nous l'avons défini au début de cet article. En se plaçant à ce point de vue rigoureux d'observation, nous voyons dans le travail de M. Mignot, le signe d'Argyll signalé seulement dans l'observation XXIII d'une démence précoce à forme paranoïde, dans les observations III et VI d'alcooliques chroniques, ce qui donne en réalité une proportion très faible, sans que d'ailleurs la possibilité d'une infection syphilitique soit signalée par l'auteur. Aussi M. Mignot conclut-il justement : « Le trouble du réflexe à la lumière, s'il se caractérise par l'abolition complète et persistante, sera, avec une extrême probabilité, en faveur d'une des psychoses par lésions organiques. »

Bien différente est au contraire la statistique de M. Marandon de Montyel (1) : « C'est dans un quart des cas que nous avons noté le signe d'Argyll-Robertson, dit-il, et dans un cinquième l'affaiblissement simultané des deux réflexes lumineux et accommodateur. Ce sont là des proportions très élevées et faites pour étonner, car elles sont en complète opposition avec les idées ayant cours. » Dans un deuxième article, M. Marandon de Montyel (2) donne en effet la proportion suivante relativement à l'existence du signe d'Argyll dans les vésanies : manie 26 p. 100, lypémanie 8 p. 100, démence 54 p. 100, circulaire 60 p. 100, affirmant ainsi la fréquence extrême de la perte du réflexe lumineux avec conservation de l'accommodation à la distance en dehors de toute paralysie générale.

Surpris de la dissemblance extrême des statistiques de Siemerling et de M. Marandon de Montyel, nous avons essayé de nous faire une opinion personnelle. Grâce à l'extrême obligeance de MM. Denis et Voisin, médecins à la Salpêtrière, nous avons pu étudier un assez grand nombre de vésaniques. L'examen de la pupille a toujours été pratiqué à la chambre noire, avec la technique exposée plus haut; nous n'avons retenu que le signe d'Argyll net, c'est-à-dire la perte complète du réflexe lumineux malgré l'intégrité de l'accommodation pupillaire à la distance; il faut d'ailleurs reconnaître que la recherche de ce signe est parfois impossible chez les aliénés, à cause de leur agitation, de leur refus d'obéissance, de leur démence qui empêchent d'apprécier avec soin aussi bien le réflexe lumineux que le réflexe d'accommodation à la distance. Nous avons écarté les cas certains ou douteux de paralysie générale, et fait porter notre examen sur 50 épileptiques présentant des manifestations mentales diverses, sur 30 vieillards atteints de lésions cérébrales séniles, sur 12 démences précoces, 3 manies intermittentes, 2 folies à double forme, 5 mélancolies, 16 démences systématisées chroniques, 16 démences secondaires, 2 neurasthénies avec obsessions impulsives, 1 confusion mentale, 1 chorée chronique avec troubles mentaux, 9 débilités mentales, 9 imbécillités, 6 idioties. Ces diagnostics nous avaient été très obligeamment donnés par MM. Voisin et Denis. Or, tous ces vésaniques, examinés à la chambre noire, par la projection d'un faisceau lumineux sur la région maculaire, avaient conservé leur réflexe pupillaire à la lumière. Si parfois ce réflexe était lent, paresseux, du moins pour expliquer cette paresse on pouvait faire intervenir chez les vésaniques et avec la même fréquence les facteurs qui, chez les individus à système nerveux normal, provoquent la lenteur du réflexe pupillaire à la lumière.

Ainsi la différence ne saurait être plus grande entre nos résultats et ceux de M. Marandon de Montyel. Nos résultats se rapprochent au contraire beaucoup de ceux soit de Siemerling, soit de M. Mignot. Pour trancher ce différend, il serait donc utile de posséder de nouveaux examens pupillaires, faits à la chambre noire avec la technique exposée plus haut, tout cas susceptible d'être rapporté au tabes, à la paralysie générale ou à une lésion du nerf optique, étant écarté. Si nos recherches recevaient confirmation, elles prouveraient que, de même que pour les affections organiques du système nerveux, chez les vésaniques la pré-

(1) Siemerling. Statistiques : separat. admets. auden, *Charite Annan*, XII.
(2) Mœli. *Arch. f. Psychiat.*, XVIII, 1.
(3) Mignot. Th. de Paris, 1900.

(1) Marandon de Montyel. *Presse méd.*, 1901, n° 75.
(2) Marandon de Montyel, *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 134.

...ence du signe d'Argyll doit faire soupçonner la syphilis, conclusion pratique des plus importantes, puisque chez les aliénés la recherche des antécédents personnels est toujours si hérissée de difficultés.

V

Importance du signe d'Argyll au point de vue du pronostic. — De cette étude critique, il ressort que si fréquent, mais non constant, dans le tabes et la paralysie générale, le signe d'Argyll-Robertson se trouve d'une manière tout à fait exceptionnelle, soit isolé, soit associé à une affection mentale ou organique ne relevant pas au point de vue clinique du tabes ou de la paralysie générale. Mais, exception faite pour la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique, faut-il conclure cependant de sa présence chez un malade que, malgré toute absence de signe clinique, ce malade est atteint d'un tabes incipiens ou d'une paralysie générale au début, problème important puisqu'en somme il juge la valeur pronostique du signe d'Argyll-Robertson?

Pour le résoudre, il serait nécessaire de connaître la lésion capable de dissocier ainsi les réflexes pupillaires, de supprimer le réflexe lumineux tout en respectant le réflexe d'accommodation à la distance. Or sur ce point précis notre ignorance est complète, et d'ailleurs elle persistera aussi longtemps que persistera l'obscurité qui entoure encore le problème physiologique des voies et des centres du réflexe pupillaire à la lumière. Nous ne connaissons pas en effet d'une manière certaine un seul des éléments de ce réflexe : voie centripète, centres réflexes, voie centrifuge.

Il est certain que l'excitation sensorielle suit le nerf optique (voie centripète), mais déjà le problème se complique, car Retzius, Gudden, Monakow, Bechterew lui concèdent de grosses fibres spéciales à point d'origine surtout péri-maculaires et Bernheimer admet que ces fibres subissent une décussation partielle dans le chiasma. Mais quel est ensuite leur trajet au delà du chiasma? A quels centres réflexes vont-elles aboutir? Pour tous les auteurs, elles abandonnent bientôt le faisceau optique (ainsi s'explique la réaclion pupillaire hémiopique de Wernicke); Mendel estime qu'elles se rendent au ganglion de l'habenula et ensuite au moyen de la troisième paire, mais Monakow et Massault combattent cette hypothèse et supposent qu'elles se rendent d'abord dans les tubercules quadri-jumeaux antérieurs, et ensuite dans le noyau médian à petites cellules de la troisième paire, le noyau du sphincter irien.

Plus obscure encore est la voie motrice centrifuge. En somme, les nerfs ciliaires innervant la pupille émergent du ganglion ophtalmique, situé sur le côté externe du nerf optique. Or ce ganglion reçoit trois sortes de fibres différentes, une du trijumeau, l'autre de la troisième paire, la troisième enfin du grand sympathique cervical.

La troisième paire envoie à la pupille des filets constricteurs, issus du noyau médian à petites cellules, puisqu'une lésion de ce noyau ou du tronc de la troisième paire provoque une mydriase paralytique avec perte de l'accommodation à la lumière et à la distance. Le grand sympathique cervical envoie à la pupille des fibres vaso-dilatatrices puisque sa section détermine du myosis et son excitation la mydriase, mais, fait capital, la pupille peut encore se dilater ou se rétrécir sous l'influence aussi bien de la lumière que de l'accommodation. Ces filets du grand sympathique proviennent de la huitième racine cervicale, ainsi que le démontre l'étude des paralysies radiculaires, inférieures du plexus brachial; ils remontent dans la moelle cervicale et se rendent à un centre irido-dilatateur situé pour Budge dans la moelle (centre cilio-spinal) pour d'autres dans le bulbe, au surplus certains auteurs admettent même deux centres dilatateurs, associés entre eux, l'un bulbaire réagissant aux excitations sensorielles, l'autre médullaire réagissant aux excitations sensitives cutanées.

Dès lors dans quelle partie de cet axe réflexe lumineux peut-on placer la lésion qui détermine le signe d'Argyll-Robertson?

On a cru donner la physio-pathologie de ce signe en admettant une lésion de ces fibres du nerf optique qui appartiendraient en propre au réflexe pupillaire à la lumière. L'hypothèse était séduisante par sa simplicité. Mais l'étude du réflexe consensuel dans le cas où le signe d'Argyll-Robertson est unilatéral a bien montré que sa voie centripète était normale, que la perte du réflexe lumineux dans le tabes n'est pas due à une lésion des nerfs optiques (Babinski); dans ce cas en effet, l'œil malade a perdu ses deux réflexes pupillaires à la lumière, directe et consensuel; au contraire, l'excitation lumineuse de l'œil malade fait contracter la pupille de l'œil sain, preuve évidente que la voie sensorielle centripète est normale.

Il est tout aussi bien démontré qu'une lésion de la voie centrifuge motrice ne peut créer le signe d'Argyll-Robertson. En effet, une lésion des noyaux de la troisième paire (syndrome de Weber) détermine une mydriase avec perte de l'accommodation aussi bien à la distance qu'à la lumière, une lésion du grand sympathique cervical (paralysies radiculaires, sympathectomie) détermine un myosis mais avec persistance de l'accommodation aussi bien à la lumière qu'à la distance.

Il est donc nécessaire de supposer que la lésion se trouve dans les centres réflexes. Or nous ignorons absolument leur siège. C'est ainsi que Marina place l'altération dans le ganglion ophtalmique, et Mendel dans le ganglion de l'habenula. Marina, en effet, chez des tabétiques et des paralytiques généraux ayant présenté des troubles pupillaires, a constaté des altérations prononcées des nerfs et du ganglion ciliaires, etc. Mendel, de son côté, insiste sur les lésions d'apendymite autour du ganglion de l'habunala si fréquentes à l'autopsie des paralysies générales.

Nous n'insistons pas sur ce chapitre si complexe de physio-pathologie, nous avons voulu simplement indiquer la complexité et partant les obscurités de ce problème, montrer qu'il était encore nécessaire de rester uniquement sur le terrain de la clinique.

C'était en se plaçant à ce point de vue clinique que M. Babinski présentait à la Société médicale des hôpitaux trois malades syphilitiques atteints uniquement de signe d'Argyll sans autre manifestation de tabes et de paralysie générale et déclarait à leur sujet : « L'abolition des réflexes pupillaires, dans les conditions précédemment précisées, nous paraît indiquer que le système nerveux central est atteint par la syphilis et que le sujet chez qui on le constate est un candidat au tabes, à la paralysie générale ou à la syphilis cérébro-spinale. » Notre nouvelle statistique vient confirmer les idées de notre maître sur les relations du signe d'Argyll et de la syphilis. Sur 15 cas, observés en dehors de tout tabes ou paralysie générale pouvant être reconnue cliniquement, nous trouvons en effet 10 fois la syphilis certaine, avouée par les malades, 5 fois la syphilis probable, car ces 5 malades sont des femmes qui peuvent ignorer avoir été contaminées, mais qui ont fait des fausses couches spontanées, qui ont un mari tabétique ou paralytique général, qui se souviennent d'éruption cutanée accompagnée de perte de cheveux et d'angine, tous signes qui font suspecter une infection syphilitique. Il nous est donc permis de déduire une première conclusion : la constatation chez un malade du signe d'Argyll-Robertson doit faire soupçonner la syphilis héréditaire ou acquise, exception faite pour la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique de Déjerine.

Mais peut-on pousser plus loin l'analyse et prévoir l'avenir

de ce malade? En d'autres termes, le signe d'Argyll est-il l'indice d'un tabes ou d'une paralysie générale incipiens qui vont évoluer? Peut-il au contraire persister des années durant sans autre manifestation d'altération du système nerveux? Le problème est variable avec les malades. Certains malades présentant en effet exclusivement le signe d'Argyll. Que vont-ils devenir? Il n'est pas douteux que leur système nerveux est atteint, car dans deux cas le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien a montré à M. Babinski une lymphocytose aussi marquée que dans le tabes. D'autre part, il n'est pas douteux qu'ils conserveront toute leur vie le signe d'Argyll malgré tout traitement iodo-mercuriel. Quand en effet nous disons qu'il existe des relations entre la syphilis et le signe d'Argyll, dans notre pensée il s'agit de relations comparables à celles qui unissent la syphilis au tabes et à la paralysie générale. Ainsi la perte du réflexe lumineux n'est pas due à une lésion secondaire ou tertiaire du système nerveux que ferait disparaître un traitement iodo-mercuriel, mais rentre plutôt dans ce groupe de ces accidents parasyphilitiques du professeur Fournier qu'il est impossible de faire rétrocéder par un traitement antisyphilitique. Pour notre part nous ne l'avons jamais vu céder à des injections longtemps continuées de calomel ou d'huile grise. M. Bruhl a rapporté l'histoire d'un malade qui, ayant présenté le signe d'Argyll deux ans après le chancre infectant, n'a commencé une paralysie générale que deux ans après. Mais d'autre part M. Babinski a observé un neurasthénique syphilitique, qui n'a jamais présenté pendant huit ans d'autre signe objectif que le signe d'Argyll. Une autopsie peut donc seule résoudre le problème; sans l'anatomie pathologique, par la clinique seule la solution du problème est presque impossible; car d'une part, ces faits sont trop exceptionnels, d'autre part, il est difficile de surveiller les malades toute leur vie durant, pour dépister un tabes ou une paralysie générale; enfin il ne serait pas impossible qu'un traitement mercuriel pût, non faire rétrocéder la maladie, mais pourtant l'enrayer *ab ovo*, rendant ainsi la solution du problème insoluble, c'est-à-dire prévoir l'avenir de malades syphilitiques présentant exclusivement le signe d'Argyll.

Mais chez d'autres malades, le signe d'Argyll est associé à des affections du système nerveux qui peuvent être causées par la syphilis, hémiplégie, hématomyélie, myélite... S'agit-il donc dans ces cas d'une association de tabes ou de paralysie générale avec les affections précitées? Cette association est en effet possible; Kuh, Dinckler, Marinesco en ont rapporté des exemples. C'est ainsi que le cas de Dinckler (*Deuts. Zeit. f. Nervenh.*, 1893) concerne un homme syphilitique, présentant des troubles pupillaires, des douleurs fulgurantes et l'exagération des réflexes tendineux, bientôt les réflexes se suppriment, créant le tableau d'un tabes légitime, or à l'autopsie l'auteur a trouvé des lésions tabétiformes, des cordons postérieurs et une méningite médullaire prononcée. L'un de nous a d'ailleurs déjà étudié l'hémiplégie permanente des tabétiques et les conditions qui lui permettaient de passer à la phase spasmodique (1). Mais si cette association morbide est possible, il faut reconnaître la difficulté parfois insurmontable de la reconnaître à l'aide de la clinique seule. Au surplus le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien qui nous a permis de trouver une abondante lymphocytose chez deux hémiplégiques atteints de signe d'Argyll ne peut nous éclairer, car on peut rencontrer une lymphocytose intense dans toutes les manifestations syphilitiques chroniques de l'axe cérébro-spinal. Sans examen histologique, et nous n'en possédons pas encore, il serait téméraire de trancher la question c'est-à-dire de croire à une association de manifestations syphilitiques de divers ordres, tabes ou paralysie générale associés à une hémiplégie, à une myélite, etc.

En somme deux hypothèses peuvent être soulevées à l'heure actuelle. Dans la première le signe d'Argyll est cr[éé] par une lésion syphilitique de siège et de nature inconnue; son existence vient révéler l'infection syphilitique. Mais on peut faire valoir contre cette hypothèse que peut-être l'infection syphilitique n'est pas constante dans le tabes, car nous avons pu observer des tabétiques hommes présenta[nt] le signe d'Argyll et niant de très bonne foi la syphilis, q[ue] le signe d'Argyll-Robertson peut se rencontrer en dehors [de] toute infection syphilitique, peut-être dans la syringomyé[lie] et très probablement dans la névrite interstitielle hyp[er]trophique de Déjerine, qu'enfin on le rencontre d'une ma[nière] tout à fait exceptionnelle dans les affections syphili[ti]ques du système nerveux autres que le tabes et la paralys[ie] générale. Dans la deuxième hypothèse le signe d'Arg[yll] serait sous la dépendance d'un tabes ou d'une paralysie gé[nérale] au début; il pourrait en être le premier signe ré[vé]lateur.

On voit donc toute l'importance qu'aurait l'examen his[to]logique de ces cas où le signe d'Argyll se montre isolémen[t] car s'il était démontré qu'il est toujours créé par une lésion de tabes ou de paralysie générale ce signe nous mettrait en garde contre la survenance de ces maladies incurables; il nous montrerait que, derrière une hémiplégie syphilitiqu[e] à marche définitivement arrêtée, évolue parfois au contra[ire] une maladie progressive, tabes ou paralysie générale. [Au] surplus quelle que soit l'hypothèse, grâce aux travaux [de] M. Babinski, la valeur pratique du signe d'Argyll est défi[ni]tivement mise en lumière : sa présence chez un malade d[oit] faire soupçonner la syphilis, doit faire craindre l'évoluti[on] d'un tabes ou d'une paralysie générale, doit faire institu[er] sans retard un traitement iodo-mercuriel intensif car, s['il] est impossible de faire disparaître un signe d'Argyll q[ui] est un symptôme fixe, permanent, il est du moins perm[is] d'espérer qu'un traitement iodo-mercuriel rigoureux pe[ut] enrayer la maladie à sa phase initiale, tabes, paralysie gé[né]rale, syphilis cérébro-spinale chronique, dont le sig[ne] d'Argyll-Robertson pourrait être la première manifestati[on] clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTEN[UES] — *Anatomie.* — Séances des 19, 21 et 24 décembre : MM. Cap et Ollier, 12; Cantonnet et Le Play, 11; Cerise, 10; Boudrea[u], Brissy, Lemaître, Fernand Lévy et Omiecinski, 9; Claret, Ch[...] et Tassin, 8; Rodocanachi, 7; Dreyfus, Herbinet et Trèves, Feuillé et Leroux, 5; Villandre, 4; Pierre Barbier, 3.

Pathologie. — Séances des 20 et 23 décembre. — MM. Da S[...], Paranhos et Desmarest, 13; Wicart et Manoussi, 12; Geor[ges] Dalimier, Batisse et Eug. Cottard, 11; Guilloire, Wapler, Be[...]dère et Jacobson, 10; Hubert, Georges Cottard et Walter Munch, 8; Sée, 7; Savornin, 6; Louis Guyot et Labrevoit, 5.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Sont nommés : in[ter]nes titulaires, MM. Poucel, Roche, Bannelier, Giraud et Bruneau; et internes provisoires, MM. Peaudeleu, Pons, Comte, Collin et Escarras.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — M. Bataille est nom[mé] professeur d'anatomie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

---

(1) CESTAN. *Progrès méd.*, 1899.

[N]° 150. — MARDI 31 DÉCEMBRE 1901. 74e ANNÉE. MARDI 31 DÉCEMBRE 1901. — N° 150

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — LA PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE, par M. L. CHANCELLAY. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. La syphilis des nourrissons, par M. LEVI-SIRUGUE, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LA PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

Par M. L. CHANCELLAY.

Le terme de psychose polynévritique, dit M. Chancellay (1), a été très discuté et est certainement très discutable. L'inventeur de cette expression, Korsakoff, ne l'a proposée qu'à titre provisoire, mais l'ensemble symptomatique qu'elle désigne est si particulier, si bien défini qu'elle a fait fortune. Il n'existe en effet aucun autre terme commode et suffisamment compréhensif pour désigner la singulière coïncidence d'une paralysie névritique et d'un trouble mental toujours semblable à lui-même.

Bien que Maingault, Vincent et quelques autres auteurs aient déjà signalé, avant 1884, des cas de psychose polynévritique, c'est Charcot qui, le premier, a indiqué nettement les troubles mentaux qui se rencontrent au cours des polynévrites alcooliques, et insisté, avec des exemples cliniques irréfutables, sur l'amnésie et la confusion mentale qu'on observe souvent en pareil cas. Quelques années après, Korsakoff, par de multiples observations, et dans une série d'importants travaux, attire l'attention générale sur la psychose polynévritique. Grâce à lui, cette complication des névrites est aujourd'hui classique, et les leçons de M. Raymond, le rapport de M. Ballet au Congrès des aliénistes de Marseille, en 1899, donnent l'état actuel de la question au point de vue clinique. Les recherches anatomiques de Ballet et Faure[?]il, de Soukhanoff, de M. Faure précisent les lésions corticales auxquelles serait liée la psychose.

Au point de vue *étiologique*, une première question se pose : la psychose polynévritique a-t-elle la valeur d'une maladie spéciale; quelle place convient-il de lui assigner dans le cadre des affections mentales? Au contraire de Charcot pour qui l'amnésie caractérisait la polynévrite alcoolique, Korsakoff pense que tous les poisons, minéraux ou autres, agissant sur des cerveaux prédisposés, sont capables de déterminer la psychose, qu'il désigne sous le nom de cérébropathie psychique toxhémique. L'étiologie de la psychose est en effet complexe et non univoque dans la plupart des cas : telle est l'observation de M. Trénel, dans laquelle, à l'autopsie d'une vieille femme alcoolique, et ayant présenté des troubles mentaux caractéristiques, on découvrit, en plus des lésions habituelles de névrite, une lithiase rénale avec néphrite suppurée. Dans d'autres cas, il y a coïncidence de syphilis et d'alcoolisme.

Quelles sont les névrites qui s'accompagnent surtout de troubles mentaux? D'après les statistiques de Jolly, on peut, à cet égard, diviser les névrites en plusieurs variétés : *a.* celles qui ne s'accompagnent pas de troubles mentaux ; *b.* celles qui se compliquent de délire simple ; *c.* celles dans lesquelles on observe le syndrome de Korsakoff et qui, presque toutes, sont d'origine alcoolique. Charcot avait donc raison de dire que la psychose polynévritique s'observe surtout dans l'éthylisme.

Cliniquement, tous les cas de psychose polynévritique ont une telle uniformité dans leur ensemble, un aspect si caractéristique qu'on les reconnaît de prime abord : quoiqu'on en ait décrit plusieurs formes, les cas purs paraissent former une espèce clinique nettement définie, et dont le type est fourni par ces troubles mentaux que l'on observe au cours de l'alcoolisme.

Il s'agit le plus souvent d'individus faisant, depuis de longues années, des excès alcooliques variés. Les phénomènes prodromiques consistent, le plus souvent, en changement de caractère, cauchemars effrayants, zoopsie, etc. Dans quelques cas rares, un délire alcoolique vulgaire, plus ou moins caractérisé, accompagne seul la polynévrite à l'exclusion du syndrome de Korsakoff proprement dit. Peut-être même les diverses formes cliniques indiquées par M. Ballet ne sont-elles que des formes atténuées, s'arrêtant aux symptômes de début. Quoi qu'il en soit, le début peut être tout à fait insidieux.

A la période d'état, la bizarrerie des accidents ne tarde pas à frapper l'entourage des malades. « Ce sont des oublis, une sorte d'ahurissement qui trouble tout à fait leurs rapports sociaux. » Ce n'est pas, à proprement parler, la véritable confusion mentale : la psychose polynévritique semble surtout, dit justement M. Chaslin, comporter un trouble particulier de la mémoire ; dans la confusion mentale, l'état psychologique est généralement constitué par un fonds essentiel de confusion, de perte de l'orientation avec ou sans délire, avec ou sans hallucinations ou illusions; dans la

(1) Th. de Paris, 1901.

psychose polynévritique, la confusion dans les idées relève uniquement de la perte des souvenirs; le malade reste habituellement silencieux, immobilisé dans son lit, il laisse couler les heures sans s'intéresser à quoi que ce soit. Il ne répond que si on lui adresse la parole, et en général accomplit à peu près correctement les actes simples qu'on lui commande. Il est docile, avenant même; il se tient sur ses gardes, mais vient-on à l'interroger un peu longuement, on découvre des lacunes énormes dans les souvenirs, et c'est là le symptôme primordial, caractéristique, constant du syndrome de Korsakoff.

L'amnésie est réalisée sous une forme pour ainsi dire pure, et qu'on ne retrouve dans aucune autre affection mentale. Elle est continue, généralisée, profonde, incorrigible, inconsciente et porte surtout, mais non exclusivement, sur les acquisitions récentes ou plutôt immédiates : l'interrogatoire du malade devient alors pénible et fatigant. La mémoire des faits anciens peut être bien conservée : cependant il existe des lacunes dans la plupart des cas.

Le malade, de par son amnésie, devient crédule. Il accepte les récits les plus invraisemblables, les remarques les plus baroques sans prostester; il en arrive à inventer lui-même les récits les plus ridicules et les moins faciles à croire. La succession incohérente de ses idées ne peut se comparer qu'aux séries d'idées qu'on rencontre dans les rêves. La psychose polynévritique est certainement l'affection mentale qui réalise le mieux le syndrome du délire onirique si bien étudié par M. Régis.

Au milieu de ces divagations variées apparaissent des hallucinations de la vue, qui sont en général de nature zoopique. Les hallucinations de l'ouïe sont exceptionnelles. Une autre catégorie d'hallucinations extrêmement fréquente trouve son origine dans les troubles de la sensibilité tactile. Enfin on a assez souvent l'occasion d'observer des pseudo-réminiscences, les malades reportant dans le passé et donnant comme des souvenirs des événements qu'ils inventent de toutes pièces. Ces pseudo-réminiscences, de même que les autres idées délirantes, ne sont jamais systématisées.

Tous ces troubles coïncident avec les signes habituels des névrites : abolition des réflexes, troubles de sensibilité, atrophie musculaire, etc. Quant à leur marche, elle est des plus variables. Le début est marqué tantôt par des vomissements, auxquels Korsakoff attribuait une importance particulière, tantôt par des symptômes mentaux analogues à ceux que nous venons d'étudier, d'autres fois encore, il est insidieux. Quoi qu'il en soit, la phase d'état apparaît assez rapidement et persiste longtemps sans aggravation ni amélioration. On voit des malades tomber, dans les dernières semaines de leur vie, dans un état d'apathie et de somnolence qui dure jusqu'à la mort; on en voit d'autres garder jusqu'au dernier moment leur aptitude à inventer toutes sortes d'affabulations. Dans les cas moins graves, à évolution plus lente, cet état psychique dure des mois et des mois sans changement. Peu à peu, les malades retrouvent un certain pouvoir critique, commencent à retenir les noms des personnes qui les entourent, prennent part d'une façon plus active à la vie du service et enfin, par une progression lente, reviennent à leur état antérieur. Cette évolution favorable ne s'observe qu'en salle; dans les asiles, le retour à la santé paraît être, au contraire, l'exception. Seuls les cas peu intenses guérissent; pour les autres, il reste habituellement une faiblesse mentale. On peut se demander si certains de ces cas n'ont pas été parfois décrits comme pseudo-paralysie générale névritique.

Il est intéressant de fixer les rapports de la polynévrite avec les troubles mentaux. Korsakoff a bien montré que la psychose évolue d'une façon tout à fait indépendante de la polynévrite, que chacune présente une marche et un pronostic particuliers. Le plus souvent, les troubles psychiques survivent aux troubles névritiques; d'autres fois, c'est l'inverse qui s'observe. Dans tous les cas, le pronostic est grave, et les statistiques de Tilling, de Jolly, de Trénel montrent toutes que la psychose polynévritique est une affection toujours sérieuse et parfois incurable.

Dans les polynévrites puerpérales et gravidiques, le syndrome de Korsakoff peut s'observer, comme le prouve l'observation de Desmons, Joffroy, Froment, et les cas de Korsakoff. Elle est d'ailleurs exceptionnelle. Il en est de même des névrites arsénicales, où Reynold a décrit, sous le nom « confusional insanity », des troubles ressortissant sans conteste au syndrome de Korsakoff. Enfin, il n'est pas jusqu'aux tumeurs cérébrales qui ne puissent, dans quelques cas, se compliquer de troubles mentaux très analogues à ceux de la psychose polynévritique (observations de Montkemoller et Kaplan, de Trénel, etc.). Mais ce sont là des faits rares, encore peu connus, et sur lesquels il n'est pas permis d'avoir, à l'heure actuelle, une opinion définitive.

L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(24 DÉCEMBRE 1901)

On pourrait dire que c'est la séance des éloges, car nous avons entendu l'éloge de Mac Cormac, membre correspondant étranger, et d'Ossian Bonnet, membre correspondant national, tous deux récemment décédés, par M. le président; l'éloge de Tourdes (de Nancy) par M. Lereboullet, à l'occasion de l'offre, par la famille, du buste du regretté professeur; l'éloge de Bretonneau par M. Albert Robin, chargé, avec M. Blanchard, de représenter l'Académie au cinquantenaire de la Société médicale d'Indre-et-Loire; enfin un court mais touchant éloge de Laboulbène par M. le secrétaire perpétuel à l'occasion de la présentation de l'œuvre de Laboulbène, achevée par MM. Beurnier et Combours sous les auspices de Mme Laboulbène.

Il est regrettable que la parole ait été donnée si tard à M. Arloing, dont la communication très importante méritait plus de temps et plus d'auditeurs. Cette communication n'est rien moins qu'une réfutation expérimentale, d'une rigueur absolue, de l'opinion soutenue par MM. Koch et Schutz, sur la non-identité des **tuberculoses humaine et animale**. Cette réfutation semble d'autant plus convaincante que M. Arloing a repris la même série d'expériences sur laquelle Koch a fondé la doctrine des deux tuberculoses; or il est arrivé à des résultats diamétralement opposés. On se rappelle que, dans la communication retentissante qu'il a faite au congrès de la tuberculose, à Londres, Koch a cru pouvoir tirer de ses expériences les deux conclusions suivantes : 1° le bacille humain n'est pas inoculable aux grands herbivores; 2° la tuberculose des animaux ne contamine pas l'homme. M. Arloing fait observer que cette dernière proposition se trouve contestée par la fréquence de la tuberculose intestinale chez les enfants soumis à l'alimentation lactée. Quant à la première proposition, elle ne pouvait être vérifiée que par la méthode expérimentale. M. Arloing a donc fait des expériences et, dans 23 cas, il a obtenu des résultats positifs par l'inoculation de bacilles d'origine humaine sur les grands herbivores (taureau, génisse, âne, chè-

-re). Il a provoqué des lésions tuberculeuses, non seulement du poumon, mais aussi du foie, de la rate, des reins. Aussi M. Arloing conclut-il ainsi de la façon la plus formelle :

« Je persiste à admettre l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacille de Koch.

Il faut repousser le critérium de MM. Koch et Schutz qui nous amènerait à établir une coupe rigoureuse entre la tuberculose humaine et la tuberculose animale.

MM. Koch et Schutz n'étaient pas autorisés, par leurs propres expériences, à préconiser des distinctions absolues comme ils l'ont fait.

Il est utile de maintenir dans une sage mesure les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de recéler le bacille de la tuberculose. »

M. Nocard a, de son côté, fait des expériences dont il fera connaître prochainement les résultats, et qui confirment de tous points les conclusions de M. Arloing.

M. Laveran lit un rapport sur la **prophylaxie des fièvres palustres en Corse.**

La côte orientale de la Corse, couverte d'étangs et de marais, est très insalubre ; l'immense plaine d'Aléria, notamment, est inhabitable en été ; les habitants sont obligés de se réfugier dans la montagne. Cette situation est d'autant plus regrettable que cette région jouit d'un climat délicieux et que le sol en est très fertile.

Les découvertes récentes concernant le microbe du paludisme et sa propagation par certaines espèces de moustiques permettent d'espérer qu'à l'avenir il sera plus facile que par le passé de se protéger contre les fièvres palustres ; les essais de prophylaxie faits en Italie, dans ces dernières années, sont très encourageants et il est à désirer que la lutte contre le paludisme soit entreprise sans retard en Corse et dans nos colonies.

L'emploi préventif de la quinine, les moyens mécaniques de protection contre les moustiques, enfin la destruction des moustiques à l'état de larves, au moyen du pétrole, doivent être préconisés dans tous les pays palustres.

M. Laveran pense qu'il y aurait lieu de créer une société pour l'assainissement de la Corse. Cette société, dont le siège principal serait dans une des grandes villes de la Corse, organiserait des comités d'arrondissement et de canton.

En terminant, M. Laveran demande que la vente de la quinine, dont l'importance est aussi grande pour la prophylaxie que pour le traitement du paludisme, soit l'objet en France, comme elle l'est déjà en Italie, d'une législation spéciale.

M. Javal pense que les pouvoirs des conseils généraux sont suffisants pour sanctionner les mesures proposées par M. Laveran.

M. Laveran répond qu'il est absolument nécessaire de promulguer une loi abaissant le prix de la quinine. C'est le seul moyen de metre ce médicament à la portée de tous et c'est pourquoi aussi il demande que l'Académie vote les conclusions de son rapport. (Adopté.)

En attendant que cette loi soit votée, le conseil général de la Corse est invité à prendre les mesures nécessaires.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de deux plis, déposés par M. Doyen les 25 novembre 1901 et 17 décembre 1901, ayant trait à la présence habituelle dans les néoplasmes d'un microbe que M. Doyen appelle le **micrococcus neoformans.**

M. Doyen aurait obtenu par injections sous-cutanées de toxines atténuées de ce microbe, chez des cancéreux, particulièrement au niveau des ganglions néoplasiques, une réaction assez comparable à celle que donne la tuberculine sur les ganglions tuberculeux.

Ce n'est malheureusement pas le premier microbe du cancer que l'on découvre. Il est probable que ce n'est pas le dernier. L'avenir nous dira quelle est la valeur exacte de cette découverte.

L'Académie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1902 : M. Riche, vice-président, passant de droit président, M. Lancereaux est élu vice-président. M. Vallin est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel, et MM. Chauvel et Hayem sont nommés membres du conseil.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

DU 27 DÉCEMBRE 1901

MM. Marcel Labbé et Jean Ferrand rapportent l'observation de quatre malades employés à la fabrication d'accumulateurs dans une usine des environs de Paris, et profondément **intoxiqués par le plomb.** Deux d'entre eux ont été atteints, l'un au bout de deux mois, l'autre au bout de six mois, d'une paralysie étendue avec atrophie considérable. La paralysie portait surtout sur les muscles de la ceinture scapulaire et sur ceux des membres supérieurs ; les muscles des éminences thénar et hypothénar, ceux de la face, ceux de la région dorso-lombaire étaient pris dans un des deux cas.

Chez deux autres malades, l'intoxication s'est traduite par des crises de colique saturnine intense ; chez tous ces malades, l'anémie était très profonde.

Ces accidents saturnins sont remarquables par la précocité de leur apparition, par leur gravité, leur persistance ; en outre par la localisation anormale et l'extension des paralysies. Il est peu d'ouvriers qui échappent à l'intoxication.

Cela tient à ce que le poison est introduit non seulement par la peau et par les voies digestives, mais aussi par les voies respiratoires, les ouvriers étant exposés à absorber en grande quantité des poussières d'oxyde de plomb dont l'atmosphère est surchargée et les vapeurs plombiques qui se dégagent au moment de la soudure des accumulateurs.

L'intoxication par les voies respiratoires explique l'intensité de l'intoxication et aussi la prédilection des paralysies pour les muscles du thorax.

Il y a donc lieu de prendre des mesures hygiéniques pour protéger les ouvriers employés à une industrie dont l'extension devient de plus en plus considérable.

M. Simonin rapporte une série de 18 observations dans lesquelles l'**appendice ileo-cæcal** manifesta, par des symptômes cliniques, une réaction inflammatoire plus ou moins vive. Il s'agissait d'angines infectieuses, de scarlatines graves, d'érysipèles étendus, d'oreillons compliqués. « L'appendice, dit M. Simonin, peut être considéré comme une sorte de ganglion tubulé prenant part, au cours des infections générales, à la défense de l'organisme et recevant des germes aussi bien par voie sanguine que par voie lymphatique. Le premier degré de la folliculite ou adénite appendiculaire se révéla par la douleur à la pression du point de Mac-Burney ; c'est l'appendicite catarrhale latente. Lorsqu'il y a, en outre, péri-adénite, c'est-à-dire inflammation du tissu cellulaire ou péri-folliculite, les réactions inflammatoires peuvent se propager jusqu'à la muqueuse et surtout à la séreuse péritonéale. On voit alors se produire la crise ou colique appendiculaire plus ou moins accusée, avec des douleurs spontanées, des nausées, des vomissements, du péritonisme ; enfin, il peut arriver que l'appendice s'abcède et se perfore. Le streptocoque est certainement l'agent le plus fréquent et le plus actif de ces appendicites par infection générale ; c'est lui qui semble d'ordinaire intervenir dans les angines, l'érysipèle, la scarlatine... »

M. Widal lit, au nom de M. Jules Courmont, une note sur **la présence du bacille typhique dans le sang des typhiques :** on sait que ce microbe existe d'une façon constante dans le

sang des typhiques au moins dans les formes ordinaires, aggravées ou mortelles. Son apparition dans le sang est très précoce ; il y séjourne jusqu'à la fin du troisième septenaire; dans les formes prolongées ou à rechute il peut y rester plus longtemps. La présence du bacille d'Eberth dans le sang n'a pas de rapport avec le pouvoir agglutinant de ce dernier. La séro-réaction peut être très retardée alors que le bacille existe dans le sang dès le cinquième jour. Il y a donc là un procédé très précieux de diagnostic précoce, lorsque le séro-diagnostic est négatif.

La méthode consiste à ensemencer 2 à 4 centimètres de sang veineux dans 500 centimètres cubes de bouillon. L'ensemencement de quelques gouttes de sang dans une petite quantité de bouillon donne, par contre, presque toujours des résultats négatifs.

MM. Gilbert et Lereboullet continuant le cours de leurs études sur la **cholémie familiale** rapportent dans ce nouveau travail quelques observations qui démontrent le rôle fondamental de la cholémie familiale dans la production d'hémorragies diverses souvent fort abondantes. Ils croient en particulier que beaucoup de cas d'hémophilie sont sous la dépendance de la cholémie familiale. Ils citent d'autres cas où des gastrorragies abondantes firent croire à un ulcère gastrique ; où des hémoptysies en imposèrent pour des signes de tuberculose au début ; où des épistaxis répétées, des urétrorragies firent commettre diverses erreurs de diagnostic.

Pour tous ces faits, il faudra penser à la cholémie familiale, et c'est en la visant par un traitement dont les principes sont connus que l'on pourra triompher des symptômes secondaires qu'elle entraîne et en particulier des hémorragies.

M. Chauffard présente une femme chez laquelle se manifestèrent au grand complet les signes de l'**angine de Vincent** et qui fût complètement guérie après deux applications pulvérulentes de bleu de méthylène.

MÉDECINE PRATIQUE

La syphilis des nourrissons.

Par M. Levi-Sirugue,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Le diagnostic de la syphilis du nourrisson constitue l'un des plus graves et souvent des plus difficiles problèmes de la pratique médicale. Qu'il s'agisse, comme c'est le cas ordinaire, d'une syphilis héréditaire débutant d'emblée par des accidents secondaires ou d'une syphilis avec chancre initial acquise après la naissance par contagion d'une nourrice infectée, de linges ou tout autre objet contaminé, il importe au médecin de faire ce diagnostic le plus tôt possible pour éviter les contagions auxquelles peuvent être exposées des personnes de l'entourage.

S'il s'agit d'une famille où le médecin a déjà observé des manifestations syphilitiques chez les géniteurs ou s'il a suivi l'évolution d'une hérédo-syphilis dans les enfants nés à des accouchements antérieurs, il évitera de confier l'enfant à une nourrice alors même qu'il naîtrait sain, et il agira prudemment en avisant la famille des risques qu'elle encourrait en procédant autrement. Si l'allaitement maternel ou artificiel n'est pas accepté il fera bien de dégager sa responsabilité des accidents qui peuvent survenir. Si la conduite du médecin est nettement indiquée dans ce cas, il y a quelquefois des circonstances plus délicates. La syphilis des géniteurs peut être restée ignorée du médecin ou des malades eux-mêmes, les parents peuvent n'en présenter aucun stigmate au moment de la naissance de l'enfant. Celui-ci naît apparemment sain, et cependant dans les mois qui suivent peuvent éclater des manifestations syphilitiques. Si le médecin a quelque raison de suspecter la syphilis des parents, il devra là encore tenir la même conduite. Mais il est des cas où il est appelé dans une famille où un enfant suspect a déjà été confié à une nourrice. Il devra alors chercher à éclairer le diagnostic par une enquête faite sur les parents en se conformant aux exigences du secret médical, il devra aviser le père de la nécessité absolue de surveiller étroitement l'enfant, et s'il y a seulement des suspicions on pourra garder la nourrice, mais en faisant têter toujours avec un bout de sein, et au moindre signe qui vienne confirmer les doutes on suspendra complètement l'allaitement au sein.

C'est le plus souvent vers la fin du premier mois qu'apparaissent les premières manifestations de l'hérédo-syphilis. Un des premiers signes sur lequel Trousseau a insisté avec raison est le *coryza purulent*. Il faut toujours se défier d'un enfant qui a du pus, des croûtes dans le nez, dont l'enchifrènement gêne la succion. Si l'on examine avec soin les ailes du nez on pourra y voir des fissures caractéristiques. Après le nez il faut inspecter la bouche. On constate aux commissures des *fissures radiées*, qui sont de par leur siège, leur infiltration, leur couleur, tout à fait caractéristiques. On ne devra jamais confier à une nourrice saine un enfant présentant de ces fissures labiales. Même aspect à l'orifice anal. Au pourtour de l'anus, à la racine des cuisses il y a souvent un *érythème jambonné* spécial avec ou sans papules. Il faudra éviter de confondre cet érythème spécifique avec des érythèmes par simple irritation entretenue chez des enfants atteints de diarrhée par des linges trop durs, par l'insuffisance des soins de propreté; ces *syphiloïdes post-érosives* (Jacquet) n'ont pas cette couleur cuivrée particulière, les fissures sont plus superficielles, ne s'accompagnent pas d'infiltration cutanée.

Si au début le diagnostic ne peut s'appuyer le plus souvent que sur les seuls signes que nous venons d'énumérer, il se confirmera bientôt par la survenue d'autres lésions. De vraies plaques muqueuses analogues à celles de l'adulte se montrent à la bouche, à la gorge, chez les filles à la vulve. Du côté de la peau des éruptions diverses apparaissent; la roséole est très fugace et échappe le plus souvent à l'observation, mais en dehors de l'érythème et des papules, vraies plaques muqueuses de la peau, on voit la syphilide psoriasiforme, et souvent le *pemphigus*, qui est spécial à l'hérédo-syphilis infantile et est très caractéristique. C'est pour le rechercher qu'on aura soin d'examiner la plante des pieds et la paume des mains où il siège et où il laisse des ulcérations après que les bulles se sont crevées. On pourra constater aussi les lésions de l'onyxis ou ulcérations périunguéales. Le petit hérédo-syphilitique a une alopécie remarquable du cuir chevelu et des sourcils; c'est là encore un signe que le clinicien ne devra pas négliger. Les adénopathies si importantes dans la syphilis de l'adulte n'ont guère de valeur ici.

En même temps que ces manifestations secondaires, se montrent des lésions tertiaires, et cette simultanéité est caractéristique de la syphilis du nourrisson. Le ventre est volumineux, ce qui tient à un peu d'ascite, mais surtout à l'hypertrophie du foie et de la rate qui peuvent descendre jusqu'au pubis. On portera son attention sur les testicules, car comme l'ont montré MM. Hutinel et Hudelo l'orchite est assez fréquente. Enfin il est un autre signe qui n'est pas rare et qui doit toujours donner l'éveil, c'est la *pseudo-paralysie par décollement épiphysaire* décrite par Parrot. L'enfant qui en est atteint est amené au médecin comme paralysé d'un membre; l'examen montre que l'impotence fonctionnelle s'accompagne de douleur dans les mouvements qu'on provoque, et cette douleur qui a son siège au niveau du cartilage diaphyso-épiphysaire est due au décollement qui

rend compte des troubles observés. Cette pseudo-paralysie est d'autant plus intéressante à connaître qu'elle peut constituer une manifestation de début chez un enfant qui ne présentait pas de lésions cutanéo-muqueuses.

Si le nourrisson hérédo-syphilitique offre souvent le tableau bien connu de la cachexie athrepsique avec ce teint bistre spécial, il importe de savoir que l'hérédo-syphilitique, surtout élevé dans de bonnes conditions hygiéniques, peut avoir tout l'extérieur d'un enfant sain et n'en présenter pas moins quelqu'une des manifestations que nous avons passées en revue.

Le médecin peut faire œuvre prophylactique utile en traitant les parents avant la conception et la mère pendant la grossesse. S'il n'est consulté qu'après la naissance de l'enfant il devra surtout, comme nous l'avons dit, essayer d'éviter les contagions. Il recommandera l'allaitement maternel, une mère d'apparence normale ne contractant pas d'ordinaire la syphilis de son enfant (loi de Colles). Sinon on mettra l'enfant rigoureusement à l'allaitement artificiel. C'est surtout dans les classes pauvres, dans les campagnes, que les contagions sont à redouter, soit directement, soit indirectement par les objets, biberons, linges, etc., ayant été en contact avec l'enfant contaminé. Le médecin ne devra pas craindre d'insister sur les dangers et d'entrer dans le détail des mesures à prendre pour les éviter. Si la mère nourrit son enfant et si elle-même présente des lésions syphilitiques on lui donnera un traitement qui pourra être de quelque avantage aussi pour l'enfant par suite du passage dans le lait des médicaments. Mais si la mère est indemne, il est inutile de procéder ainsi, et en tout cas ce traitement est insuffisant pour l'enfant porteur de manifestations syphilitiques. Ce qui facilite la tâche du médecin c'est la tolérance remarquable des nourrissons pour les composés mercuriels, qui ne provoquent pour ainsi dire jamais de stomatite. Le mercure peut être donné de différentes façons. A l'intérieur il le sera sous forme de liqueur de Van Swieten qu'on donnera dans du lait à la dose de xx ou au plus xxx gouttes par jour en trois ou quatre fois. On suspendra s'il survenait de la diarrhée. Mais le mercure peut être avantageusement prescrit sous forme de *frictions*, et c'est là un des modes d'emploi des plus usités. On peut se servir de la formule suivante (Comby) :

Onguent napolitain	20 grammes.
Essence de menthe	xx gouttes.

Diviser en vingt boîtes. Une par friction. La personne qui fera la friction aura soin de se munir d'un gant de crin, la friction ne sera pas faite deux fois de suite à la même place. On la fera successivement aux aines, aux aisselles de chaque côté, à la face interne des cuisses, etc. On peut enfin faire, dans les cas intenses, des injections avec la solution huileuse suivante : Huile 10 grammes, biiodure d'hydrargyre 4 centigrammes. On en injectera une demi-seringue par jour (2 milligrammes).

S'il y a des lésions cutanées surtout suintantes, on prescrira des bains de sublimé (1 litre de liqueur de Van Swieten pour 14 litres d'eau). L'enfant devra être tenu très chaudement et, s'il a tendance à se refroidir, mis dans une couveuse. Le coryza qui gêne la succion sera localement traité par des pommades telles que celle au protoiodure au 30e.

Après deux à trois mois on donnera de l'iodure (5 à 30 centigrammes) ou du sirop de Gibert (une demi à une cuillerée à café).

Par un traitement énergique et précoce, on diminuera la gravité du pronostic, moins grande pour les enfants de la classe aisée, qui soustraits aux multiples causes d'infection hospitalière ont plus de chances de survivre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 JANVIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André) ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier ; — M. Legry, suppléant.

MARDI 7 JANVIER, à une heure. — 1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Cunéo.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Le Dentu, Hartmann et Bonnaire. — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Hutinel et Gouget.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Chantemesse et Richaud; — M. Guiart, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Auvray ; — (2e partie) : MM. Raymond, Achard et Rendu ; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 8 JANVIER, à une heure. — 1er (oral : MM. Remy, Poirier et Cunéo.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Lannelongue, Jalaguier et Wallich.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Wurtz et Bezançon ; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 9 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Salle Velpeau*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Quénu et Marion.

2e *Salle Broussais* : MM. Gariel, Launois et Langlois

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Guyon, Thiéry et Potocki ; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Charrin et Jeanselme; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 10 JANVIER, à une heure. — 4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Netter et Gaucher ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Jalaguier et Legueu ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Widal ; — M. Tessier, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 11 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Hanriot.

2e (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Blanchard, Langlois et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Berger, Pozzi et Bonnaire ; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Raymond, Hutinel et Vaquez ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

M. le docteur Martin Cohn (de Kattovitz) nous demande d'insérer la note suivante au sujet de la communication faite par lui au Congrès des médecins et naturalistes allemands à Hambourg sur le diagnostic des exsudats inflammatoires péricæcaux (V. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 135).

Dans les recherches qu'il a entreprises dans le service du professeur Krönig (de Berlin) sur le diagnostic des suppurations appendiculaires par l'examen leucocytaire du sang, M. Cohn ne répétait pas la numération des leucocytes pendant plusieurs jours, il se bornait à constater l'augmentation considérable de ces éléments et considérait cette augmentation comme un processus de suppuration.

Le mérite d'avoir montré, le premier, la persistance pendant plusieurs jours de cette hyperleucocytose (plus de 20000 leucocytes) dans l'appendicite et la valeur de cette constatation au point de vue de l'intervention chirurgicale, appartient donc à Curschmann.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Albert Paul, Gougerot, Neel, Rendu, Cesbron, Ravasse, Guimbellot, Rabinovitch, Maugeais, Busquet.

11. Moutier, Vouters, Zaubé, Esmein, Marcel Brulé, Lamouroux, Clunet, Collin, Monier-Vinard, Eugène Olivier.

21. Troisier, Bertrand, Graux, Lyon-Caën, Hayes, Giraudeau, Presbéanu, Francisque Lemoine, Noël, Tréhet.

31. Poissonnier, Morel, Lissonde, du Peloux, Paul Charrier, Favreul, Max François, Claude Masson, Raymond, Drouet.

41. Pascalis, Verdier, Cauchoix, Cornélius, Dubois, Henri Dewal, Fernand Lévy, Mlle Mouroux, MM. Papin, Poupardin.

51. Sautelet, Teisseire, Ganiayré, Chaulet, Charles Hubert, Lafarge, Legaye, Boulard, Bourlier, Debertrand.

61. Maurice Camus, Carlotti, Guilloire, Lafosse, Henri Lemaire, Lestille, Simon, Tanon, Chambay, Davesne.

71. Guyader, Mocquin, André Barbier, Bour, Combier, Descomps, Louis Guenot, Izard, Lionnet, Mezbourian.

81. Royet, Batisse, Béclard, Claeys, Delion, Deshayes, Desmarest, Hébert, Liné, Rabourdin.

91. Stettiner, Taguet, Léon, Quinqueton, Raulot-Lapointe, Savouré, René Charpentier, Garçon, Demarque, Saillant.

101. Bénard, Faugeron, Meyrand, Saissi, Duburque, Jean, Pietkiewicz, Hautefort, Pépin, Darcanne.

111. David, Leremboure, Magitot, Camacho, Courcelle, Kruyt, Geffroy, Coulomb, Maurcos, Sourdat.

121. Chenot, Léon Aumont, Bagelet, Calvet, Chamard-Bois, Galup, Bailleul, Cailliau, Hautant, Saiget.

131. Wülfluig, Bardou, Bernheim, Caruette, Chevallier, Claret, Palimier, Da Silva Paranhos, Deniker, Camille Hubert.

141. Laurent, Le Jemtel, Le Louet, Martin, Oppert, Reulos, Sée, Sourdelle, Tixier, Burin-Desroziers.

151. Cornillon, Goulden, Bourgeois, Brion, Cléret, Lecaplain, René Vincent, Paul Camus, Manoussi, Tournay.

161. Troller, Chaboussant, Haas, Pinard, Hybord, Reubsaet, Lebrun, Caraven, Mallein, Berthoumeau.

171. Mlle Birnberg, MM. Mascarenhas, Ménard, Metzger, Rabourdin, Trolard, Watel, Verani, Klein, Longin.

181. Roussel, de Bon, Bigot, Henri Deschamps, Loubry, Davenière, Pouliquen, Marcel Caron, Cottard, Gamas.

191. Reboul, Rimette, Barthélemy, Brunschwig, Caldaguès, Cantonnet, Kauffmann, Leduc, Maringer, Nathan.

201. Rigoulet, Besançon, Josephson, Laffont, Mora, Morant, Trapenard, Triau, Jules Vaillant, Brenot.

211. Cailleux, Coutelos, Galezowski, Jules Lemaire, Leroux, Albert Masson, Henri Ollier, Omiécévski, Prunier, Rottenstein.

221. Rousseau, Walter, Hays, de Lacombe, Perrigault, Guérin-Beaupré, Leenhardt, Savornin, Maurice Cousin, Maurice Ollier.

231. Boivin, Luisi, Mauran, Rullier, Taubmann, Mlle Grunspan, MM. Mauroy, Riché, Banteignie, Carrière.

241. Houlmann, Legrain, Mme Rol née Mitler, MM. Roussellier, Bourdier, Dupont, Roncé, Lagleize, Pater, Roussy.

251. Lemerle, Denance, Gourdon, Journée, Vigneros, Damaye, Delbos, Deurosoy, Francoz, Lemaistre.

261. Le Meur, Muret, Bory, Demarquest, Dubrac, Magnin, Bouquet, Dehérain, Grelley, Perrin.

271. Boudon, Valençon, Flourens, Dumas, Pujos, Schœffer, Décheret, Moreau, Vivien, Faroy.

281. Gayot, Piettre, Rabutot, Barthès, Berniolle, Bord, Gérard, Robert Vincent, Sourdel, Pierre Barbier.

291. Chapotin, Duvergié, Fimbel, Carcy, Ollivier-Beauregard, Petel, Sloog, Lemarquand, Siguret, Burnier.

301. Collignon, Eck, Habert, Lepel-Cointet, Guillaumin, Monteil, Naudascher, Sabatier, Vermorel, Vernes.

311. Cléret, Gabail, Pastour, Rabuel, Radiguer, Roche, Verneil, Bonnis, Bonvoisin, Crepin.

321. Legourd, Offret, Sotiropoulo, Barrier, Benoît, Blairon, Coubier, Perol, Hocquet, Simonin.

331. Gaublot, Andrieu, Deroye, Frinault, Léger, Rousselot, Willette, Raffet, Janvier, Le Noble.

341. Maurat, Uhry, Berger, Bouche, Cordier, Gazagnaire, Graziani, Tagrine, Bruel, Boulland.

351. Grabias, Lomon, Monier, Vitet, Mignon, Bayard, Blais, Couasnou, Faugère, Fortineau.

361. Gaye, Herrnette, Houlié, Patry, Renault, Toublanc, Vaury, Corlieu, Cormon, Morchoisne.

371. Pernot, Boyer, Noncher, Bergeaud, Cristin, Clary-Bousquet, Halmi-Grand, Homolle, Monsaingeon, Pury.

381. Léopold Robert, Apte, Aubin, Fournier, Guidot, Ducastel, Lemanissier, Salut, Jumentié, Dinet.

391. Lafontaine, Sourice, Courchet, Fourcade, Marquet, Pichard, Hamelin, Mlle Homery, MM. Pasturaud, Boucheseiche.

401. Paul Olivier, Chaumet, Ehringer, Griveau, Janin, Meusnier, Rasis, René Vaillant, Leduc, Gattegno.

411. Chenet, Joseph Fabre, Pelardy, Demain, Duchêne, Guichard, Houdard, Lucas-Championnière, Milhit, Pessard.

421. Ageon, Aucopt, Bourgeoix, Chauveau, Grünberg, Pierre-André Vallet, Minot, Pironneau, Thibonneau, Guérin.

431. Léopold Aumont, Auguste Desportes, Dodeuil, Chouquet, Gillot, Monory, Chardin, Danoux, Deverre.

441. Nicaud, Vézard, Bougon, Macrou, Boudier, Bouet, Champion, Georges, d'Halluin, Ravry.

451. Détré, Montés, Saussié, Duru, Eliçagaray, Dreyfus, Le Serre de Kervily, André Cousin, Laporte, Gouin.

461. Breton, Féret, Tastevin, Paul Durand, Dalmon, Hamel, Debonnelle, Duval, Chibret, Coqueret.

471. Maurice-Paul Durand, Goujon, André Vallet, Bécus, Colibert, Fortin, Hardiviller.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 51e semaine, 998 décès, au lieu de 954 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 949. La diphtérie présente des chiffres bien inférieurs à ceux de la semaine précédente ; on peut espérer que ceux-ci resteront exceptionnels.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente et de la moyenne, 7.

La variole a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2); le nombre des cas nouveaux est à peu près stationnaire (43 au lieu de 47).

La rougeole a causé 3 décès (au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4); la scarlatine 2 décès (au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1) ; la coqueluche 3 décès (au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4); la diphtérie, 17 décès (au lieu de 27 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 7); le nombre des entrées dans les hôpitaux a aussi diminué considérablement (57, au lieu de 119 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux a aussi diminué, mais d'une façon moins sensible (134 au lieu de 155).

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an, au lieu de 30 pendant la semaine précédente et de la moyenne 22.

En outre, 31 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 198 décès, au lieu de 183 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 24 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 41); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 123 (au lieu de la moyenne 103), dont 39 sont dus à la congestion pulmonaire et 67 à la broncho-pneumonie. En outre 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 202 décès ; la méningite tuberculeuse, 9 décès; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 60 décès; les maladies organiques du cœur, 82 (au lieu de la moyenne 67); le cancer a fait périr 70 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 21; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

TABLE DES MATIÈRES

1901

A

Abcès du foie, diagnostic, 287.
Abdomen. Rupture de la paroi abdominale, 748. — Vibrations de l'—, 821.
Absinthisme et alcoolisme, 648.
Académie de médecine. Prix décernés pour 1901, 1401. — Prix proposés pour 1902, 1903 et 1904, 1415.
Académie des sciences. Prix décernés pour 1901, 1405.
Accouchement au forceps, 737.
Achondroplasie, 449.
Acide borique. Procédé pour augmenter la solubilité de l'—, 419. — chromique dans la fièvre aphteuse, 356. — oxalique. Empoisonnement par l'—, 725. — phosphorique. Posologie de l'—, 484.
Acné et furoncle, 1038. — professionnel, 1049. — Traitement, 890.
Acromégalie. Autopsie d'une femme acromégalique, 357.
Actinomycose, 705. — de la face, 483. — De l'— mammaire, 3.
Adénite inguinale profonde et hernie crurale étranglée, 1.
Adénolipomatose, 702.
Adénopathie inguinale dans cancers viscéraux, 305. — appendiculaire, 619. — tuberculeuses, 1157.
Adipose de Dercum, 649.
Aérophagie. Étude sur l'—, 264, 292.
Agrégation. Pérennité de l'—, 1337.
Aine. Tumeurs osseuses de l'—, 693.
Albumine et urine, 1007.
Albuminurie intermittente, 813. — Les — des jeunes sujets, traitement, 611. — L'— produite par l'antipyrine, 419. — orthostatique concernant des enfants, 667.
Alcool. Accidents provoqués chez un nourrisson par l'— qu'absorbe sa nourrice, 291. — Action de l'— sur la sécrétion gastrique, 493. — et traumatisme, 1305.
Alcoolisme et enfants, 1305. — Intoxication, 506. — La lutte contre l'—, 165, 985. — Le fléau alcoolique et l'Etat, 1009. — et absinthisme, 648. — Traitement de l'— par la strychnine, 1348.
Aliénation. L'alitement en — mentale, 680.
Aliments. Influence des — gras sur les glandes gastriques, 573.
Alitement. L'— en aliénation mentale, 680.
Amputation dans la gangrène spontanée des membres, 156. — ostéo-plastique fémoro-rotulienne de Gritti avec suture métallique de deux os, 29. — sous-astragalienne, 834.
Analgésie cocaïnique par voie rachidienne, 137, 328, 448. — L'— par la quinine, 895.
Anasarque. Traitement, 978.
Anatomie. L'enseignement de l'— à la Faculté de médecine de Paris, 1365.
Anémie. Le fer dans l'—, 1176.
Angine à bacilles fusiformes, 137, 1448. — de poitrine, traitement de l'accès, 24 — et scarlatine, 1245.
Anesthésie. De l'— par le chlorure d'éthyle, 681. — Intervention des sensations auditives dans l'— opératoire, 567. — par la cocaïne, 708.
Anévrysme artérioso-veineux, 778. — de l'aorte, 722, 881. — Symptômes laryngo-trachéaux de l'— aortique, 60. — Troubles pupillaires, 1251. — Traitement, 782.
Aniline. Recherches sur la toxicité des préparations industrielles à base d'—, 325.
Ankylose, 1282.
Anomalies congénitales des membres supérieurs, 158.
Anthrax, 1145. — et furoncles, 485.
Antimoine dans l'organisme, 1094.
Antipyrine. L'albuminurie produite par l'—, 419. — Les incompatibilités de l'—, 321.
Antisepsie. La méthode antiseptique, 1169. — buccale par le permanganate de potasse, 593.
Anurie, 840.
Aorte. Anévrysme de l'—, 722, 881, 1251.
Aortite chronique chez l'enfant, 785.
Apéritifs. Les nouveaux —, 541.
Aphasie motrice, 741, 769, 1368. — sensorielle, 158.
Appendice. Oxyures dans la cavité de l'—, 387.
Appendicite, 175, 197, 205, 239, 356, 1037, 1077, 1260, 1388, 1447. — chez l'enfant, 925. — et fièvre typhoïde, 820. — et hémorragie intestinale, 400. — et obstruction intestinale, 694. — et occlusion intestinale, 85. — post-puerpérale à streptocoques, 141. — Traitement, 128, 604. — et ictère, 329. — et vers intestinaux, 300.
Arsenic. Action de l'— sur la peau, 520. — et bière, 648. — Cas d'intolérance pour l'—, 117. — L'iodure d'— contre la bronchite emphysémateuse des enfants, 620.
Artère. Plaie de l'— axillaire, 400. — Rupture sous-cutanée directe de l'— humérale, 49. — Suture des —, 297.
Arthralgies. Traitement des —, 730.
Arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant, 1049. — du genou, 721, 1317. — tuberculeuses, 273.
Arthropathies de l'épaule droite, 43.
Artichauts. Empoisonnement par les — cuits, 301.
Asphyxie et syncope locales, 461.
Astragale. Luxation de l'—, 1224.
Asthme. Accès d'— d'origine hypothyroïdienne, 620.
Asynergie cérébelleuse, 157, 449.
Astasie-abasie, 1340.
Atrophie des tubercules mamillaires, 44. — musculaire avec arthropathie de l'épaule, 649. — Pression artérielle des — musculaires, 505.
Autoplastie aux dépens de la mamelle, 561. — par déplacement d'une mamelle, 425. — frontale, 721.
Avortement gémellaire, 680.

B

Bactériologie. Bacilles d'Eberth, 946, 1321. — diphtéri[illegible] la gorge de sujets sains, 273. — Méningite purul[illegible]

d'Eberth, 4. — Réaction de Bordet, 709. — Recherches bactériologiques cliniques sur la broncho-pneumonie aiguë, 474. — Recherche du — typhique dans l'eau potable, 633. — typhique dans les crachats, 766. — dans le sang, 1447.

Balle dans la fosse temporale, 1106. — dans la poitrine, 1145. — dans le canal sacré, 1106. — de revolver dans le ventre, 285. — Extirpation de fragments de — dans la substance cérébrale, 400. — Inclusion d'une — dans la paroi cranienne, 128.

Basedow. Maladie de —, 1368.

Bégaiement et hystérie, 449.

Benzoate de mercure, injections, 1339.

Bibliographie. — Action des médicaments, par Lander Brunton, 613. — Affections chirurgicales du tronc, par Polaillon, 285. — Aide-mémoire des maladies de l'intestin, par Lefert, 1050. — Aide-mémoire des maladies du cœur, par P. Lefert, 146. — Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne, par A. Broca, 477. — Anatomie gynécologique, par Paul Petit, 476. — Atlas des maladies du nez, des sinus et des pharynx, par Gerber, 574. — Bibliothèque de chirurgie, par A. Ricard et E. Rochard, 419. — Bulbe et moelle, par M. J.-A. Fort, 457. — Chirurgie de l'appareil génital de l'homme, par J. Arrou, 1334. — Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs, par J. Bouglé, 1362. — Chirurgie du rein et de l'uretère, par Guillermo Rodriguez, 177. — Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau, par Mauclaire, 1334. — Chirurgie oculaire, par Albert Terson, 44. — Clinique des maladies du système nerveux, par Raymond, 738. — Colique appendiculaire et formes non chirurgicales de l'appendicite, par Talamon, 873. — Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par Saulieu et Dubois, 937 — Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens, par G. de Rouville, 1049. — De l'infection en chirurgie d'armée. Evolution des blessures de guerre, par Nimier et Laval, 369. — Diagnostic des maladies de l'encéphale, par Grasset, 574. — Diagnostic et traitement des maladies nerveuses, par J. Roux, 177. — Diagnostic et traitement des maladies du nez, par J. Garel, 898. — Einführing zu das studium der Malarianradkeiten, par Reinhold Ruge, 710 — Éléments de physiologie, par Laulanié, 456. — Epilepsie, traitement, assistance et médecine légale, par Kovalevsky, 265. — Etude pratique sur le mal de Pott, par V. Ménard, 61. — Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par L. Pron, 544. — Formulaire de poche pour les maladies des enfants, par Comby, 1333. — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1901, par H. Bocquillon-Limousin, 253. — Hérédo-syphilis. Descendance des hérédo-syphilitiques, par L. Jullien, 457. — Hygiène de la grossesse et des suites de couches, par L. Vorlet, 370. — La constipation habituelle et son traitement, par Herschell, 61. — La crycosopie des urines, par H. Claude et V. Balthazard, 613. — La fièvre typhoïde dans les pays chauds, par J.-C. Crespin, 218. — La lèprose, par dom Sauton, 1390. — L'aliénation mentale dans l'armée, par Catrin, 682. — La lutte contre la tuberculose, par Brouardel, 545. — La lutte sociale contre la tuberculose, par Romme, 938. — La mécanothérapie, par Regnier, 420. — L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. Injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne, par Tuffier, 218. — L'analyse des eaux potables, par J. Gasser, 61. — La photothérapie; traitement des dermatoses par les rayons chimiques concentrés, par Lebon, 1078. — La pratique de la médecine mentale, par Kéraval, 285. — La pratique du massage, par de Frumerie, 62. — La profession médicale, ses devoirs, ses droits, par G. Morache, 45. — La rage, par A. Marie, 253. — L'avortement, par Brouardel, 253. — Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale (2e série), par G. Pouchet, 217. — Le massage thérapeutique de l'abdomen, par Salignat, 946. — Les anciens chirurgiens de Marseille, par Alezais, 661. — Les certificats médicaux usuels, par Louis Vidal, 241. — Les expertises médico-légales, par Dervieux, 946. — Les maladies de l'orientation et de l'équilibre, par Grasset, 1225. — Les morts mystérieuses de l'histoire, par Cabanès, 661. — Les oreillons, par P. Fabre, 1077. — Les paralysies radiculaires du plexus brachial, par G. Guillain, 738. — Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses, par A. Béclère, 573. — Le traitement de l'épilepsie, par Gilles de la Tourette, 178. — Le traitement médical des maladies des femmes, par A. Robin et P. Dalché, 477. — L'hydrorrhée nasale, par Molinié, 1077. — L'hypnotisme et les suggestions, par Vires, 1378. — L'hystérie et son traitement, par Sollier, [illegible]8. — L'insuffisance hépatique, par A. Gouget, 45. — Maladies [illegible]'estomac, par Einhorn, 866. — Maladies des voies uri[illegible]s, par P. Bazy, 61, 241. — Maladies qu'on soigne à Berck[illegible]r, par Calot, 874. — Manuel de diagnostic médical, par [illegible] et Achard, 897. — Manuel des infirmiers, par E. Vin[illegible], 1361. — Manuel de thérapeutique, par F. Berlioz, 45. — Manuel de thérapeutique clinique, par G. Lemoine, 217, 709. — Manuel de thérapeutique médicale, par Debove et Achard, 897. — Manuel d'histologie, par Cornil et Ranvier, 25. — Médecine légale des aliénés, partie civile, par Krafft-Ebing, 285. — Memento formulaire des médicaments nouveaux avec une table alphabétique des indications, par A. Soulier, 212. — Napoléon jugé par un Anglais, par Cabanès, 594. — Petite chirurgie de Jamain, par Terrier et Péraire, 938. — Physiologie générale, par Max Vercow, trad. par Hedon, 420. — Pour se défendre contre la tuberculose pulmonaire, par L. Chauvain, 420. — Précis de législation militaire, par J. Boisson, 766. — Précis alimentaire des maladies vénériennes, par Ch. Audry, 544. — Stations hydrominérales climatériques et maritimes de la France, 45. — Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes à l'usage des étudiants et des praticiens, par Champeaux, 545. — Thérapeutique des maladies d[illegible] l'oreille, par Lermoyez et Boulay, 866. — Traité de chirurg[illegible] clinique et opératoire, par Le Dentu, 794. — Traité de chirurgie d'urgence, par Lejars, 786. — Traité de médecine, par Charcot-Bouchard, 177. — Traité des affections vénériennes, par Edmond Lesser, 465. — Traité des varices des membres inférieurs et de leur traitement chirurgical, par Ch. Remy, 218. — Traité de thérapeutique des maladies [illegible]entales et nerveuses, par Paul Garnier, 477. — Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par G. Lyon, 1389. — Traitement des blessures de guerre, par Nimier et Laval, 866. — Traitement de maladies de l'estomac et de l'intestin, par Albert Mathieu, 17. — Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses nodalités cliniques, par Pégurier, 465. — Traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate, par Desnos, 682. — Traité théorique et pratique de la carie dentaire, par Redier, 217. — Travaux de neurologie chirurgicale, par A. Chipault, 265. — Un progrès de l'hydrothérapie, par E. Bonnaymé, 874. — Vaisseaux sanguins et lymphatiques avec le sang et la lymphe, par J.-A. Fort, 661. — Weteres über Malaria Imunitat und Latinzteriend, par Plehn, 710. — Vie, génération, stérilité, par Sylvius, 61. — Vie ou mort, par Karnice-Karniki, 146. — XIIe Congrès international de médecine, 866.

Bière et arsenic, 648.

Biographie. Napias, 485.

Blennorragie. Les accidents nerveux de la —, 549.

Blennorrhée. Traitement, 565, 669.

Bleu d'aniline dans le traitement de la malaria, 145.

Bleu de méthylène Le —, 857. — dans les otites, 1166.

Botryomycose, 737.

Bourbouilles. Les — et leur traitement, 1122.

Bouton de Murphy. Application du —, 1321.

Bradycardie dans la diphtérie, 13[illegible]0.

Bromures. Dosage des —, 349.

Bronchite. Traitement de la —, 1074

Broncho-pneumonie. Emploi de la levure de bière dans la —, 330. — Recherches bactériologiques et cliniques sur quelques cas de —, aiguë, 474.

C

Cacodylate de soude, 926. — dans la chorée, 177. — dans la lèpre, 1378. — La médication cacodylique chez les enfants, 1245.

Calaya. Le —, 794.

Calcanéum. Ecrasement du —, 1176.

Calculs biliaires, 702. — Extraction de cent quarante et un calculs biliaires, 269. — Radiographies de — chez les enfants, 253. — vésical, 157. — vésicaux chez l'adulte, 285.

Camphorate de pyramidon. Emploi du — chez les phtisiques, 493.

Canal omphalo-mésentérique. Persistance du —, 872.

Cancer. Ablation des — du rectum, 252. — Adénopathie inguinale dans les — viscéraux, 305. — Contagion du —, 881. — Cure radicale du — de l'utérus, 117. — de la portion ampullaire du rectum, 133. — de l'estomac, 285. — de l'œsophage, traitement, 274. — des grosses bronches, 729. — Diagnostic du — de l'œsophage, 118. — du sein, 597, 624, 678. — et cacodylate de soude, 737. — et quinine, 1225. — Examen du sang pour le diagnostic du — de l'estomac, 42. — fémoral en cylindre, 453. — Généralisation du — à la moelle, 758. — L'acide osmique dans le —, 542. — Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les — du sein, 1048. — Traitement des —, 922. — Traitement par injections de sels de quinine, 216. — Traitement par le sérum de V[illegible]aef, 216. — Traitement par les sérums, 190.

Cancéreux. Localisation périphérique secondaire chez des —, 356.

Cancroïde. Traitement, 737.

Capsules surrénales, extrait, 953. — surrénales. Extrait de — comme anesthésique, 1021.
Cardiopathies chroniques, traitement, 24. — latente, 854.
Catalepsie et hystérie, 273.
Cataracte. Abaissement de la —, 872. — et malaria, 493. — Traitement de la —, 814.
[illegible]atgut. Action de l'eau oxygénée sur le —, 463.
[illegible]ellules nerveuses. Division amitosique des — du cobaye adulte, 44.
Centenaire de l'Internat, 427, 1073.
Cerveau. Lésion cadavérique, 650. — Localisations cérébrales, 1292, 1319. — Myélinisation du —, 758. — Porose cérébrale, 1282 — Tumeur cérébrale, 449.
[illegible]harcot-Marie. Type —, 649.
[illegible]rgie conservatrice, 491. — des plaies de la rate, 441.
[illegible]orhydrate d'apocodéine contre la constipation, 164. — de quinine. Accidents dus au —, 1259, 1277.
[illegible]oroforme et quinine, 463.
[illegible]loroformisation. La —, l'éthérisation et la cocaïnisation lombaire, 1345.
Chlorure d'éthyle. De l'anesthésie par le —, 681.
Cholécystotomie pour obstruction lithiasique, 269.
Cholédocotomie, 778, 1260.
Cholémie familiale, 1448.
Cholurie sans ictères, 564.
[illegible]horée de Huntington, 505. — électrique, 1401. — gravidique, 48[illegible]. — Le cacodylate de soude dans la —, 177. — Traitement de la — gravidique, 484.
[illegible]irrhose hypertrophique biliaire associée aux manifestations ostéo-articulaires, 320. — hypertrophique diffuse, 107. — Traitement opératoire de l'ascite provoquée par la — hépatique, 145.
[illegible]linique. Une — chirurgicale en 1901, 1249.
[illegible]ocaïne, 778, 1094. — Anesthésie par la —, 708. — dans le traitement de la sciatique, 376. — Empoisonnement par la —, 1145. — et colique saturnine, 1293. — Injections de —, 357, 455, 825. — Injections de — dans le canal rachidien, 137, 323, 478. — Injections intra-médullaires de — en obstétrique, 117[illegible]
[illegible]caïnisation lombaire, 475, 572.
[illegible]ur. Deuxième bruit aortique, 592. — Dilation du — au cours du rhumatisme poly-articulaire aigu, 376. — Dilatation hypertrophique, 1340. — Le — dans la fièvre typhoïde, 753. — Neurasthénie cardiaque, 613. — Rétrécissement mitral, 729. — [illegible]ythme couplé du — au cours de l'ictère, 1203. — Suture du —, 1330. — Troubles cardiaques d'origine gastrique, 162. — Troubles fonctionnels du —, 1281.
[illegible]ique. La — de plomb, 936. — saturnine et cocaïne, 1293.
[illegible]ostomie. La — temporaire, 1221.
[illegible]a. Injections au bi-carbonate de soude dans le —, 786.
[illegible]mpresses de bicarbonate de soude chez les enfants, 520.
[illegible]ncours de l'Externat, nominations, 5[illegible]
[illegible]ngrès des aliénistes et neurologistes, 845, 885. — anatomistes, 793. — anglais de la tuberculose, 901. — de chirurgie, 1195, 1204, 1224, 123[illegible], 1252, 1257, 1273, 1284. — Deuxième — international des médecins des compagnies d'assurances, 1114. — de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, 1089, 1103, 1110, [illegible]40. — des Sociétés savantes de Nancy, 493. — des [illegible] et naturalistes allemands, 1302. — d'urologie, 1215, [illegible]
[illegible]decins [illegible]
[illegible]stipation. Contre la —, 101.
[illegible]ractilité et sensibilité dans la rachi-cocaïnisation, 357.
[illegible]racture pyramidale, 1349.
[illegible]luche. Isolement des enfants coquelucheux, 1117. — Trai[illegible]
[illegible]ppareil de recherches pour les — dans la tête, [illegible]duit auditif, 1057. — de l'urètre, 329. — du [illegible]4. — Extirpation d'un — des voies aérien[illegible]
[illegible]énérescence du —, 725, 1144.
[illegible], 982, 1059, 1115.
[illegible]1178.
[illegible]1201 [illegible]
[illegible]uence. De l'influence des —, 144, 680.
[illegible]973.
[illegible]que dans les —, 766. — Stérilisation des [illegible]
[illegible]1259.
[illegible]—, 72, 640, 668, 785, 807, 1145. — Ponc[illegible]
[illegible]s fractures du —, 921.
[illegible]es maladies de l'appareil respiratoire [illegible]
[illegible]ose, 1350.
[illegible]ons médicales de la —, 497.
[illegible]de la —, 685.
[illegible]e, la pachyméningite cervicale hyper[illegible]
[illegible]ide céphalo-rachidien, 639.

D

Déformation bilatérale, 347.
Dégénérescence. Les stigmates anatomiques de l'—, 8, 37.
Délire. Du — dans la gangrène sénile, 924. — Signes musculaires dans le —, 1283.
Delirium tremens. Traitement, 977.
Dent. Arrêt de la carie dentaire, 1038. — Contre la douleur des extractions dentaires, 786.
Désinfection des locaux au moyen du formadol, 88. — du linge, 1306.
Détubation. Nouveaux procédés de —, 680, 854.
Déviation conjuguée de la tête et des yeux, 649.
Diabète chez le nourrisson, 456. — et ladrerie, 1251. — La cure de pomme de terre dans le —, 1377. — Salicylate de soude dans le —, 521.
Diaphragme. Plaie du —, 128.
Diarrhée chronique, 702.
Diazo-réaction. La — d'Ehrlich, 577.
Diphtérie, 347. — Bradycardie dans la —, 1340. — Traitement, 667. — Bacilles de la — dans la gorge de sujets sains, 273.
Diphtérique Paralysie —, 1340.
Diplégie faciale, 1265, 1312.
Diploscope, 766.
Distinctions honorifiques, 26, 110, 118, 138, 166, 178, 194, 209, 230, 314, 330, 378, 422, 430, 450, 466, 546, 606, 642, 661, 739, 778, 786, 794, 807, 823, 843, 875, 890, 898, 910, 919, 927, 975, 983, 1011, 1021, 1167, 1246, 1262, 1306, 1342, 1350.
Diurèse. Les cures de fruit et de petit lait, 1313.
Diurétine. La —, 722.
Dormiol. Sur le —, 681.
Douleurs articulaires, 1429.
Douve hépatique, 853.
Duodénostomie, 1388, 1414.
[illegible]uodénum. De l'étranglement du —, 693.
Dysenterie. Complications rares de la —, 1349. — et fièvre typhoïde, 492. — Le touraillon d'orge dans la —, 1313.
Dyspepsie. L'extrait de malt dans la —, 25.

E

Eau de chaux. Injections d'—, 1145. — minérales. Rapport sur les —, 519, 822, 1152. — oxygénée. Accident mortel dû à l'emploi de l'—, 306. — oxygénée. Action de l'— sur le catgut, 463. — oxygénée. A propos de l'—, 680. — Emploi de l'— en chirurgie, 589. — oxygénée. Emploi de l'— en gynécologie, 60. — oxygénée. Utilisation de ses propriétés décollantes, 537, 1364. — Recherche du bacille typhique dans l'— potable, 633. — oxygénée. Sur l'—, 1065.
Echanges respiratoires aux hautes altitudes, 1349.
Ectopie testiculaire, 1001.
Eczéma chez l'enfant, 1244. — et levure de bière, 1322.
Electricité. Action de l'— sur les glandes mammaires, 377, 409. — Action hypnogène de l'— statique, 464. — De l'— dans les hémorragies utérines, 418.
Electro-diagnostic. Recherches sur quelques points d'—, 482.
Eléphantiasis. L'— dans les pays chauds, 509, 517.
Elongation trophique, 1282.
Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques, 929, 957.
Embryotomie à lambeau, 357.
Empoisonnement par les artichauts cuits, 301.
Empyème. Des cellules ethmoïdales, 865.
Encéphale. Extraction des projectiles dans l'—, 461. — Lésions circonscrites de l'— consécutives à un traumatisme par balle, 1373.
Encéphalite aiguë, 756.
Endocardite, 1396, 1429. — pneumococcique. Insuffisance aortique au cours de l'—, 228.
Enfance. Hygiène de l'—, 1376. — Mortalité de l'— dans la population urbaine de la France, 33[illegible]
Enfants. Aortite chronique chez l'—, 785. — Appendicite, 925. — Arthrite cervicale, 1049. — Epanchements ascitiques chez les —, 164. — Fractures de l'olécrâne et du col du radius chez l'—, 697. — Fièvre typhoïde chez les —, 1061. — Kyste hydatique du poumon chez une —, 513. — La péritonite à pneumocoques chez l'—, 361. — L'eczéma chez l'—, [illegible] — Le prurigo chez l'—, 872. — Les fécules dans l'alimentation des jeunes —, 456. — Mortalité à Lille des —, 1232. — Péritonite aiguë chez les —, 592. — Point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës [illegible]es —, 387. — Scorbut infantile, 785. — Traitement de la g[illegible] chez l'—, 612.
En[illegible]elures. Contre les —, 433.

Épanchements ascitiques chez les —, 164. — des séreuses, 782. — pleuraux, 989.
Épaule. Désarticulation de l'—, 834.
Épigastre. Tension intermittente de l'—, 387.
Épilepsie jacksonienne, 1185, 1231, 1368. — post-opératoire, 1176. — symptomatique de l'intoxication chronique par la nicotine, 60. — Traitement, 1330.
Épithélioma de la joue, 946. — térébrant, 400.
Éruption du voile du palais, 882. — médicamenteuse, 1189.
Érysipèle et levure de bière, 1322. — Sur l'—, 792.
Érythème, empoisonnement par le sublimé, 679.
Escares Traitement des — par la levure de bière, 542.
Estomac. Ablation totale de l'—, pour tumeur cancéreuse, 33. — Cancer de l'—, 285. — Dilatation de l'—, 144. — entérite, 729. — Examen du sang pour le diagnostic du cancer de l'—, 42. — Gastrotomie pour extraction d'une fourchette, 1304, 1329. — Influence des aliments gras sur les glandes gastriques, 573. — Lavage dans les cas d'hématémèses, 272. — Lavages de l'—, chez l'enfant, 792. — Traitement de la stase gastrique, 1312.
Éthérisation. La chloroformisation, l'— et la cocaïnisation lombaire, 1345.
Exostose de l'occipital, 729.

F

Face. Épithélioma de la —, 882. — Myopathie faciale, 505. — Névralgie rebelle, extirpation du ganglion de Gasser, 448. — Paralysie de la —, 1331.
Facial. Le — supérieur dans l'hémiplégie cérébrale, 793.
Faculté de médecine de Paris. Actes, 26. 54, 90, 102, 110, 138, 165, 193, 229, 265, 293, 321, 349, 429, 457, 485, 514, 546, 565, 594, 613, 641, 670, 702, 730, 1134, 1146, 1178, 1206, 1226, 1253, 1286, 1313, 1341, 1370, 1395, 1449. — Thèses, 18, 210, 242, 606, 642, 682, 750, 854, 875, 898, 938, 947, 966, 974, 982, 1002, 1010, 1038, 1050, 1078, 1086, 1178, 1198, 1254, 1314, 1332.
Farine d'avoine et opium chez l'enfant, 622.
Fécules. Les — dans l'alimentation des jeunes enfants, 456.
Fémur. Cancer du —, 433. — Fracture d'une exostose épiphysaire du —, 617.
Fer. Le — dans l'anémie, 1176.
Fibrome utérin, 593.
Fibromyomes utérins, 945.
Fièvre aphteuse, traitement 240, 356. — bilieuse, 1152. — bilieuse chez le palustre, 206. — Cont. à la fièvre des tuberculeux, 360. — Doit-on traiter la —? 1328. — intermittente, 766. — jaune. La —, 936. — jaune. La — et les moustiques, 436, 1260. — jaune, traitement, 1066. — Étude de la sérothérapie de la — typhoïde, 650. — Étude des récidives de la — typhoïde, 694. — La quinine et les bains froids dans la — typhoïde, 349. — L'eau sulfocarbonée dans le traitement de la — typhoïde, 401. — Le cœur dans la — typhoïde, 753. — Le hoquet dans la — typhoïde et son traitement, 609. — Les formes anormales et rares dans la — typhoïde, 460. — Les réflexes tendineux dans la — typhoïde, 463. — Récidives de la —, 1318. — typhoïde, 469, 793, 1260. — typhoïde à manifestations méningées très marquées, 107. — typhoïde chez les enfants, 1061. — typhoïde et appendicite, 820. — typhoïde et dysenterie, 492. — typhoïde et syphilis, 176. — typhoïde. Injections de sérum artificiel dans la —, 5. — typhoïde. Perforations dans la —, 192. — typhoïde. Sérothérapie de la —, 1280. — Traitement des perforations intestinales au cours de la — typhoïde, 42. — Traitement de la — typhoïde par les lavements froids, 895.
Fistule ombilico-vésicale, 1304. — vésico-vaginale, 811, 1272, 1304. — consécutives aux suppurations hépatiques, 1361.
Fœtus. Composition minérale du — et de l'enfant nouveau-né, 408.
Foie. De l'hémostase dans les plaies du — par instrument tranchant, 77. — Le — mobile, 413. — Lésions du —, 821. — Ligatures et sutures sur le —, 128. — Kystes hydatiques du —, 593, 1005. — Résection, 1160.
Formadol. Désinfection des locaux au moyen du —, 88.
Formulaire. (Voy. Médecine pratique.)
Fracture de l'olécrane, 1416. — de l'olécrane et du col du radius chez l'enfant, 697. — du coude, 1360. — du crâne, 72, 668. — d'une exostose épiphysaire du fémur, 617. — du radius, 668. — du tibia et radiographie, 679. — para-médiane de la base du crâne, 640. — Réduction sanglante des —, 592. — Traitement des —, 387.
Froment. Les germes de — dans le traitement de la tuberculose. 1349.
Furoncles et acné, 1038. — et anthrax, [illegible] — et furonculose, [illegible] — Traitement des —, 313.
[illegible]

G

Gaïacol. Emploi du — dans la névralgie sacro-lombaire, 620.
Gale. Traitement de la — chez l'enfant, 612.
Ganglion de Gasser. Résection du —, 665, 1273. — Tuberculose des — mésentériques, 619.
Gangrène. Amputation dans la — spontanée des membres, [illegible] — du membre inférieur droit, 869. — et pneumonie, 1203. — sénile, 1008.
Gastérine. La —, 729.
Gastropathie d'origine cardiaque, traitement, 369.
Genou. Arthrite du —, 721.
Genu recurvatum. Du —, 1037.
Glande surrénale, 951. — thyroïde, 797.
Glaucome. Nature du — aigu, 602.
Gliome. Cerveaux atteints de —, 157.
Glycosurie d'origine dyspeptique, 142.
Goitre exophtalmique, 158. — Faux — cancéreux, 405. — Pansement collodionné dans le — exophtalmique, 464. — Sympathectomie dans le — exophtalmique, 805. — volumineux, 120[illegible]
Goutte. Nature de la —, 492.
Grippe, 1349 — à forme typhoïde, 793. — Néphrite aiguë consécutive à la —, 329.
Grossesse compliquée de kystes hydatiques, 1377. — ectopique 778. — et pneumonie, 637. — extra-utérine, 1418. — extra-utérine gémellaire, 312. — gémellaire, 1310.
Gynécologie. Le sérum gélatiné en —, 377.

H

Hanche. Désarticulation de la —, 640. — Luxation de la —, 91 1321.
Helminthiase simulant l'appendicite, 513.
Hématémèse intense, 301.
Hématozoaires. Coloration des —, d'après le procédé Romanowski-Ruge, 145.
Hémianesthésie, 1368.
Hémichorée préparalytique, 822.
Hémiplégie, 1369. — avec hémichorée, 1282. — cérébrale, 793. — hystérique, 449. — incomplète avec épilepsie jacksonienne 1368.
Hémoglobinurie, 484. — par urine hémolysante pour les globules humains, 484.
Hémorragies dans l'ulcère [illegible]. — De l'électricité dans les — utérines, 418. — intestinale dans l'appendicite, 400. — Le sérum gélatiné dans les — viscérales, 419. — Résorption des — rétiniennes, 1038. — Traitement des — intestinales par lavements [illegible] et chlorure de calcium, 620. — Traitement par le chlorure de calcium, 401.
Hémorroïdes. Les —, 23.
Hémostase. De l'— dans les plaies du foie par instrument tranchant, 77.
Hérédité. Des stigmates dystrophiques, 822.
Hérédo-ataxie cérébelleuse, 157.
Hermophényl. L'—, 521.
Hernie crurale étranglée et adénite inguinale profonde [illegible] étranglée, 790. — inguino-superficielle, 981. — ombilicale embryonnaire, 1388.
Héroïne. Emploi de l'— dans les affections cardio-vasculaires 573.
Hôpitaux. Centenaire de l'internat des — de Paris, 437, 1373. — Répartition des chefs de service, chefs de clinique, [illegible] externes, 245.
Hoquet. Traitement du — dans la fièvre typhoïde
Horse-pox. Épidémie de —, 572.
Huile de foie de morue, émulsion, 682.
Hydrocèle. Pathogénie de l'— chronique, 14[illegible] — de la tunique vaginale, 1065.
Hygiène. L'— à la maison de Nanterre, 1000.
Hypertrophie de certains muscles dans la fi[illegible] partielle, 1076.
Hypnotisme. Les applications de l'—, 1081.
Hystérectomie abdominale, 1332. — dans l[illegible] 313, 317, 377. — dans la septicémie pue[illegible]
Hystérie, 1281, 1340. — Association hystér[illegible] Bégaiement et —, 449. — des algies [illegible] toïde, 1028. — et catalepsie, 273. — [illegible]

I

Ichtyol contre les engelures, 1333. [illegible] l'acné, 1038. — contre les brûlures, [illegible]

[ICT]ÈRE acholurique, 956. — et appendicite, 329. — Etude de la pathogénie de l' – grave, 679. — Rythme couplé du cœur au cours de l'—, 1203. — sans choluries, 564. — Séméiologie dans l'— acholurique, 319.
[IM]BÉCILES. Etude médico-légale des —, prostituées et vagabondes, 837.
[INF]ECTION biliaire, 1415. — et intoxications, 519. — Hystérectomie dans l'— puerpérale, 313, 317. — puerpérale, 765. — puerpérale par l'hystérectomie, traitement, 284.
[INJ]ECTION arachnoïdienne de cocaïne, 455. — cocaïniques lombaires, 105 — Danger des — de morphine après les opérations, 520. — de cocaïne dans le canal rachidien, 328. — de cocaïne en obstétrique, 117. — intra-rachidienne de cocaïne, 357.
[IN]SOLATION. Traitement, 999.
[IN]STRUMENTS ET APPAREILS. Auto-panseur gynécologique, 1086. — pour prévenir les attitudes vicieuses chez les violonistes, 89.
INSUFFISANCE aortique au cours de l'endocardite pneumococcique, 22[illegible].
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS, 749. — Responsabilité des accidents que peuvent causer les rayons X, 302. — A propos de la réorganisation nécessaire des services sanitaires maritimes, 401. — Les mandats de conseiller général et de conseiller d'arrondissement ne sont pas incompatibles avec les fonctions de médecin de l'assistance, 240 — Responsabilité d'un docteur en médecine, 369. — Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province, 1205.
[IN]TERNAT. Centenaire de l'— des hôpitaux de Paris, 437, 1373.
[INTEST]IN. Etranglement, 807. — Intolérance gastro-intestinale, [illegible]76. — Occlusion intestinale, 565 — Perforation de l'—, [illegible]. — Traitement chirurgical du gros —, 400. — Traitement [de l']obstruction de l'— par l'atropine, 465.
[INTOXI]CATION. Epilepsie symptomatique de l'— chronique par la [illegible]line, 60. — et infections, 519. — par la couleur d'aniline, [illegible] — par teinture à noircir les souliers, 852. — saturnine, [illegible]
[illegible] Déchirure, 937.

J

[JAM]BE. Atrophie de la moelle dans l'amputation de la —, 43. — Ulcère chronique de la —, 650.
[J]OUE. Actinomycose de la —, 483. — Épithélioma, 946.

K

[K]ÉRATITES suppuratives, 784.
KÉRATOMYCOSES. Etude des —, 387.
[K]YSTE dermoïde, 822. — dermoïde de l'ovaire, 157, 342. — dermoïde de l'ovaire compliquant l'accouchement, 1393. — dermoïde du plancher buccal, 1415. — dermoïde orbitaire, 618. — Bourse séreuse polykystique, 721. — du vagin, 1332. — hydatique, 401. — hydatique du cou, 1201. — hydatiques du [fo]ie, 593, 1005. — hydatiques. Grossesse compliquée de —, [3]77. — hydatique du poumon, 513. — hydatique du rein, [illegible]0, 667. — hydatique intra-musculaire, 693. — para-ovarique, 680. — Recherches sur la parasitologie des — hydatiques multiloculaires, 57. — synoviaux. Traitement, 1025, [illegible]34. — thyro-hyoïdien, 1237.

L

[illegible] procédés de — dans le diagnostic pra[ti]que chez l'enfant, 511.
[illegible] du —, 730.
[illegible] 758. — Rappel à la vie d'un nouveau-[né] [illegible] langue, 117, 1319.
[illegible] 85. — Corps étrangers du —, 476.
[illegible] 435.
[illegible] dans le prostatisme, 1055. — Trai[tements] [in]testinales par les — chauds, 320.
[illegible] la Pitié, 1249.
[illegible] [caco]dylate de soude dans la —, 1378.
[illegible] [ty]ques, 113. — cadavériques, 1132.
[illegible] cheval, 169. — lombaire, 842.
LEVURE de bière dans l'entérite, 1030. — de bière. Emploi de la — dans la broncho-pneumonie, 330. — de bière. Traitement des escares par la —, 542.
LINGE. Lavage aseptique du —, 435.
LIPOME, 193, 202. — arborescent, 157. — du pied, 740.
LIQUIDE céphalo-rachidien, 319. — céphalo-rachidien. Cyto-diagnostic du —, 639. — céphalo-rachidien, examen, 502. — céphalo-rachidien. Le — après la rachicocaïnisation, 66[illegible]. — céphalo-rachidien. Numérations leucocytaires du —, 701. — céphalo-rachidien. Recherche sur les éléments préparés dans le —, 80.
LITHIASE intestinale, 1055.
LOCALISATIONS motrices médullaires, 1368.
LUPUS érythémateux, 974. — Traitement du — 457, 1185.
LYMPHADÉNOME, 1280.
LYMPHANGIECTASIES consécutives à l'érysipèle, 756.
LYMPHOCYTES. Présence de — dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques, des paralytiques généraux, et des sujets atteints de méningo-myélite syphilitique, 106.
LYMPHOCYTOSE, 758.

M

MACRODYLIE, 176.
MAIN bote héréditaire, 345. — Tumeur de la paume des —, 813.
MAL de Pott, 158, 1331. — de Pott cervical, 1312. — de Pott, traitement, 1297, 1325.
MALADIE de Barlow en France, 1033. — de Barlow, 264. — de Basedow, 352. — de Dercum, 449, 758. — de Friedreich, 757. — osseuse de Paget, 1388.
MALARIA. Traitement de la — par le bleu d'aniline, 145. — et cataracte, 493.
MALFORMATION rare de la voûte palatine, 640.
MAMELLE. Action de l'électricité sur les glandes mammaires, 409. — Autoplastie au dépens de la —, 561. — Autoplastie par déplacement d'une —, 425.
MASSAGE. Le — au salicylate de méthyle, 730.
MASTOÏDE. Des algies hystériques de la —, 102[illegible].
MATERNITÉ. La nouvelle — de Montpellier, 233.
MÉDECINE. Exercice de la — sur la frontière franco-belge, 981. — navale, dangers pour la santé à bord des paquebots, 1066.
MÉDECINE PRATIQUE. — Agonisants (Le rôle du médecin auprès des —), 971. — Allaitement artificiel, 1366. — Analgésie (L'—) par la quinine, 895. — Anesthésie par l'extrait capsulaire. — Aniline et tuberculose, 944, 1059. — Antipyrine dans l'albuminurie, 419. — Apéritifs, 293, 542. — Bi-carbonate de soude dans le coma, 786. — Bleu de méthylène (injections sous-conjonctivales), 216. — Bleu de méthylène dans les otites, 1166. — Borique (Procédé pour augmenter la solubilité de l'acide —), 419. — Cacodylate de soude dans la tuberculose, 870. — Chlorure de calcium dans les hémorragies internes, 401. — Chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée, 348. — Cocaïne (L'empoisonnement par la —), 1145. — Convallaria (sirop), 1245. — Créosote (injections), 330 — Diète lactée (Addition du sel au lait dans la —), 377. — Digitale, 80. — Diurèse (cures de fruit et de petit lait), 1313. — Extractions dentaires (contre la douleur), 786. — Extrait capsulaire, anesthésique, 1021. — Huile de foie de morue (émulsion), 682. — Ichtyol contre les brûlures, 1389; contre les engelures, 1333. — Injections épidurales, 762. — Iode (Teinture d'— dans le goitre), 216. — Lavements froids dans la fièvre typhoïde, 895. — Levure de bière dans les escares, 542 — Levure de bière dans l'entérite, 1030. — Nourrisson au sein, hygiène, 1340. — Osmique (L'acide — dans le traitement des tumeurs cancéreuses), 542. — Oxycyanure de mercure dans la thérapeutique urétro-vésicale, 678. — Persulfate et métavanadate de soude (action apéritive), 293. — Phosphorique (acide) et préparations phosphorées, 481. — Quinine (dans le traitement du cancer), 264. — Raisins (La cure de — en urothérapie), 558. — Santonine dans le tabes, 419. — Savon liquide, 1333. — Sécrétion lactée (rétablissement par l'électricité), 377, 409. — Sérum gélatiné dans les hémorragies bronchiques, 917; dans les hémorragies viscérales, 419; en gynécologie, 377. — Soufre (dans la séborrhée), 1252. — Sulfo carbonée (L'eau — dans la fièvre typhoïde), 401. — Touraillon d'orge contre la dysenterie, 1313. — Variole, 293. — Zomothérapie antituberculeuse, 640.
Traitement de l'acné, 890. — de l'anasarque, 978. — de l'anémie par le fer, 1176. — des anthrax, 485. — de l'appendicite, 604. — des arthralgies, 730. — de l'asthme des foins, 1397. — de la blennorragie par l'acide picrique, 669. — de la blennorrhée du canal lacrymal, [illegible]65 — de la bronchite, [illegible] du cancer par l'acide osmique, 542; par la quinine, 2[illegible] — de la cataracte, 814. — de la chorée [illegible] des affections choroïdiennes, [illegible]

coup de chaleur, 999. — de la débilité congénitale, 1369. — du diabète du nourrisson, 456. — de la dysenterie, 1313. — des entérites, 1030. — de l'érysipèle, par les compresses, 1085. — des escares, 542. — de la fièvre des tuberculeux, 369. — de la fièvre typhoïde, par l'eau sulfo-carbonée, 401; par les lavements froids, 895. — du hoquet de la fièvre typhoïde, 669. — des furoncles et de la furonculose, 476, 485, 513. — de la gale chez l'enfant, 612. — des gastropathies d'origine cardiaque, 369. — des génitalites non virulentes (prophylaxie), 52. — du goitre, 216. — de la grippe, 1389. — des hémoptysies, 410. — des hémorragies internes, 401. — de l'incontinence d'urine des enfants, 192. — des infections gastro-intestinales des nourrissons, 1396, 1429. — de la lithiase intestinale, 1056. — de la luxation de la hanche, 917. — du météorisme intestinal chez les petits enfants, 193. — des métrorragies, par les mouvements de gymnastique, 558. — de la neurasthénie cardiaque, 613. — des otites aiguës non suppurées, 661. — du paludisme, 192, 1063. — des péricardites aiguës, 428. — des pharyngites, 1085. — des piqûres de moustiques, 966. — de la pneumonie infantile, 702. — du prostatisme par les lavements 1057. — de la rhinite hypertrophique, 228. — 228. — de la séborrhée, 1252. — de la stase gastrique, 1312. — de la syphilis, 1283. — de la syphilis des nourrissons, 1448. — des tuberculoses chirurgicales, 513. — de la tuberculose des ganglions mésentériques, 619. — de la tuberculose pulmonaire des enfants, par teinture d'iode, 814. — de la tuberculose pulmonaire des enfants, 542. — des verrues, 612.

Médiastin. Exploration du —, 157. — Chirurgie du —, 340. — Tumeur du —, 74.

Médicaments nouveaux. La lécithine, 506. — Le dormiol, 285. — Le pétrolan, 314. — Tétranitrate d'érythrol, 273.

Médication alcaline et la méthode de Joulie, 542. — cacodylique, 765.

Mélanodermie chez un tuberculeux, 814.

Méninges. Endothéliomes des —, 1076.

Méningisme hystérique, 785, 842.

Méningite à pneumocoque, 667. — cérébro-spinale, 293, 347, 408, 455, 702, 756, 854, 1000. — purulente, à bacille d'Eberth, 4. — Raie méningitique chez l'enfant, 953. — tuberculeuse à forme hémiplégique, 701. — tuberculeuse avec ophtalmoplégie totale et paralysie ascendante, 357.

Méningocoque. Virulence du —, 854.

Méningomyélite syphilitique, 228.

Ménopause. Tachycardie de la —, 1338.

Menstruation. Un cas de — précoce, 1007.

Méralgie paresthésique, 333.

Métatarse. Luxation du —, 807.

Métrorragies, traitement, 558.

Micrococcus neoformans, 1447.

Mikulicz. Du décollement du —, 537.

Moelle. Cocaïnisation de la —, 356. — Plaies de la —, 1360, 1387, 1414.

Mole hydatiforme, laparotomie, 997.

Molluscum, 157.

Monstre xyphophage, 329.

Morphine. Danger des injections de — après les opérations, 520.

Morsure. Mort par — d'insecte, 145.

Mort subite, intoxication diphtérique, 877.

Mortalité de la première enfance, 648. — de l'enfance dans la population urbaine de la France, 33. — Statistique de la — en France de 1886 à 1898, 176.

Moustiques et fièvre jaune, 1260. — Les — à Paris, 407. — Sur les —, 1036. — Transmission de la fièvre jaune par les —, 436.

Muscles. Tuberculose des —, 1305.

Myélite syphilitique, 1202.

Myopathie, 1282, 1368. — faciale, 505.

N

[illegible]rologie. Allemand (Prosper), 330. — Alix, 1335. — Allart, [1]147. — André, 378. — Anizon, 82. — Arthaud, 663. — Aupyneaud, 230. — Audric, 358. — Ballay, 1147. — Ballin, 62. — Baunelot, 358. — Baurin, 983. — Beaubrun, 787. — Beaulavon, 671. — Beauvais (de), 6. — Benoit, 1179. — Bertrand, 899. — Bizzozero, 422. — Blacher, 642. — Blanc, 494. — Boitard, 927. — Bonnet, 1418. — Bonnet (L.), 711. — Bouët, 594. — Bourat, 674. — Bourdère, 1262. — Bourian, 1262. — Bourlet (P.), 663. — Brangier, 54. — Bridoux, 378. — Caldos, 947. — Cattelin, 1390. — César, 1147. — Chemin, 1067. — Clédat de Lavigerie, 90. — Clément, 1262. — Clochepin, 494. — [illegible]eau, 266. — Colrat, 899. — Conpanyo, 1262. — Contal, [illegible] — Cormac (William Ma[illegible]), 1350. — Courtaix, 1218. — [illegible] Curel, 930 [illegible]illas, 975. — Damourette, 458. [illegible] — Debets de Lacrouzille, 458. — Deffau, 410. — De Gennes, 322. — Delatouche, 1023. — De[illegible]peuch, 787. — Douchet, 494. — Druyelle, 1095. — Dubarry, 178. — Dubrueil, 46. — Ducel, 671. — Dufraigne, 330. — Du[illegible]nerin, 787. — Durocher, 378. — Duteillet, 1275. — Fayolle, 378. — Fiaux, 975. — Fioupe, 458. — Flamur, 430. — Fole[illegible] 1322. — Fontorbe, 711. — Foureur, 883. — Foy, 1235. — F[illegible] de Puimory, 1314. — Gardillon, 1179. — Garnier (Pierre), 14[illegible] — Génin (C.), 458. — Geoffroy, 358. — Gorgon, 1199. — G[illegible]guenheim, 1362. — Goupil, 671. — Gourcer, 566. — Gour[illegible] de Fromentel, 566. — Graciette, 266. — Guérard de la Qu[illegible]neraie, 266. — Guiet, 1235. — Guignard, 899. — Hameau, 8[illegible] — Havel, 1314. — Hirigoyen, 739. — Honnart, 1262. — Jan[illegible] 751. — Jantel (Alph.), 82. — Jubiot, 663. — Juppé, 266. — Kir[illegible]ner, 1003. — Kœnne, 294. — Lacaze-Duthiers, 883. — Lar[illegible] Lamalignie (de), 514. — Laurens, 1314. — Laussel, 1235. — Lecœur, 1147. — Legge de Kerléan, 1199. — Lelong, 1003. — Lemaire (Clément), 138. — Le Roy de Méricourt, 919. — Le[illegible] Dupré, 1147. — Lévi, 458. — Lesauvage, 138. — Lhéritier de Chezelles, 1350. — Licourt, 378. — Liermain, 787. — Lo[illegible]rey, 807. — Lotz, 751. — Maigrot, 1314. — Manassème, 330. — Marange, 566. — Marcenac, 546. — Martin (J. de), 410. — Mathieu (R.), 622. — Ménard (G.), 458. — Merieux, 450. — Meu[illegible]riot, 506. — Michon, 899. — Moncorvo, 1011. — Montang[illegible] 787. — Moty, 1314. — Mourette, 294. — Naquard (P.), 450. — Nercam, 975. — Nivelet, 358. — Noël, 1147. — Nourrit (M[illegible]) 558. — Paillard, 198. — Panzeri (Pietro), 458. — Parisot, 4[illegible] — Parsot, 458. — Payelles, 1147. — Perret, 422. — Perr[illegible] 230. — Pentenkoffer, 198. — Pery, 947. — Philippart (P[illegible]) 266. — Régnier, 458. — Remilly, 6. — Remond, 891. — [illegible] 1342. — Roger, 458. — Rosenthal, 975. — Roussel (J.), [illegible] Rullier, 1262. — Scheidecker, 1335. — Segran, 1147. — [illegible]rière (H.), 663. — Singer, 294. — Speckhahn, 422. — T[illegible] 899. — Touchard, 1235. — Urminski, 1262. — Valentin [illegible] — Vanier, 1123. — Vaucher, 983. — Villard, 1218. — [illegible] 494. — Voyé, 1235. — Zémet, 266.

Néoplasmes prérotuliens, 1388.

Néphrite aiguë consécutive à la grippe, 329. — hémorra[illegible] 766. — Interventions chirurgicales dans les — aiguës ou [illegible]niques, 668. — parenchymateuse et tuberculose, 483.

Nerfs. Lésions des — de la queue de cheval, 169. — Suture [illegible] plaies des —, 400. — Suture du — médian, du — cubit[al] des tendons, 449. — Sutures nerveuses, 475, 504.

Neurasthénie cardiaque, 613.

Névralgie anévrysmale, 591. — faciale rebelle, extirpatio[n] ganglion de Gasser, 448. — sacro-lombaire, 620. — scia[tique] 481.

Névrite diphtérique, 1037. — et atrophie de la langue, 7[illegible]. — thromboses, 563. — et thromboses rétiniennes palu[déennes] 435. — interstitielle hypertrophique, 649. — Les — profe[ssion]nelles, 1229.

Névroglie. Coloration de la —, 158.

Nez. Présence du méningocoque dans le —, 756. — [illegible]efait, 7[illegible] Syphilis du —, 1065.

Nicotine. Intoxication chronique par la —, 60.

Noma, guérison, 953.

Nourrisson. Accidents chez le — provoqué par l'alcool qu'ab[sorbe] la nourrice, 291. — Le diabète chez le —, 456. — Syphili[s] — 1448.

Nouveau-nés. Composition minérale de l'organisme du fœt[us] de l'enfant —, 408. — Du réchauffement des — débiles, 3[illegible] La variole des —, 375. — Ophtalmie des —, 790. — Para[lysie] faciale des —, 842. — Rappel à la vie par les traction[s ryth]mées de la langue, 89, 117. — Sténoses du pylore che[z] 1069, 1097. — Strabisme des —, 492.

O

Obésité, traitement, 273.

Occlusion intestinale et appendicite, 8[illegible]

Œdèmes congénitaux, 1369. — hystéri[ques]

Œil. Hétéroplastie orbitaire par la gr[effe] la capsule de Tenon, 156. — Para[illegible] oculaires, 43. — Paralysie du pet[illegible] Troubles pupillaires, 1251, 1289.

Œsophage. Anesthésie de l' — par la [illegible]gers de l'—, 1386. — Diagnostic d[illegible] Traitement du cancer de l'—, 27[illegible]

[Op]ération d'Alquié-Alexander, 87[illegible]

O[ph]talmie purulente des nouveau[-nés]

O[ph]talmoplégie externe partielle, [illegible]lante dans la méningite tube[rculeuse]

[Opi]um et farine d'avoine chez les [illegible]

O[illegible] L'— des typhiques, 43[illegible]

EILLE. Epithélioma de la conque de l'—, 157. — Lavage des —, 129. — Rôle de la chaîne des osselets dans l'audition, 238.
ILLETTE. Variations de volume de l'—, 292.
Excroissances osseuses, 785.
O-ARTHROPATHIE hypertrophiante pneumonique, 137.
IYÉLITES prolongées à foyers multiples, 1423. — typhique, 69.
Accidents cérébraux consécutifs aux —, 1272. — aiguë non suppurée, 661. — aiguë, traitement, 1008. — Bleu de méthylène dans les —, 1166. — moyenne suppurée, 1303.
QUE. Les dérivés pathologiques de l'—, 181.
IRE. Kyste dermoïde de l'—, 157, 342.
VO-LÉCITHINE. Action thérapeutique de l'—, 677.
ÈNE et sinusites, 1066. — Traitement de l'—, 1033, 1121.

P

CHYMÉNINGITE cervicale, 43.
LATOPLASTIE, 1152, 1185.
LUDISME. Etiologie et prophylaxie du —, 1013. — Traitement, 563. — en Corse, 1447.
AFFINE. Injections de —, 882.
LYSIE ascendante et ophtalmoplégie totale dans méningite tuberculeuse, 357. — associées des globes oculaires, 43. — de l'élévation, 357. — faciale, 758, 1331. — faciale des nouveau-nés, 82. — familiale périodique, 1396. — générale anormale, — générale, traitement, 573. — Les actes testamentaires des paralytiques généraux, 1066. — oculaire, 758.
 — 758.
 Tumeur maligne de la —, 540.
 de Contagiosité de la —, 791.
INTOXIQUE de fer réhabilité comme hémostatique, 145, 176.
 Tuberculose du —, 1037.
 Traitement des — aiguës, 428. — tuberculeuse, 347, 854, 1121.
 Rupture du —, 1177.
 ITE aiguë, 1001.
 INE. L'aspiration évacuatrice comme complément du drainage du —, 1137.
 NITE, 301. — aiguë, 894. — aiguë chez les petites filles, — à pneumocoques, 702. — La — à pneumocoques chez l'enfant, 361. — tuberculeuse, 1055. — tuberculeuse, 1332.
 NGANATE de potasse dans l'antisepsie buccale, 593.
 ODURE et persulfates, 301.
 ULFITES et persodine, 301.
 ESIONS. Un nouveau cas de — sexuelles, 373.
 Epidémie de —, 355. — Etude sur l'épidémie de — de Plymouth, 105. — La — à bord du Sénégal, 1259. — Mesures sanitaires contre la —, 1231.
 YNX. Anesthésie du — par la cocaïne, 593. — Rétrécissement du —, 1272.
 te oblitérante d'une veine sus-hépatique, 611. — purulente, 157. — Traitement, 952.
 ON, 702. — du larynx, 785. — Le — chez les alcoolo-diabétiques, 954.
 PORE. Dangers de la médication phosphorée chez les enfants, 980. — Préparations phosphorées, 484.
 bot paralytique simulant le pied de Friedreich, 357. — Lie du —, 749.
 de moustiques, 1186. — Traitement des — de moustiques, 66.
 Chirurgie des — de la rate, 441. — de l'artère axillaire, du canal rachidien, 1329. — du diaphragme, 128. — un coup de canif, 448. — pénétrante de l'abdomen, 73. — pénétrante du rachis, 1106. — pénétrante du thorax, 156. — Suture des — des nerfs, 400. — Traitement des —, 953.
 ERS hygiéniques, 883.
 IE, 668. — à bacille d'Eberth, 4. — typhoïde, 840.
 TOMIE. Pneumothorax suffocant traité par la —, 51.
 TYPHUS et pleurésies à bacille d'Eberth, 4.
 NIE aiguë, 1320. — Contagion de la —, 289. — et gangrène, 1203. — et grossesse, 637. — et zona, 455. — Traitement, 580. — Traitement par sérum antidiphtérique, 227.
 HORAX, 702, 1330. — suffocant traité par la pleurotomie,
 côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires de l'enfance, 387.
 RITE, 157, 1282. — blennorragique, 1149. — Psychose polynévritique, 1445.
 naso-pharyngien, 1304.
 lombaire, 455, 1183, 1360.
 Kyste hydatique du —, 513.
 TÉ. De la — intellectuelle, 1305.
 ÉS. Des —, 1197.
 artérielle des atrophies musculaires, 505.
PROJECTILES. Extraction de — dans l'encéphale, 461, 463.
PROLAPSUS rectal, 721.
PROPHYLAXIE de la tuberculose, 381.
PROSTATECTOMIE, 1176. — périnéale, 1224.
PRURIGO. Le — chez l'enfant, 872.
PSEUDARTHROSE du fémur, 1093.
PSEUDO-LITHIASE intestinale, 492.
PSYCHOSE polynévritique, 1445.
PURPURA, 979. — chronique, 483.
PYLORE. Crampe du —, 707. — Rétrécissement du —, 785. — Sténoses du — chez le nouveau-né, 1069, 1097.
PYONÉPHROSE, 1415.

Q

QUININE. Application des propriétés vaso-constrictives de la —, 108. — et chloroforme, 463. — et tétanos, 941. — La — dans le traitement des cancers, 620. — La — et les bains frais dans la fièvre typhoïde, 348. — Traitement du cancer par injections de sels de —, 216.

R

RACHICOCAÏNISATION, 357, 540, 564, 592, 601, 603, 708, 748, 777. — La chloroformisation, l'éthérisation et la —, 1345.
RACHIS. Courbures du —, 749. — Plaie pénétrante du —, 1106.
RADIOGRAPHIE de calculs chez les enfants, 253. — et grossesse, 708. — Emploi de la — stéréoscopique en chirurgie, 376. — pour fracture du tibia, 679.
RADIUS. Fracture du —, 668. — Malformation du —, 1332.
RATE. Chirurgie de la —, 1125. — Chirurgie des plaies de la —, 441. — Rupture de la —, 128, 284, 1360.
RECTITES suppurées, 1262.
RECTUM. Ablation du cancer du —, 252. — Adénomes du —, 1388. Cancer de la portion ampullaire du —, 133. — Cure des prolapsus du —, 693. — Rétrécissement du —, 400.
REFLEXES. Etat des — tendineux chez les tuberculeux pulmonaires, 43.
RÈGLES. Chlorure de calcium dans les — d'abondance exagérée, 348.
REIN. Dégénérescence du —, 842. — Diagnostic des lésions du —, 448. — Kyste hydatique du —, 640, 667. — mobile, 505. — tuberculeux, 807. — Tumeur du —, 872.
REMINÉRALISATION appliquée au traitement des rhumatismes chroniques, 572.
RÉSECTION diaphysaire typique, 475. — de la tête humérale, 342, 505.
RÉTINE. Guérison des gliomes de la —, 143.
RÉTRÉCISSEMENT aortique, 785.
RÊVE, Séméiologie du —, 569. — Valeur du —, 913.
REVUES GÉNÉRALES. Anévrysmes de l'aorte, pathogénie, par L.-M. Bonnet, 1353. — De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux, par Ch. Viannay, 305. — De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule, par Bérard, 525. — Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique, par P. Puech, 825. — Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques, par Gallavardin, 929, 957. — Etat actuel de la question de l'aphasie motrice, par Bernheim, 741, 769. — Etude de la glande thyroïde, de la thyroïdine et de la médication thyroïdienne, par Chapellier, 797. — Etiologie et prophylaxie du paludisme, par Dopter, 1013. — La diazo-réaction d'Ehrlich, par Lœper et Oppenheim, 577. — La lutte contre l'alcoolisme par les médecins, par Triboulet, 985. — La méralgie paresthésique, par Dopter, 333. — L'amputation du sein cancéreux, par Et. Ceslan, 597, 625. — La péritonite à pneumocoques chez l'enfant, par Ch. Michaut, 361. — L'assistance des tuberculeux, par Sallard, 211, 221. — La typhose syphilitique, par G. Carrière, 65. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par Courtois Suffit et Lévi-Sirugue, 93. — Le foie mobile, par Maurice Soupault, 393, 413. — L'encéphalopathie saturnine, par Deléarde, 653. — L'épreuve du bleu de méthylène d'après les travaux étrangers, par Castaigne et Bender, 857. — Les accidents nerveux de la blennorragie, par Delamare, 549. — Les affections sympathiques de l'œil, par F. Terrien, 1381, 1409. — Les applications médicales de la cryoscopie, par Paul Balthazard, 497. — Les anomalies et les complications de la varicelle, par Cerf, 713. — Les dérivés pathologiques de l'ouraque, par Mériel, 181. — Les diplégies faciales totales, par Paul Sainton, 1265. — Les éruptions médicamenteuses de cause externe, par Henry Bernard, 1189. — Les formes anormales et rares de ... typhoïde ... Henry Bernard, 469. — Le signe ... d'Argyll ... son; sa valeur séméiologique; ses ... avec la syp...

par R. Cestan et Dupuy-Dutemps, 1433. — Les kystes thyro-hyoïdiens, par Veau, 1237. — Les myxo-lipomes de la cuisse, par Thévenot et Patel, 685. — Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson, par Weill et Péhu, 1069, 1097. — Les stigmates anatomiques de la dégénérescence, par L. Mayet, 8, 37. — Les troubles nerveux périphériques de la tuberculose pulmonaire, par Carrière, 1041. — Le syndrome addisonien; ses formes cliniques; son traitement, par Guihal, 277. — Quelques détails de la clinique du rhumatisme; rhumatismes simples; rhumatismes compliqués, par Triboulet, 149. — Sanatoria, par Sallard, 905. — Traitement orthopédique du mal de Pott, par Guibal, 1297, 1325.
RHINITE chronique, 489.
RHINOSCLÉROME. Le — en France, 1361.
RHUMATISME chronique, traitement, 572. — Détails de la clinique du —, 149. — Dilatation du cœur au cours du — poly-articulaire aigu, 376. — Du — tuberculeux, 1181. — pseudo-tuberculeux, 1203. — Traitement du —, 1122.
ROTULE. Extirpation de la —, 88. — Fracture de la —, 1065.
ROUGEOLE. Valeur des signes prodromiques de la —, 435.
RUPTURE musculaire, 669. — sous-cutanée directe de l'artère humérale, 49.

S

SALICYLATE de soude dans le diabète, 521.
SANATORIA. Les —, 913, 1166.
SANATORIUM. Admission des tuberculeux au — d'Angicourt, 3. — d'Aubrac, 1305. — privé pour lépreux, 618.
SANG. Coagulabilité du —, 785. — Examen du — pour le diagnostic du cancer de l'estomac, 42. — Le — dans la variole, 645. — Pression sanguine chez les neurasthéniques, 707. — des typhiques, 1447.
SANTONINE. Action de la — dans le tabes, 419.
SATURNISME. Le — par les robinets à clé, 1186. — Le — par l'usage des gobelets d'étain plombifère, 1209. — industriel, 1447.
SAVON liquide, 1333.
SCARLATINE. Contre la propagation de la —, 1320. — diagnostic, 925. — et angine, 1245.
SCEAU du collège des médecins de Lyon, 605.
SCIATIQUE, 893. — Hersage du —, 640. — Traitement par la cocaïne, 376.
SCLÉRODERMIE, 729. — ou morphée, 592.
SCOLIOSE. Effets du corset orthopédique dans la —, 680.
SCORBUT infantile, 785.
SCROFULE. Nature et étiologie de la —, 563.
SÉBORRHÉE. Le soufre dans la —, 1252.
SEIN. Cancer du —, 678. — Cancer du — amputation, 597, 624. — Sarcome du — avec goitre volumineux, 1209.
SENSIBILISATRICE dans le sérum des typhiques, 667.
SEPTICÉMIE puerpérale, 157, 252. — staphylococciques, 639
SÉROTHÉRAPIE antirabique, 709.
SÉRUM antidiphtérique, 227, 563, 707. — antitétanique, 721. — de Wlaef, 157. — Emploi du — artificiel, 979. — Immunisation, 709. — artificiel dans les maladies mentales, 1197. — Injections de — artificiel dans la fièvre typhoïde, 5. — de Marmorek dans les injections puerpérale, 1094. — Le — gélatiné, 917. — Le — gélatiné dans les hémorragies viscérales, 419. — Le — en gynécologie, 377. — Sur l'existence de la sensibilisatrice dans le — des thyphiques, 667. — Traitement du cancer par le — de Wlaef, 216. — Taitement du cancer par les —, 190.
SERVICE de santé pendant le siège de la légation de France à Pékin, 301. — hospitaliers. Organisation défectueuse des —, 80.
SEXE. Influence des couleurs sur la production des —, 980.
SIGNE de Babinski. Valeur du —, 144. — pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales, 943.
SINUS. Thrombose du — latéral par otite moyenne, 1360.
SINUSITE. La — sphénoïdale chronique, 620. — L'ozène dans les —, 1066.
SOMATOSE. Emploi de la —, 456.
SOMMEIL. Théorie du —, 1185.
SOURDS-MUETS. Appareils pour les —, 1293.
SPÉCIALITÉS pharmaceutiques sur les —, 610.
SPINA BIFIDA. Deux cas de —, 377, 401.
SPINAL. Paralysie du —, 785.
STATISTIQUE de la clinique Baudelocque, 1259. — de la mortalité en France de 1886 à 1895, 176.
STRABISME des nouveau-nés, 402.
STREPTOCOCCIES. Etude des —, 972.
STRYCHNINE dans l'alcoolisme, 1348. — et vanadium, 1322.
STYCHNOS. Etude de [illegible] africains, 387.
[illegible] Emploi [illegible] ent par le —, 679.
[illegible] Le — [illegible] inertie utérine, 1149.
SURDITÉ. Appareil pour la —, 707. — Traite[illegible] [illegible]ithélioma
SUTURE des artères, 297. — de l'uretère, 46. — des pl[illegible] de la nerfs, 400. — du nerf médian, du nerf cubital et des tend[illegible] 449. — nerveux, 475, 504. — par agrafe de la peau, 209.
SYNCOPE et asphyxie locales, 461.
SYNDACTYLIE congénitale, 937.
SYNDROME athéto-choréique, 357. — cérébelleux, 667. — de Bén[illegible] dikt, 758. — Le — addisonien, 277.
SYPHILIDE pigmentaire, 4, 1429.
SYPHILIS cérébrale, 1340. — du nez, 1065. — Abolition compl[illegible] des réflexes pupillaires, 564. — Cas de — retardé par fièvre typhoïde, 176. — De la réinfection dans la, — 358. — et infe[illegible] tion pulmonaire, 679. — Fréquence de la — des centres ne[illegible] veux chez les Arabes, 649. — Gomme du sterno-mastoïdie[illegible] 1312. — héréditaire, 1178. — Microbe de la —, 775. — Trait[illegible] ment, 953, 1283, 1304.
SYRINGOMYÉLIE, 158, 758.

T

TABES, 1429. — Action de la santonine dans le —, 41[illegible] — Crises gastriques dans le —, 319. — Diagnostic précoce di[illegible] 60.
TACHYCARDIES. Les — de la ménopause, 1338.
TALUS VALGUS paralytique, traitement, 129.
TANNATE d'orexine. Le —, 165, 994.
TEMPÉRATURE des tabétiques, 758.
TENDON. Réflexe du — d'Achille, 505.
TESTICULE. Ectopie testiculaire, 1008.
TÉTANOS et quinine, 941. — Le — et la méthode de Ba[illegible], 1121 — Sérum antitétanique, 721. — Un cas de —, 693. — Sur le —, 777. — Traitement, 1152. — Traitement par les injections d'acide phénique, 1429.
TÊTE. Appareil de recherche des corps étrangers dans le —, [illegible]
THIOCOL. Le — dans le traitement de la tuberculose et des bronchites, 61.
THORAX en bateau, 319. — Plaie pénétrante de —, [illegible] — Sensibilité thoracique dans l'anévrysme de l'aorte, 88[illegible]
THROMBOSES et névrites, 435, 563.
TICS. Curabilité des —, 673. — La genèse des —, 449. — menta[illegible] 1283.
TOUX. La discipline de la — chez les tuberculeux, 301.
TREMBLEMENT sénile, 505.
TROMPE. Opérations conservatrices de la —, 1002.
TROUBLES psychiques, 757.
TUBE laryngien. Avantages comparatifs du — et des tractions rythmées de la langue, 142.
TUBERCULEUX. Admission des — au sanatorium d'Angicourt, 3. Etat des réflexes tendineux chez les — pulmonaires, [illegible] L'assistance des —, 211, 221. — La discipline de la toux [illegible] les —, 301. — Projet d'installation des — à Rouen, 316.
TUBERCULOSE des ganglions mésentériques, 619. — Diagnostic [illegible] la —, 144, 327. — du péricarde, 1037. — du vagin, 444 aniline, 944, 1059. — et néphrite, 483. — et néphrite p[illegible] chymateuse, 483. — Contre la —, 491. — des muscle[illegible] — du rein, 807. — humaine et animale, 1446. — La — [illegible] 1305. — La — et le sulfate de carbone, 1232. — La [illegible] rein, 1321. — Les germes de froment dans le traitement [illegible] —, 1349. — L'iode dans la — pulmonaire, 814. — [illegible] chez les vieillards, 694. — Prophylaxie de la —, 381. [illegible] pulmonaire, 1251. — Rareté de la — chez les in[illegible] nisiens, 60. — traitée par le cacodylate de soude, [illegible] Traitement, 882. — Traitement de la — pulmonaire [illegible] fants, 512. — Traitement des — chirurgicales, 513. [illegible] bles nerveux dans la — pulmonaire, 1041.
TUMEUR. Ablation totale de l'estomac pour une — cancére[illegible] cérébrale, 449. — de la paume des mains, 813. — De[illegible] glement des — pelviennes par tension de leur pédicule [illegible] — du corps thyroïde, 720. — du médiastin, 74. — du [illegible] — maligne, 777. — maligne de la paupière, 540. — osseu[illegible] l'aine, 693. — thyroïdiennes, 806, 833.
TYPHOÏDE. Infections à bacilles d'Eberth sans fièvre — [illegible] par le sérodiagnostic, 1367. — Sensibilisatrice dans le [illegible] des typhiques, 667. — Statistique de la mortalité par la [illegible] typhoïde à Tenon, 1340. — Suicide dans la —, 1396. [illegible] FIÈVRE.)
TYPHOSE. La — syphilitique, 65.
THYROÏDITE aiguë, 1153.

U

ULCÉRATIONS malignes, traitement, 737.
ULCÈRE. Ablation de l'estomac pour tumeur cancére[illegible]

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPIT[illegible]

EN 1901

A

Abadie, 329.
Abramovitch, 944.
Achard, 357, 455, 649, 758, 813, 842, 1340.
Adeline, 1149.
Adenot, 1176.
Albarran, 253, 639, 668, 1145, 1176, 1224.
Albu, 274.
Allard, 357, 1368.
Altermann, 89.
Amesler, 872.
Anderson, 1066.
Andrieu, 1305.
A[illegible]ger (Th.), 190.
Anglade, 158, 758.
Antony, 376.
Apert, 756, 1282.
Appraillé, 1332.
Ardin-Delteil, 680.
Arloing, 1446.
Aubertin, 702, 876.
Aubourg, 666.
Audibert (V.), 1396.
Audistère, 668.
Auguy, 619.
Aurelio Cordero, 708.
Ausset, 707.
Auvray, 73, 128, 284, 441.
Azaïs, 749.

B

Babès, 766.
Babinski, 43, 157, 158, 357, 505, 563, 592, 1251, 1281.
Babonneix, 80, 169, 877.
Babot, 979.
Bacaloglu, 753.
Badal, 814.
Bailleau (R.), 1338.
Balestre, 33.
Ballet, 157, 301, 758, 845, 1283.
Balthazard, 497.
Baraks, 1229.
Barbier, 667, 1340.
Barette, 329, 591.
Barié, 785.
Baroux, 725.
Barré, 1349.
Barth, 4, 80.
Barthélemy (René), 1388.
Bastet, 1260.
Batsch, 465.
Batut, 1065.
Bauer, 1429.
Bayet, 820.
Bayle, 705.
Bazy, 73, 253, 448, 777, 834, 1145, 1176, 1272.
Béclère, 347, 376.
Bédart, 377.
Bégouin, 156.
Behla, 881.
Bender, 857.
Bensaude, 702.
Bérard, 524.
Berger, 43, 88, 157, 206, 216, 252, 400, 806, 1145, 1273, 1415.
Bergouignan, 729, 1281, 1483.
Bérillon, 464, 1051.
Bernard, 107, 192, 469, 483, 936, 1189.
Bernheim, 741, 769.
Bertin-Sans, 678.
Besnier, 571, 618.
Bettremieux, 738.
Bezançon (F.), 1203, 1367.
Bikhowsky, 60.
Billet, 1036.
Binet, 327, 1349.
Blanchard, 853.
Bluysen, 972.
Bocace, 253
Bocquet, 1305.
Bœckel, 33.
Boinet, 176, 257, 1313.
Bomchis, 669.
Bonnaire, 34.
Bonnamour, 979.
Bonnaymé, 162.
Bonnet (L.-M.), 1353.
Borde, 622.
Bordet, 667.
Bosc, 5, 678.
Bossan, 330.
Boucher, 981, 1186.
Bouglé, 448.
Bouilly, 1273.
Boulloche, 137.
Boureau, 377.
Bourget, 604.
Bouroullec, 1033.
Bouveret, 387, 707.
Bouyer, 1028.
Brault, 509, 517, 737, 1152.
Braun, 61.
Bréavoine, 1331.
Brécy, 455.
Breton, 325, 893, 949.
Brin, 400.
Brissaud, 357, 1368.
Broca, 377, 564, 697, 748, 1156, 1272, 1423.
Broïdo, 57.
Brooke, 520.
Brousse, 678.
Brun, 300, 1360.
Brun (de), 105, 463, 639, 669, 821, 1320.
Brunet, 950.
Brunon, 386.
Buckley, 979.
Bucquoy, 1232, 1259.
Budin, 142, 648, 765.
Bureau, 387.
Burty (André), 1389.
Buvat, 1197.

C

Cahier, 1415.
Calmette, 793.
Candegabe, 1388.
Cannet, 1000.
Cannis, 484, 681, 702.
Capdevielle, 1177.
Carles, 558.
Carlier, 400.
Carrière, 65, 428, 491, 572, 619, 1041.
Carton, 842.
Casamajor, 811.
Castaigne, 107, 408, 483, 857.
Casteret, 387.
Caudet, 1005.
Caussade, 840.
Cazin, 175.
Ceccherelli, 591.
Cerf, 713.
Cestan (E.), 85, 597, 625.
Cestan (R.), 43, 157, 169, 357, 449, 649, 757, 1282, 1368, 1433.
Chalochet, 973.
Chambard-Hénon, 1008.
Champetier de Ribes, 1377.
Chancellay (L.), 1445.
Chanoy, 589.
Chantemesse, 563, 618, 633, 1280.
Chapellier, 797.
Chapon, 1076.
Chaput, 377, 400, 475, 593, 639, 669, 720, 807, 834.
Charpentier, 563.
Chatin, 59.
Chauffard, 80, 301, 347, 376, 408, 564, 1308, 1448.
Chauveau, 1349.
Chauvel, 272, 475, 476, 563, 791, 822, 834.
Chavasse, 618, 1272.
Chervinski, 144.
Chicotot, 52, 164.
Chipault, 650, 1282, 1349, 1368.
Chodzko, 144.
Cholet, 433.
Choquet, 1037, 1038.
Chtampké, 60.
Claude, 1396, 1429.
Cluzet, 482.
Cocheiné, 790.
Cohn (Martin), 1302, 1409.
Cole, 1321.
Colin, 143, 176, 1259.
Collet, 60, 419, 680.
Colleville, 620.
Combemale, 681, 999.
Comby, 192, 592.
Contremoulin, 73, 400, 462, 1106.
[illegible] 464.
Coquille, 44[illegible]
Corlieu, 52[illegible]
Cornil, 3[illegible]
Costet, 8[illegible]
[illegible], 357.
Cou[illegible]coux, 842.
Courmont (Jules)[illegible]
Courmont (Paul), [illegible]
Courteaux, 1176.
Courtois-Suffit, [illegible]
Coville, 1360.
Coyon, 592.
Crocq, 620.
Crouzet, 419.
Crouzon, 357.
Cruchaudeau, 1[illegible]
Cuche, 1057.

[illegible]

Dalché, 348, 6[illegible]
Dandois, 601.
Danlos, 4, 756, [illegible]
Dardeau, 1306.
Debove, 407, 455, 12[illegible]
Decloux, 592, [illegible]
Dedet, 227.
Déjerine, 649.
Delage, 1332.
Delagénière, 273, 1330.
Delamare, 476.
Delanche, 593.
Delanglade, 668, 692.
Delbet (Paul), 133[illegible]
Delbet (Pierre), 128, 4[illegible] 593, 777, 806, 872, 1273.
Deléarde, 549, 653, 1293.
Delille (Armand), 481, 842.
Delore, 872.
Delorme, 73, 435, 475, 49[illegible] 693, 720, 748, 777, 12[illegible]
De[illegible]n, 342, 400, 448 7[illegible] 1408.
Den[illegible] 243.
Densu[illegible]nu, 7[illegible]
Derby, 924.
Deschaseaux, [illegible]
Desmons, 156.
Desnoyés, 680.
Desplats, 1122
Després (Arma[illegible]
Dessaux, 1322.
Devaux, 757, 1[illegible]
Diard, 1178.
Dide, 44, 449.
Dieulafoy, 175, 2[illegible] 1231, 1292.
Djivora, 693.
Doléris, 106.
Dopter, 333, 782, 81[illegible]
Doyen, 1447.
Doyon, 1152.
Drosner, 562.
Dubujadoux, 834.

[illegible] ancien —, 33. — chronique de la jambe, 650. — [illegible]
[illegible] par l'air chaud, 464.
[illegible] 755.
[illegible]E. Cathétérisme de l'—, 1148. — Suture de l'—, 468, 721.
[illegible] [illegible]ps étranger de l'—, 320. — Reconstitution de l'—,
[illegible]
[illegible]ITES primitives aseptiques, 1389.
[illegible] et albumine, 1007. — Un nouveau diurétique, 890.
[illegible] [illegible]orne, 463. — Cure radicale du cancer de l'—, 117. —
[illegible] hystérectomie, 1332.

V

[illegible]sité de la revaccination, 176.
[illegible] 1822.
[illegible] Propagation de la —, 491.
[illegible] du —, 1332. — Tuberculose du —, 464.
[illegible] Embolies et thromboses des — mésentériques, 929,
[illegible]
[illegible]rychnine, 1321.
[illegible]ment de quelques complications des —, 47.
[illegible]tions de la —, 713.
[illegible]re? 1293. — La médecine aux Salons, 542.
[illegible]61, 1[illegible]. — Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu
[illegible] 52. — Les thèses médicales dans
[illegible] contemporain, 436. — Marie Leczinska était-elle at-
[illegible]ut mal? 388. — Note sur un médecin chinois, 1058.
[illegible]me incomplète au point de vue physiologique peut-
[illegible]er en justes noces? 896. — « Vénus ou les deux
[illegible] 7.
[illegible] des nouveau-nés, 375. — Le sang dans la —, 645.
[illegible] 143. — Immunisation variolique, 387.

Variolisation. Dangers de la —, 272. — et vaccinateurs indigènes, 1121.
Vaseline. De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la — stérilisée dans les tissus, 593.
Ver tricocéphale, 1304. — intestinaux et appendicite, 390.
Verge. Elephantiasis de la —, 505.
Verrues. Traitement, 164, 612.
Vertige voltaïque, 157. — nasal, 563.
Vésicatoire. Epreuve du —, 312.
Vésication par l'hydrate de chloral, 1121.
Vessie. Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de la —, 1361. — Rupture de la —, 1109.
Vin. Action physiologique du —, 330. — Le — et la tuberculose, 1321. — Le —, hygiène et thérapeutique, 107.
Virchow. Jubilé de —, 1146.
Virus rabique, 709.
Vomissements rebelles, traitement, 621.
Voyage d'études médicales, 758.
Vulve. Traitement des végétations de la — par l'acide phénique, 44.
Vulvo-vaginite, complications, 969.

Y

Yerba maté. L'—, 227.

Z

Zona et pneumonie, 455. — métamérique du membre inférieur, 842. — thoracique, 813. — traumatique, 228.

Gilis, 400.
Gilletta, 33.
Girard, 156, 729.
Glénard, 483.
Glikmann, 1038.
Godlee, 1153.
Golesceano, 329.
Gombault, 44.
Gosset, 284.
Gottschalk, 933.
Gougelet, 814.
Gourdet, 357.
Grasset, 436, 1369.
Grenier (P.-H.-M.), 1361.
Griffon, 709, 756.
Grimaud, 1076.
Grorichard, 593.
Gros, 175.
Gross, 1121.
Gubaroff, 463.
Guéniot, 106, 117, 894, 1137.
Guénot, 291.
Guéry, 945.
Guiard, 1057.
Guibal, 1297.
Guihal, 24, 277, 762.
Guillain, 376, 449, 455, 505, 506, 513, 649, 758, 1144, 1251, 1282.
Guillaume, 144.
Guillaumont, 969.
Guillot, 77.
Guinard, 52, 156, 300, 564, 593, 603, 720, 748, 758, 1304, 1415.
Guinon, 387, 435, 668, 785.
Guyon, 59, 239.

H

Habar, 1245.
Hacks, 563.
Hahn, 1187.
Haight, 464.
Hallopeau, 272, 1121, 1185.
Hartmann, 42, 252, 284, 1388.
Hauser, 158.
Heitz, 158.
Hérard, 541.
Héricourt, 640.
Hermann, 639.
Hertoghe, 1369.
Hervieux, 143, 272, 387, 491, 569, 822, 1121.
Hirtz, 702, 729, 842, 952, 1312.
Hœdlmoser, 118, 882.
Hoffa, 1320.
Horand, 193, 202.
Housquains, 936.
Huchard, 273, 591, 610, 668, 720, 1281, 1313, 1423.
Hue, 1388.
Huet, 158, 1368.
Hugenneucq, 408.
Huguenin, 971.
Hussy, 680.
Hutchinson, 176.

I

Imbert (L.), 400, 1304.
Infroit, 449.
Isaconas, 737.
Istraki, 766.
Ivanov, 145.

J

Jaboulay, 264, 1065, 1185.
Jaccoud, 117.
Jacquet, 678, 814.
Jacquot, 974.
Jalaguier, 870.
Jamaux, 1048.
Jamot, 349, 1330.
Jarre, 240, 56.
Javal, 462.
Jeanbrau, 678, 680.
Jodin, 1388.
Joffroy, 301, 506, 785, 1144.
Joly, 1186.
Jorfida, 464.
Josias, 513, 541, 1152, 1320.
Jossu, 289.
Josué, 512.
Juan-Torrent, 1065.
Judet, 1005.
Juillard, 328.
Jullien, 735.
Justin de Lisle, 735.

K

Kahn, 1002.
Kallionzis, 1304.
Katchkatchev, 117.
Kelsch, 143, 240, 854.
Kirmisson, 603, 872, 1176.
Kolipinski, 882.
Kouznetzov, 145.
Kraisky, 493.
Krause, 679.
Kruger, 937.
Kuhn, 882.

L

Labarre, 942.
Labbé (Léon), 89, 206, 1386.
Labbé (Marcel), 319, 408, 483, 814, 1447.
Laborde, 43, 89, 117, 142, 356, 463, 562, 648, 673, 707, 1185, 1293, 1319.
Laboulais, 1312.
Lacapère, 483, 1340.
Ladrague, 1305.
Lafforgue, 1277.
Lafond-Grellety, 348, 377.
Lagrange, 143, 156, 540.
Lagriffoul, 650.
Laignel-Lavastine, 4, 650, 701, 1282, 1369.
Lalesque, 301.
Lambert, 922.
Lamouroux, 722.
Lamy, 1281.
Lancereaux, 23, 206, 381, 673, 789, 792, 854, 1185.
Lancon, 493.
Landard, 1361.
Landerer, 513.
Landouzy, 240, 483, 854.
Langenhagen, 492.
Lapeyre, 1283.
Lapointe, 872, 1221.
Lardennois, 593.
Larger, 778.
Laubry, 649, 842.
Laumonnier, 994.
Launois, 177, 216, 228, 505, 702.
Laureys, 1521.
Lauwers, 520.
Laveran, 206, 407, 519, 648, 821, 1036, 1447.
Layré-Dufau, 793.
Le Cholleux, 542.
Le Dentu, 128, 377, 462, 1185, 1329.
Le Filliâtre, 1, 352.
Le Gendre, 80, 347, 702, 1280.
Legrand, 293.
Legueu, 564, 592, 668, 748, 807, 872, 1260, 1330.
Leistikow, 476.
Lejars, 43, 156, 285, 504, 668, 693, 1272.
Lejonne, 757, 1282.
Lemierre, 1396.
Lemoine, 491, 895.
Lenoble, 1369.
Le Noir, 813.
Lenourichel, 1049.
Léon, 1025, 1034.
Lereboullet (P.), 319, 564, 701, 1448.
Leri, 1063.
Lermoyez, 192, 785.
Lesage, 611.
Lesieur, 814.
Leslie Roberts, 520.
Le Sourd (L.), 425, 667, 708, 756, 842.
Le Toux, 377.
Letulle, 702.
Leullier, 1244.
Lévi, 43, 1346.
Lévi-Sirugue, 93, 1340, 1369, 1396, 1429, 1448.
Lévy, 758.
Ley, 620.
Liaras, 1028.
Linossier, 272.
Lippman, 1393.
Lobligeois, 667.
Lœper, 577, 813, 842.
Loison, 42, 128, 285, 1106, 1145, 1329, 1415.
Lombard, 73.
Londe, 357, 755, 1282.
Lop, 637, 852, 854, 1007, 1094, 1149.
Lucas-Championnière, 43, 190, 196, 205, 216, 239, 387, 565, 1169, 1186, 1231, 1330.
Lyon, 228.
Lyonnet, 264, 493, 1322.

M

Mage, 1245.
Mahn, 1008.
Mailland, 1109, 1317.
Mairet, 680.
Malartic, 106.
Malassez, 328.
Malbois, 865.
Malvoz, 3.
Marage, 238.
Marandon de Montyel, 1289.
Marchant, 505, 669.
Marey, 33, 462, 1293.
Marfan, 842, 1094.
Marie, 43, 301, 319, 357, 505, 513, 758, 1144, 1251.
Marinesco, 758.
Marquès, 865.
Martin, 1322.
Martin-Dumagny, 736.
Marty, 1322.
Masbrenier, 511.
Massé, 1340.
Mathias-Duval, 43.
Mathieu, 264, 320, 730, 1312.
Matignon, 143, 301, 356, 737.
Mauclaire, 43, 720, 1065, 1093, 1345.
Maunoury, 190.
Maussire, 1305.
Mayet, 8, 37.
Maygrier, 1310.
Meige, 449, 673, 1253.
Ménétrier, 702, 785.
Menier, 737.
Mériel, 181.
Merklen, 668, 729, 814, 1312, 1340.
Méry, 667, 842.
Metchnikoff, 300, 387.
Meunier, 1144.
Meyer, 1329.
Michaut, 325, 361.
Michaux, 73, 777.
Michel, 49, 840.
Micolet, 1000.
Mignon, 128, 448.
Mileff, 3.
Milian, 785.
Millian, 143.
Moitessier, 680.

Molinier, 493.
Moniot, 901.
Monod, 80, 106, 176, 190, 357, 377, 639, 1186, 1259.
Moore, 145, 953.
Moreau, 206, 569.
Morestin, 43, 425, 564, 639, 720, 1200, 1275.
Moret, 693.
Morisot, 565.
Moskowicz, 882.
Mosny, 3, 192.
Mossé, 1377.
Moty, 285, 387, 941.
Mouré, 476.
Mourette, 702.

N

Nageotte, 106, 592, 639.
Nebelthau, 980.
Négro, 419.
Nélaton, 73, 669, 1176.
Netter, 408.
Neughauer, 591.
Neumayer, 943.
Newton, 925.
Nicolas, 1320.
Nicolle, 937.
Nimier, 1414.
Nobl, 358.
Nocard, 356, 1152, 1447.
Noguès, 357.

O

Oberthür, 356, 752.
Oddo, 357, 1396.
Opie, 1260.
Oppenheim, 577.
Oui, 1232.

P

Pagniez, 483, 484.
Panas, 387.
Panuwitz, 4.
Parinaud, 43.
Paris, 228.
Patein, 145, 176.
Patel, 405, 685.
Paugam, 1153.
Paulesco, 789.
Pavret de la Rochefordière, 1001.
Payne, 737.
Pédebidou, 790.
Péhu, 1069, 1097.
Pelthier, 953.
Péré, 749.
Pernot, 1332.
Perreau, 880.
Perrier, 730.
Perrin, 784.
Perrin de la Touche, 44.
Peters, 1021.
Petit, 693, 821.
Peugniez, 461, 463.
Peyrot, 143, 156, 476, 821.
Philibert, 1367.
Philippe, 356, 756.
Picqué, 157, 190, 252, 475, 1106, 1303.
Piéchaud, 387.
Piéron, 569, 913.
Pierra, 1076.
Pierre-Marie, 376, 455.
Pinard, 117, 142, 240, 618, 790, 1259.
Pitres, 541.
Plantard, 1305.
Platon, 1089, 1103, 1110, 1118, 1140.
Poirier, 43, 72, 156, 376, 475, 504, 592, 748, 1145, 1360.
Polak (A.), 1361.
Pollak, 882.
Poncet, 537, 680, 817, 833, 1144, 1181.
Porak, 117, 1376.
Portes, 678.
Potain, 21.
Potherat, 157, 342, 401, 504, 807, 834, 872, 1145, 1304.
Potiez, 722.
Pouchet, 1094.
Poujol, 709.
Poulard, 158.
Poulopontos, 737.
Pousson, 668.
Prouff, 748.
Proust, 355, 467, 694, 1318.
Puech (P.), 680, 825, 1393.

Q

Quénu, 73, 216, 252, 284, 376, 400, 475, 501, 564, 593, 639, 693, 720.
Quiserne, 701.

R

Rabot, 88.
Raillet, 563.
Ramon, 175.
Ranglaret, 926.
Rathery, 1368.
Ratier, 1061.
Rauzier, 678.
Ravanier, 253.
Ravaut, 80, 106, 666.
Raymond, 43, 157, 649, 756, 822, 1319.
Raynaud (L.), 1378.
Reclus, 117, 156, 328, 356, 400, 448, 540, 603, 669, 807, 1145.
Régis, 519.
Remlinger, 4, 60, 463, 492, 1349, 1350.
Remy, 461, 463, 766.
Renaud, 1049.
Rendu, 80, 137, 192, 301, [illegible] 611, 756, 785, 791.
Rénon, 1251.
Reverdin, 591.
Reynès, 708, 1304.
Reynier, 156, 190, 216, 313, 449, 475, 504, 640, 777, 778.
Ribierre, 293, 1396.
Ricard, 157, 313, 317, 340, 376, 400, 505, 540, 720, 724, 777, 806, 1144.
Riche, 408, 648.
Richelot, 505, 766, 1304.
Rieffel, 1365.
Riesman, 1037.
Rigot, 301.
Robin, 142, 205, 327, 328, 419, 541, 572, 573, 678, 854, 1349.
Rochard, 73, 157, 252, 284, 377, 693, 1304.
Rodet, 709.
Roger, 301, 375, 512, 792.
Rollet, 893.
Romme, 348.
Roos, 330, 1321.
Rosenthal, 474, 505.
Rouby, 1066.
Rousseau, 1055.
Roustan, 792, 1349.
Routier, 43, 475, 564, 593, 807, 834, 1224, 1414.
Rouville (de), 708.
Roy, 1144, 1368.
Rozoy, 1331.
Rucavaro, 1320.

S

Sainton, 319, 1265.
Saint-Philippe, 520.
Sallard, 211, 221, 905.
Salmon, 842.
Salvaut, 977.
Saurel, 793.
Sbrana, 1121.
Schaer, 678.
Scherb, 649.
Schoull, 1350.
Schwartz, 156, 400, 540, 564, 748, 777, 778, 807, 1260, 1415.
Scrini, 492.
Sc[illegible]
Seglas, [illegible]
Segond, 175, 253, 748.
Seregé, 483.
Sergent, 107.
Sérieux, 44.
Seu de Rouville, 621.
Sicard, 80, 106, 455.
Simonin, 701, 785, 1447.
Sirol, 357.
Sollier, 1251.
Soubeyran, 865.
Souligoux, 400, 872, 1221.
Soupault, 292, 413, 541, 729, 785.
Souques, 356, 701, 1144, 1396.
Spengler, 144.
Stapfer, 558.
Steinhardt, 792.
Stejanski, 145.
Strauwen, 953.
Strebel, 273.
Strujevski, 145.
Suarez de Mendoza, 563.
Sullerot, 973.
Suzor, 1262.
Sweltaski, 43, 157.
Szczypiorski, 29.

T

Talamon, 227, 455.
Tanton, 782.
Tardanoff, 463.
Teissier, 292, 376.
Teltcharoff, 946.
Terrien (F.), 1381, 1409.
Terrier, 253, 284, 285, 1240, 1273, 1304.
Terson, 602, 1153.
Tesson, 921, 997.
Thévenot, 141, 453, 685, 869.
Thiéry, 157.
Thomas, 158.
Tichomirow, 678.
Tillaux, 190.
Tixier, 193, 202.
Tostivint, 60.
Touatre, 1066.
T[illegible]
T[illegible]
Tou[illegible]
Trér[illegible]
Trét[illegible]
Tribo[illegible] 139[illegible]
Trico[illegible]
Troisi[illegible]
Trolar[illegible]
Tsamb[illegible]
Tuffier[illegible] 253, [illegible] 376, [illegible] 603, 6[illegible] 1145, [illegible]
Tuffon, [illegible]

Ulmann, [illegible]

Vaillant, 9[illegible]
Valatx, [illegible]
Vallin, 176[illegible]
Vallois, 23[illegible]
Valther, 60[illegible]
Vanverts, [illegible]
Vaquez, 29[illegible]
Vareillaud, [illegible]
Variot, 52[illegible] 1144, 12[illegible]
Vaschide, [illegible]
Veau, 297[illegible]
Verneuil, 6[illegible]
Véron, 720[illegible]
Viannay, 3[illegible]
Vibert, 1056[illegible]
Vidal, 1186[illegible]
Vignard, 14[illegible]
Vigodsky, [illegible]
Vigot, 1065[illegible]
Vildermann[illegible]
Vincent, 13[illegible]
Vinsonneau[illegible]
Viollet, 489[illegible]
Virschoubs[illegible]
Voroviev, 10[illegible]

Walh, 373, 83[illegible]
Walsch, 400[illegible]
Walther, 4[illegible] 504, 668, [illegible] 1329, 141[illegible]
Weil, 376, [illegible]
Weis[illegible]
Wertheim[illegible]
Widal, 80, [illegible] 708, 756, [illegible]
Williamson, [illegible]
Withaner, 766.
Wladimirow, 520.
Wlaëff, 190, 216.
Wolf, 1183.

Z

Zachiri, 1340.
Zaïdmann, 946.
Zimmern, 418.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE